

**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.**

**TATIANA CANO MOLINA
CAROLINA MONSALVE MUÑOZ**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALÚD PÚBLICA
MEDELLÍN
2013**

**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.**

**TATIANA CANO MOLINA
CAROLINA MONSALVE MUÑOZ**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD**

**ASESOR
DR. ALBERTO DUQUE**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALÚD PÚBLICA
MEDELLÍN
2013**

Nota de Aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Ciudad y Fecha (día, mes, año)

CONTENIDO

	Pág.
Introducción.....	11
1 Formulación del problema.....	13
1.1 Planteamiento del problema	13
1.2 Justificación del problema	15
1.3 Pregunta de investigación	16
1.4 Objetivos.....	17
1.4.1 Objetivo general.....	17
1.4.2 Objetivos específicos	17
1.5 Metodología.....	17
1.5.1 Tipo de estudio	17
1.5.2 enfoque metodológico.....	18
1.5.3 Descripción de las variables	18
1.5.4 Técnicas de recolección de la información	19
2 Marco Conceptual	23
2.1 Resolución 3047 de 2008.....	23
2.1.1 Elementos de la codificación (1)	23
2.2 Resolución 1995 de 1999.....	29
2.2.1 Definiciones y Disposiciones Generales (2).....	30
3 Resultados	37
4 Discusión	41
5 Conclusiones.....	44
Bibliografía.....	46

GRÁFICOS, ILUSTRACIONES Y TABLAS

	Pág.
Tabla 1	Codificación, Concepto General..... 19
Tabla 2	Relación de Glosa entre EPS.....20
Tabla 3	Relación General de Conceptos de Glosa20
Tabla 4	Relación Específica de Conceptos de Glosa.....21
Gráfica 1	Egresos hospitalarios Enero - Diciembre de 2011 14
Gráfica 2	Comportamiento Valor Glosado vs. Valor Soportado (En pesos).....37
Gráfica 3	Comportamiento Valor Soportado / Valor Glosado (En percentil)38
Gráfica 4	Comportamiento Percentil de Glosa en relación al Valor de las Facturas Recibidas.....38
Gráfica 5	Comportamiento Percentil del Valor Aceptado en relación al Valor Glosado 39
Gráfica 6	Participación de las EPS en el Glosado39
Gráfica 7	Distribución de la Glosa por pertinencia médica 40

RESUMEN

En la actualidad, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), es de suma importancia el tema de glosas relacionadas con la facturación de los servicios en salud; la ocurrencia de las mismas puede tener muchas causas; por lo tanto, en el presente trabajo nos enfocaremos a recopilar datos acerca del comportamiento de las glosas en una IPS de III nivel de la ciudad de Medellín durante el año 2011, enmarcándonos en el contenido de la legislación legal y vigente para este tema que es la Resolución 3047 de 2008, en su anexo técnico N° 6, la cual comprende todo el manejo y la codificación de las glosas en el territorio Colombiano; además, tendremos en cuenta el manejo de la historia clínica basándonos en la resolución 1995 de 1999, para realizar una propuesta acerca del manejo de la historia clínica como herramienta eficaz con el propósito de proporcionar el control de las mismas.

La Resolución 3047 con su anexo técnico N° 6 del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas, busca 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.

Objetivo: Analizar el comportamiento de las glosas en una IPS de III Nivel de la ciudad de Medellín durante el periodo Enero a Diciembre de 2011, teniendo en cuenta el Anexo técnico N° 6 de la Resolución 3047 de 2008, con el fin de identificar las principales causas de glosas en dicha IPS y así realizar una propuesta acerca del manejo de la historia clínica encaminada al control de las glosas.

Resultados: Se encontró que el total facturado durante el año 2011 en la IPS fue de \$22.969.438.887, el total de glosa corresponde a \$ 4.986.513.542, el total

de lo que fue soportado a \$4.386.762.988, y el total de lo aceptado a \$582.236.893, lo cual nos lleva a concluir que el 78.3% de las Glosas son soportadas por parte de la IPS y solo el 21.71% de lo glosado es efectivo anual aceptado por la IPS, lo que corresponde a un porcentaje de glosas mensual en promedio del 1.8%, lo cual es un % de glosa esperado para la IPS.

Conclusión: Se encontró que el porcentaje de glosa vs porcentaje soportado son muy similares, lo cual nos indica que se trata de glosas que no son sostenibles a futuro por parte del auditor de la EPS, lo que es indicio de que puede tratarse de glosas por soportes incompletos, letra ilegible como otros aspectos que la IPS puede soportar posterior a la objeción, lo cual genera demora en tiempo y pérdida económica para las IPS, lo anterior se podría intervenir con la implementación de la lista de chequeo que planteamos en la presente monografía.

Palabras Clave: glosa, devolución, autorización, respuesta a glosas.

SUMMARY

Basics: Today Lending Institutions for Health Services (IPS), is critical glosses the issue related to billing for health services, the occurrence of these can have many causes so much with the present work we focus on collecting data about the behavior of the glosses in a level III IPS Medellin in 2011, all the above in frame of law and legal effect for this issue: the Resolution 3047 of 2008, in technical annex No. 6, which includes all handling and coding of the glosses in the Colombian territory, in addition we will consider the management of medical records based on resolution 1995, 1999, to make a proposal about the handling of medical records as an effective tool to control them.

The Resolution 3047 with the Technical Annex No. 6 of the Manual single glosses, returns and answers, aims to standardize the naming, coding and implementation of each of the possible reasons of glosses and returns, and responses that service

providers dental health to them, so as to expedite the audit process and response to glosses.

Objective: To analyze the behavior of the glosses in IPS III level in Medellin during the period January to December 2011, taking into consideration the Technical Annex No. 6 of Resolution 3047, 2008, in order to identify the main causes of glosses that IPS.

Results: We found that total turnover in 2011 in the IPS was \$ 22,969,438,887, total \$ 4,986,513,542 gloss corresponds to the total which was supported at \$ 4,386,762,988, and total of \$ 582,236 agreed to .893, which leads us to conclude that 78.3% of the glosses are supported by the IPS and only 21.71% of annual cash glossed is accepted by the IPS, corresponding to a percentage of average monthly glosses 1.8%, which is a% of gloss expected for the IPS.

Conclusion: It was found that the percentage of gloss versus percentage supported are very similar, which indicates that it is non-sustainable glosses future by the auditor of the EPS, which is an indication that it may be incomplete glosses by media, legibility and other aspects that can support IPS after the objection, which generates time delay and financial loss to the IPS, the above could interfere with the implementation of the checklist that we propose in this paper.

Keywords: gloss, devolution, authorization, gloss answer.

INTRODUCCIÓN

En el SGSSS¹ tanto las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud), como las EPS (Entidades Promotoras de Servicios de Salud), se ven obligadas a competir en el medio en términos de calidad y rentabilidad.

Desde el punto de vista financiero, consideramos que es de vital importancia traer a colación el tema de glosas en facturación.

El tema de las Glosas para las IPS constituye un indicador financiero ya que de presentarse un aumento en el número de las mismas se podría alterar la rentabilidad o el flujo de caja de las IPS. En el presente trabajo nos enfocaremos a analizar el comportamiento de las glosas en una IPS de III Nivel de la Ciudad durante el periodo de Enero a Diciembre de 2011 y a realizar una propuesta acerca del manejo de la historia clínica como herramienta eficaz para el control de las mismas.

Para todo lo anterior, nos enmarcaremos en el tema de la Resolución 3047 de 2008, Anexo Técnico N° 6: Manual Único de Glosas y Devoluciones, ya que este es el instrumento legal que nos permite 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, con lo cual se logra agilizar los procesos de auditoría y respuesta a glosas.

Consideramos que es de suma importancia para el Auditor en Salud comprender el papel que juegan las glosas derivadas de la atención y a la vez, adquirir las herramientas y conocimientos relacionados con el tema que le permitan desempeñarse como tal en las Instituciones de Salud, en cuanto a la auditoría de

¹ SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

las glosas y las historias clínicas, dándole un manejo adecuado y oportuno a las mismas, teniendo en cuenta que en la actualidad afecta económicamente tanto el costo medico como la rentabilidad por parte de los prestadores y de los aseguradores de servicios de salud.

Con el presente trabajo pretendemos conocer el comportamiento de las glosas en una IPS de III nivel, y realizar una propuesta del manejo de la historia clínica como herramienta eficaz para el control de las mismas.

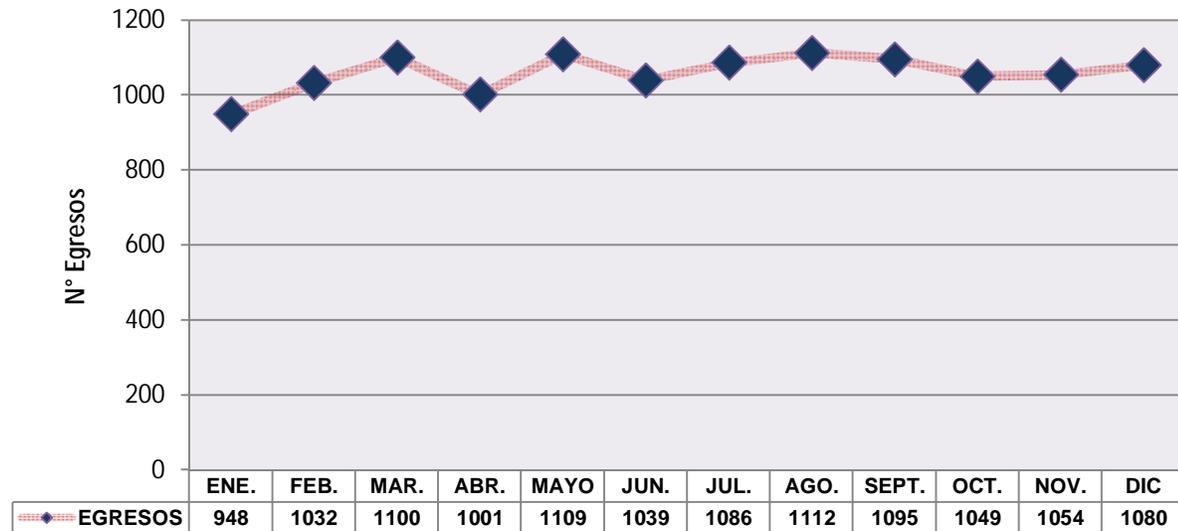
1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La IPS objeto del proyecto, es una IPS de III Nivel de la Ciudad de Medellín la cual presta los servicios de consulta médica especializada a través de especialistas adscritos, tratamiento integral del cáncer, hospitalización en modernas y confortables habitaciones, cirugía especializada en neurocirugía, ortopedia, oftalmología, cirugía general para niños y adultos, cirugía plástica, cardiovascular y de tórax, oncología, coloproctología, otorrinolaringología, urología, urgencias adultos y niños , rayos X e imágenes diagnósticas, centro de mastología, laboratorio médico de referencia nacional e internacional, laboratorio de patología, cuidados intensivos adultos y niños, cuidados especiales, cardiología no invasiva, cardiología intervencionista, diálisis, cuidados intensivos neonatales, neumología y terapia respiratoria, medicina nuclear, video endoscopia diagnóstica y quirúrgica, litotricia extracorpórea, medicina física y rehabilitación.

Atendió durante el año 2011 una población de 12.673, con un porcentaje ocupacional del 79.66% y un rendimiento del 73.04%, a continuación se presenta la grafica 1 de Egresos Hospitalarios correspondiente al año 2011.

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EGRESOS HOSPITALARIOS ENERO - DICIEMBRE DE 2011



Grafica 1 Egresos Hospitalarios Enero . Diciembre de 2011

Los servicios en los cuales nos enfocaremos son los servicios hospitalarios incluyendo la Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Especiales, ya que son los servicios que mayor facturación generan y por ende mayor numero de glosas, en la IPS se encontró que durante el año 2011 se facturo \$ 22.969.438.887, de este valor se glosó por parte de las aseguradoras \$ 4.986.513.542 , lo cual se considera una cifra representativa ya que corresponde a un 21% de porcentaje glosado en promedio durante el año, lo cual lleva a la IPS a pérdida económica o a demoras innecesarias en los pagos por parte de la EPS, es por lo anterior que queremos analizar el comportamiento de las glosas en la IPS, para obtener una información que pueda ser de utilidad para los diferentes actores

del SGSSS² y realizar una propuesta de como el manejo de la historia clínica es una herramienta eficaz para el control de las mismas.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En el sistema de salud actual Colombiano encontramos que las glosas cada vez afectan más el rendimiento económico de las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), ya que se convierten en herramienta para las EPS (Entidades Promotoras de Servicios de Salud) objetar un valor específico de la factura por diferentes causas como son: pertinencia, inoportunidad, ayudas diagnósticas no pertinentes, días de estancia no justificados, medicamentos y honorarios de profesionales, tarifas que no corresponden o que están incluidas en otro servicio, falta de soportes, materiales e insumos, mal diligenciamiento o diligenciamiento incompleto de la historia clínica; lo anterior impide agilizar el proceso de facturación y por lo tanto retrasa los pagos por parte de la EPS.

Cabe rescatar la importancia que juega la historia clínica, la cual al tener un buen diligenciamiento por parte del personal de salud, propende en tener soportes adecuados y completos, que a la hora de revisar la factura por parte del auditor médico, se reflejaran en la disminución de las glosas.

Con una buena evaluación y calidad de la historia clínica, verificamos la excelencia de la prestación de los servicios, por lo tanto es importante involucrar al personal de salud tanto asistencial como administrativo en una cultura de calidad y mejoramiento continuo en lo que respecta al diligenciamiento de la historia clínica, y así, favorecer el ofrecimiento de recomendaciones en cuanto a propuestas en la prestación de servicios y procesos de una manera más recta y segura.

² SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

Teniendo en cuenta que la Historia Clínica es el documento legal de vital importancia para evidenciar documentalmente la prestación de los servicios de atención en salud, como se expresa en la resolución 1995 de 1999, es fundamental velar por su adecuado diligenciamiento por parte del personal asistencial verificando el cumplimiento de las características de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica y oportunidad en el diligenciamiento.

La historia convencional o manual, tiene limitantes por su formato en papel, dado que solo puede existir en un lugar y momento determinado, así como la presencia de una escritura pobre, ilegible e incompleta que dificulta la interpretación del mensaje que se pretende enviar.

Los avances tecnológicos que se ven en todos los campos y la necesidad de manejo de la información, han llevado al desarrollo de la Historia Clínica como un método de seguimiento clínico y administrativo, pretendiendo mejorar la atención en salud e introduciendo la tecnología a la ciencia donde se permita detectar posibles deficiencias y la propuesta de estrategias que favorezcan la optimización del servicio.

Pese a esto, para todas las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), constituye todo un reto y un proceso el desarrollo de la historia clínica electrónica, ya que no todas cuentan con este desarrollo dado el costo que se debe asumir para poder implementarla en una institución.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Como es el comportamiento de las Glosas en una IPS de III Nivel de la Ciudad de Medellín en el periodo de Enero a Diciembre de 2011?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Analizar el comportamiento de las glosas en una IPS de III Nivel de la ciudad de Medellín durante el periodo Enero a Diciembre de 2011, teniendo en cuenta el Anexo técnico N° 6 de la Resolución 3047 de 2008, con el fin de identificar las principales causas de glosas en dicha IPS y así realizar una propuesta para el manejo de la historia clínica orientada al control de las mismas.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Analizar la literatura consultada y su relación con las glosas generadas por diferentes causas.
2. Recomendar una lista de chequeo orientada a evitar glosas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
3. Identificar el porcentaje de glosa vs lo soportado.
4. Analizar los diferentes conceptos de glosa para determinar los más prevalentes en la IPS.
5. Identificar las 4 primeras causas más preponderantes en glosa por pertinencia médica.

1.5 METODOLOGÍA

1.5.1 Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo retrospectivo, donde se analizaron las diferentes variables relacionadas con las glosas en una IPS de III Nivel de la Ciudad de Medellín y así identificar y analizar las más comunes. Además, se realizó una

propuesta acerca del manejo adecuado de la historia clínica como herramienta eficaz para el control de las mismas, luego de la identificación de las condiciones que establece la normatividad con respecto a la realización de la historia clínica.

1.5.2 Enfoque metodológico

Se recopilaron datos de una IPS de III Nivel de complejidad de la Ciudad de Medellín, entre el periodo comprendido de Enero a Diciembre de 2011, donde se relacionaron el comportamiento de las glosas, se analizaron variables como: valor facturado, valor glosado, valor soportado, valor aceptado, porcentaje de glosa que maneja la IPS durante cada mes del año, porcentaje de glosas para cada una de las aseguradoras que son atendidas en la IPS, porcentaje de glosas según los diferentes conceptos y según el área de ocurrencia.

1.5.3 Descripción de las variables

Las diferentes variables que se emplearon en este estudio fueron: total de facturas recibidas durante el periodo, valor glosado, valor soportado, valor aceptado, así:

Total de facturas recibidas durante el periodo: Corresponde al total de lo facturado en la IPS a las diferentes aseguradoras que fueron atendidas durante el año 2011.

Valor glosado: Corresponde a la cantidad en dinero que el Auditor Medico realiza como objeción o glosa a la factura.

Valor soportado: Corresponde al valor de la glosa u objeción realizada por el Auditor Medico que la IPS logra justificar o soportar.

Valor aceptado: Corresponde al valor de la glosa u objeción realizada por el Auditor Medico que la IPS da por aceptada.

1.5.4 Técnicas de recolección de la información

1.5.4.1 Fuentes de la información

Los datos fueron recolectados del informe consolidado acerca del comportamiento de las glosas que lleva la IPS mes a mes, durante un periodo de 12 meses durante el año 2011, se revisaron en su totalidad todos los meses del años, lo facturado durante este periodo, las glosas que se presentaron, su comportamiento, los porcentajes de glosa manejados por la IPS, las aseguradoras cuyo porcentaje de glosa es mayor etc.

1.5.4.2 Instrumento de recolección de la información

Se utilizó una plantilla diseñada en Excel que la IPS alimenta mes a mes , con la información suministrada por parte del departamento de facturación, acerca del comportamiento de las Glosas, con su respectivo valor según lo facturado, valor soportado, porcentaje de glosas, la participación de la diferentes EPS atendidas, los diferentes conceptos de glosa.

Tabla 1 Codificación, Concepto General

Conceptos	Total Acumulado	Promedio
VALOR FACTURAS RECIBIDAS	22.969.438.887	1.914.119.907
VALOR GLOSADO	4.986.513.542	415.542.795
VALOR SOPORTADO	4.386.762.988	365.563.582
VALOR ACEPTADO	582.236.893	48.519.741
% Glosa / Valor Facturas Recibidas	21,71%	21,71%
% Valor Soportado / Valor Glosado	87,97%	87,97%
% Valor Aceptado / Valor Facturas Recibidas	2,53%	2,53%
% Percentil Aceptado / Facturas Recibidas	1,59%	1,59%

Durante el año 2011 en la IPS se facturo \$ 22.969.438.887 y se glosó por parte de las aseguradoras \$ 4.986.513.542, lo anterior corresponde a un porcentaje de glosa del 21.71% en promedio anual, de esta glosa, la IPS soporta el 87.97% del valor total, lo cual no indica que de la glosa total es sostenible el 12% por parte de las aseguradoras.

Tabla 2 Relación de Glosa entre EPS

Entidad	Total Acumulado	Promedio	Participación	% Acumulado
EPS 1	3.265.045.906	272.087.159	65,48%	65,48%
EPS 2	451.055.648	37.587.971	9,05%	74,52%
EPS 3	252.550.025	21.045.835	5,06%	79,59%
EPS 4	223.926.795	18.660.566	4,49%	84,08%
EPS 5	185.561.627	16.869.239	3,72%	87,80%
EPS 6	185.370.136	15.447.511	3,72%	91,52%
EPS 7	103.400.923	8.616.744	2,07%	93,59%
EPS 8	102.813.414	8.567.785	2,06%	95,65%
EPS 9	71.582.680	6.507.516	1,44%	97,09%
EPS 10	145.206.388	12.100.532	2,91%	100,00%
TOTAL	4.986.513.542	415.542.795	100,00%	

En la tabla anterior encontramos el ranking de glosa por EPS, encontrándose que entre la EPS 1, la EPS 2 y la EPS 3, se encuentra el 84.08% del acumulado de la glosa, siendo estas las mas significativas para nuestra Monografía.

Tabla 3 Relación Glosa por Pertinencia Medica Aceptada

Conceptos de Glosa	Total Acumulado	Promedio
601 Estancia	316.853.353	26.404.446
608 Ayudas diagnosticas	27.109.976	2.259.165
602 Consulta, IC y visitas medicas	11.627.952	968.996
607 Medicamentos	7.166.553	597.213
604 Honorarios paramédicos	1.199.283	99.940
605 Derechos de sala	697.408	58.117
603 Honorarios MD en procedimiento	254.220	21.185
606 Materiales	134.674	11.223
623 Procedimiento o actividad	60.250	60.250
TOTAL	365.103.669	30.480.535

Se observa en la tabla anterior la glosa aceptada por pertinencia medica, la principal causal corresponde a glosa por estancia con un promedio de \$26.404.446, le sigue la glosa por ayudas diagnosticas, con un promedio de \$ 2.259.165, en tercer lugar se encuentra la glosa por Interconsulta y visitas medicas con un promedio de \$968.996, en cuarto lugar glosa por medicamentos con promedio de \$597.213, en quinto lugar glosa por honorarios paramédicos con promedio de \$99.940, en sexto lugar glosa por derechos de sala con promedio de \$ 58.117, en séptimo lugar glosa por honorarios médicos en procedimiento con promedio de \$21.185, en octavo lugar se encuentra la glosa por materiales con promedio de \$ 11.223, en último lugar la glosa por procedimiento o actividad con promedio \$ 60.250

Tabla 4 Relación Específica de Conceptos de Glosa

Conceptos de Glosa		Total Acum.	Promedio	Particip.	% Ac.
6012	Estancia - UCI x UCE x PISO	146.642.434	12.220.203	25,19%	25,19%
6011	Estancia . Pertinencia	128.092.339	10.674.362	22,00%	47,19%
101	Estancia	80.327.872	6.693.989	13,80%	60,98%
123	Procedimiento o actividad	31.499.358	2.624.947	5,41%	66,39%
6015	Estancia . Inoportunidad	31.506.798	2.625.567	5,41%	71,80%
608	Ayudas diagnósticas	27.109.976	2.259.165	4,66%	76,46%
333	Copia de historia clínica completa	21.309.209	1.775.767	3,66%	80,12%
102	Consultas, interconsultas, visitas médicas	20.331.619	1.694.302	3,49%	83,61%
103	Honorarios médicos en procedimientos	19.418.741	1.618.228	3,34%	86,95%
127	Servicio o procedimiento incluido en otro	16.293.496	1.357.791	2,80%	89,75%
602	Consultas, interconsultas, visitas médicas	11.627.952	968.996	2,00%	91,74%
6013	Estancia - ULTIMO DIA	9.620.239	801.687	1,65%	93,39%
108	Ayudas diagnósticas	7.347.086	612.257	1,26%	94,66%
607	Medicamentos	7.166.553	597.213	1,23%	95,89%
501	Estancia	4.139.080	344.923	0,71%	96,60%
336	Copia de factura o detalle de cargos de SOAT	3.747.098	312.258	0,64%	97,24%
523	Procedimiento o actividad	3.438.544	286.545	0,59%	97,83%
107	Medicamentos	1.943.023	161.919	0,33%	98,17%
105	Derechos de sala	1.879.833	156.653	0,32%	98,49%
604	Honorarios otros profesionales	1.289.683	107.474	0,22%	98,71%
201	Estancia	1.072.974	89.415	0,18%	98,90%
6014	Estancia - FALTAN NOTA HC	991.543	82.629	0,17%	99,07%
308	Ayudas diagnósticas	999.555	83.296	0,17%	99,24%
605	Derechos de sala	697.408	58.117	0,12%	99,36%
203	Honorarios médicos en procedimientos	598.950	49.913	0,10%	99,46%
206	Materiales	523.079	43.590	0,09%	99,55%
603	Honorarios médicos en procedimientos	361.742	30.145	0,06%	99,61%
116	Usuario, servicio corresponde a otro plan	1.081.612	90.134	0,19%	99,80%
502	Consultas, interconsultas, visitas médicas	188.700	15.725	0,03%	99,83%
304	Honorarios otros profesionales	172.320	14.360	0,03%	99,86%
606	Materiales	134.674	11.223	0,02%	99,88%
302	Consultas, interconsultas, visitas médicas	94.124	7.844	0,02%	99,90%
104	Honorarios otros profesionales	271.668	22.639	0,05%	99,95%
301	Estancia	87.131	7.261	0,01%	99,96%
508	Ayudas diagnósticas	83.808	6.984	0,01%	99,97%
124	Falta firma del prestador de servicios de salud	32.800	2.733	0,01%	99,98%
507	Medicamentos	30.264	2.522	0,01%	99,99%
111	Serv. incluido en estancia o derechos de sala	23.358	1.947	0,00%	99,98%
623	Procedimiento o Actividad	60.250	5.021	0,01%	100%
TOTAL		582.236.893	48.519.741	100,00%	

Como se observa en la tabla donde se unifica por cada concepto de glosa el total acumulado que le corresponde según la participación que tiene cada concepto siendo los de mayor peso: glosa por estancia en UCI, UCE o Piso, con promedio acumulado de \$146.642.434 y una participación de 25,19%, en segundo lugar glosa por estancia. pertinencia medica, con promedio \$128.092.339 , cuya participación fue del 22,00%, en tercer lugar glosa por estancia, con promedio acumulado de \$ 80.327.872 y una participación de 13,80%, en cuarto lugar glosa por procedimiento o actividad, con \$31.499.358 y participación de 5,41% y en quinto lugar glosa por estancia. inoportunidad, con promedio de \$ 31.506.798 y participación de 5,41%, lo que nos lleva a inferir que el mayor volumen de la glosa se encuentra distribuido en primera instancia por glosa por estancia

en Uci, Uce o Piso, en segundo lugar por estancia por pertinencia medica y en tercer lugar por estancia general.

2 MARCO CONCEPTUAL

2.1 RESOLUCIÓN 3047 DE 2008

ANEXO TÉCNICO No. 6

MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS

DEFINICIONES

2.1.1 Elementos de la codificación (1)

La codificación está integrada por tres dígitos, el primero indica los conceptos generales, los dos segundos indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general.

2.1.1.1 Tabla No. 1. Codificación Concepto General (1)

Í Codificación de las Glosas

1 Facturación: *Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.*

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

3 Soportes: *Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.*

4 Autorización: *Aplican glosas por autorización 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.*

Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.

5 Cobertura: *Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.*

6 Pertinencia: *Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, 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.*

8 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.

9 Respuestas a glosas y devoluciones: *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.*

Glosas por Soportes

Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

Estancia: Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la estancia.

Consultas, interconsultas y visitas médicas: Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la consulta, interconsulta y/o visita médica.

Honorarios médicos en procedimientos: Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinámica, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura.

Medicamentos: Existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios

Soportes: Existe inconsistencia en los contenidos de la factura o documento equivalente frente a relacionados en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios

Ayudas diagnósticas: Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de ayudas diagnósticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura, incluye la ausencia de lectura del profesional correspondiente, cuando aplica.

Descripción quirúrgica: Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.

2.1.1.2 Tabla No. 2. Codificación Concepto Específico (1)

Í Código Concepto Específico

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 *Falta firma del prestador de servicios de salud*
- 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*
- 31 *Bonos o boucher 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.+*

2.2 RESOLUCIÓN 1995 DE 1999

Adicional al tema de legislación para el manejo de glosas en el ámbito Colombiano, nos parece de suma importancia contextualizar al trabajo de Monografía el tema referente al manejo de la Historia Clínica ya que diligenciada correctamente se convierte en una de las fortalezas principales para disminuir el comportamiento de las glosas en la IPS

En Colombia la norma para el manejo de La Historia Clínica es la Resolución 1995 de 1999, a continuación se citaran algunos apartes de dicha resolución que se encuentran relacionados con el tema.

La resolución describe los siguientes conceptos que debe llevar una historia clínica:

2.2.1 Definiciones y Disposiciones Generales (2)

ÍARTÍCULO 1.- DEFINICIONES.

a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

b) Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

c) Equipo de Salud. Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

d) Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

e) Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

f) *Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.*

e) *Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.*

ARTÍCULO 2.- AMBITO DE APLICACIÓN.

Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

CARACTERISTICAS BASICAS DE LA HISTORIA CLINICA

- **Integralidad:** *La Historia Clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológicos, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y cultural.*
- **Secuencialidad:** *los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico La Historia Clínica de es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.*
- **Racionalidad científica:** *para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma*

lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

- **Disponibilidad:** *es la posibilidad de usar La Historia Clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la ley.*
- **Oportunidad:** *es el diligenciamiento de los registros de atención de La Historia Clínica simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.*
- **Confidencialidad:** *el secreto es uno de los deberes principales del ejercicio profesional cuyo origen se remonta a los tiempos más remotos de la historia y que hoy mantiene toda su vigencia.*

La obligación de secretos es uno de los temas del derecho sanitario que más preocupa dada la creciente dificultad de su mantenimiento, el secreto no es absoluto, en la práctica pueden surgir situaciones de conflicto entre el deber de secreto y el principio de beneficencia, fuerte protección legal del derecho a la intimidad.

El secreto, la confidencialidad e intimidad y La Historia Clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan. La Historia Clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe de una persona.

El problema legal más importante que se plantea es el quebrantamiento de la intimidad y confidencialidad del paciente y los problemas vinculados a su acceso, favorecidos por el tratamiento informatizado de los datos.

- **Seguridad:** *debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.*

- **Única:** *La Historia Clínica de Enfermería debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía sanitaria, siendo unos de los principios reflejados en el artículo 61 de la Ley General de Sanidad.*
- **Legible:** *una Historia Clínica de Enfermería mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en La Historia Clínica de Enfermería.*

La Historia Clínica de Enfermería debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

CONTENIDOS MINIMOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Según la Resolución 1995 los contenidos mínimos de la historia clínica son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección, teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

CUSTODIA

La custodia de La Historia Clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes.

El prestador podrá entregar copia de La Historia Clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

REQUISITOS DE LA HISTORIA CLINICA

- **Veraz:** *debe caracterizarse por un documento veraz constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal, como un delito de falsedad documental.*
- **Exacta:** *puntualidad y fidelidad en la información consignada en La Historia Clínica.*
- **Rigor técnico en los registros:** *los datos en ella contenidos deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otro profesional, o bien hacia la institución.*
- **Coetaneidad de registros:** *La Historia Clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente.*
- **Completa:** *debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases que comprenden todo acto clínico asistencial. Así mismo debe contener todos los documentos integrantes de La Historia Clínica, desde los datos administrativos, documentos de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.*

- **Identificación del personal:** *todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible.*

Por lo anterior consideramos que la historia clínica se convierte en una herramienta fuerte que de estar correctamente diligenciada por parte de las IPS, sería un arma a su favor para la disminución de glosas por diferentes causas, cabe resaltar la labor que han ido adelantando algunas Instituciones de Salud de nuestro medio, quienes han conseguido mejorarla ya sea sistematizándola en la mayor parte de los casos o dando capacitación y entrenamiento al personal implicado en el manejo de la misma.

Por tanto consideramos que la implementación de una lista de chequeo de historia clínica al momento del alta del paciente puede agilizar el proceso de facturación, disminuyendo glosas por diferentes causas.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIAS CLINICAS ORIENTADA A EVITAR GLOSAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Variable a evaluar	Cumple	No cumple	Porcentaje	Total
Fecha y Hora				
Antecedentes				
Anamnesis				
Motivo de consulta				
Enfermedad actual				
Revisión por sistemas				
Análisis				
Tratamiento				
Justificación de medicamentos No Pos				
Diagnostico código CIE 10				
Plan de manejo				
Dosis y presentación de medicamentos				
Diferencia entre los servicios prestados vs los facturados				
Medicamentos ordenados vs medicamentos soportados				
Insumos utilizados vs insumos justificados				
Presenta enmendaduras y tachones la historia clínica				
Soportes de los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos realizados				
Soporte de medicamentos e insumos de alto costo				
TOTAL				

3 RESULTADOS

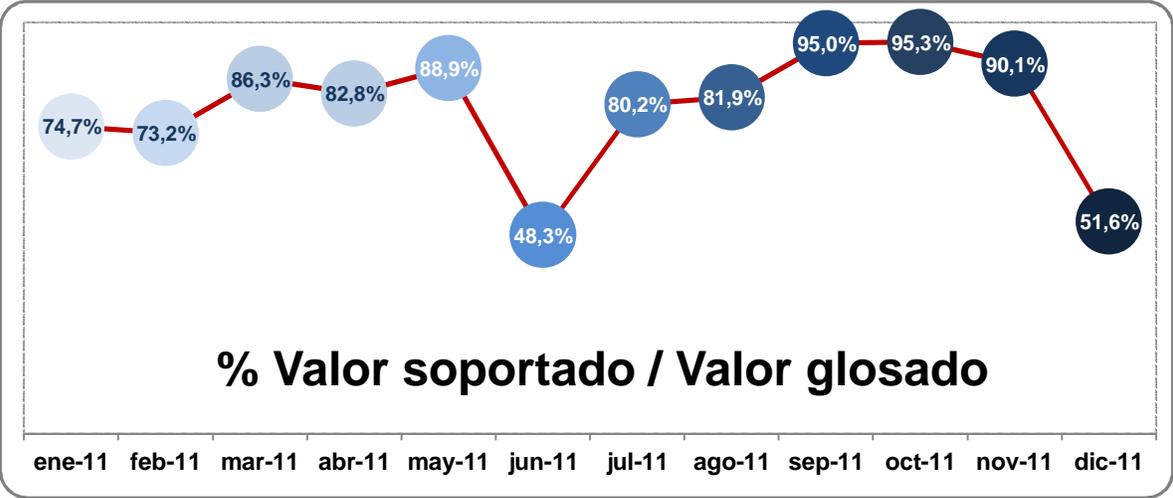
Se encontró que el total facturado durante el año 2011 en la IPS fue de \$22.969.438.887, el total de glosa corresponde a \$ 4.986.513.542, el total de lo que fue soportado a \$4.386.762.988, y el total de lo aceptado a \$582.236.893, lo cual nos lleva a concluir que el 78.3% de la glosa es soportada por parte de la IPS y solo el 21.71% de lo glosado es efectivo anual aceptado por la IPS, lo que corresponde a un porcentaje de glosas mensual en promedio del 1.8%, lo cual es un porcentaje de glosa esperado para la IPS.

En la siguiente grafica podemos evidenciar el Valor Glosado vs el Valor soportado, lo cual se explica con lo anteriormente mencionado ya que ambas cifras son muy similares en su comportamiento.



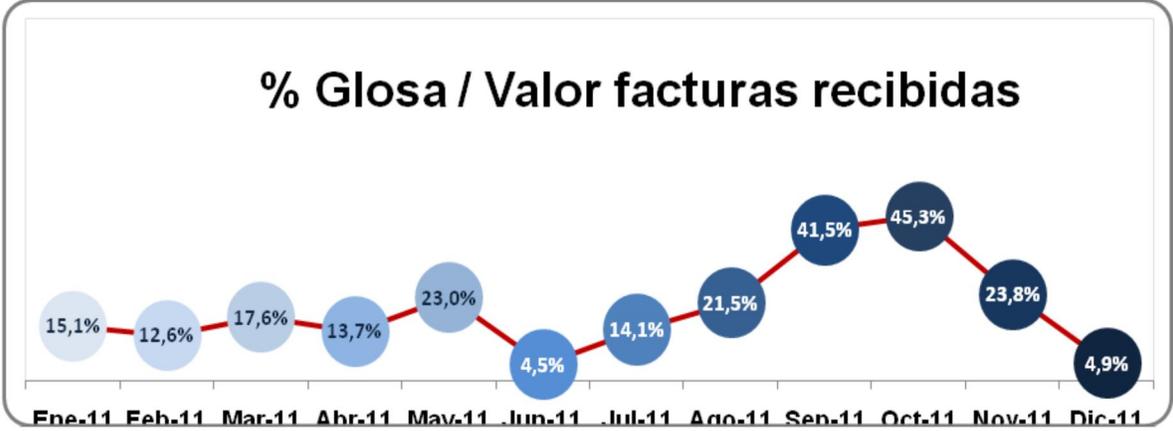
Gráfica 2 Comportamiento Valor Glosado vs. Valor Soportado (En pesos)

En la siguiente grafica se observa el porcentaje de lo soportado sobre lo glosado en la IPS.

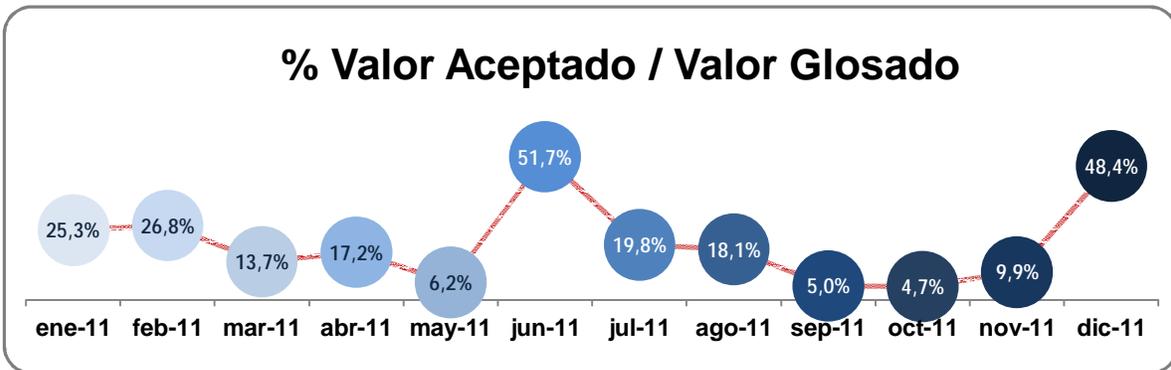


Gráfica 3 Comportamiento Valor Soportado / Valor Glosado (En percentil)

Se analizo el comportamiento durante todos los meses de 2011, observándose un porcentaje de glosa de 1.8% anual cuyo promedio oscila entre el 21.7%.



Gráfica4 Comportamiento Percentil de Glosa en relación al Valor de las Facturas Recibidas.



Gráfica 5 Comportamiento Percentil del Valor Aceptado con relación al Valor Glosado

En la Grafica 6, se analizó el comportamiento por aseguradora teniendo en cuenta las 5 primeras EPS con mayor valor de glosas en la IPS, siendo la EPS N°1, la que ocupa el 65.48% de la participación, lo anterior nos podría sugerir que esta aseguradora es la que maneja mayor volumen de facturación en la IPS o que su porcentaje de glosa es el superior.

La EPS N° 2 ocupa el 9.05% de la participación, la EPS N° 3 con el 5.06%, la EPS N° 4 con el 4.49% y finalmente la EPS N° 5 con el 3.72%, se tuvieron en cuenta estas cinco ya que son las más significativas alcanzando el 90% de participación del promedio de glosa en la IPS.

Gráfica 6 Participación de las EPS en el Glosado



En cuanto la distribución de glosa aceptada por pertinencia médica durante todo el año 2011 en la IPS se encontró que el mayor porcentaje es por estancia para un total acumulado de \$ 316.853.353 para un promedio de \$26.404.446 por mes.

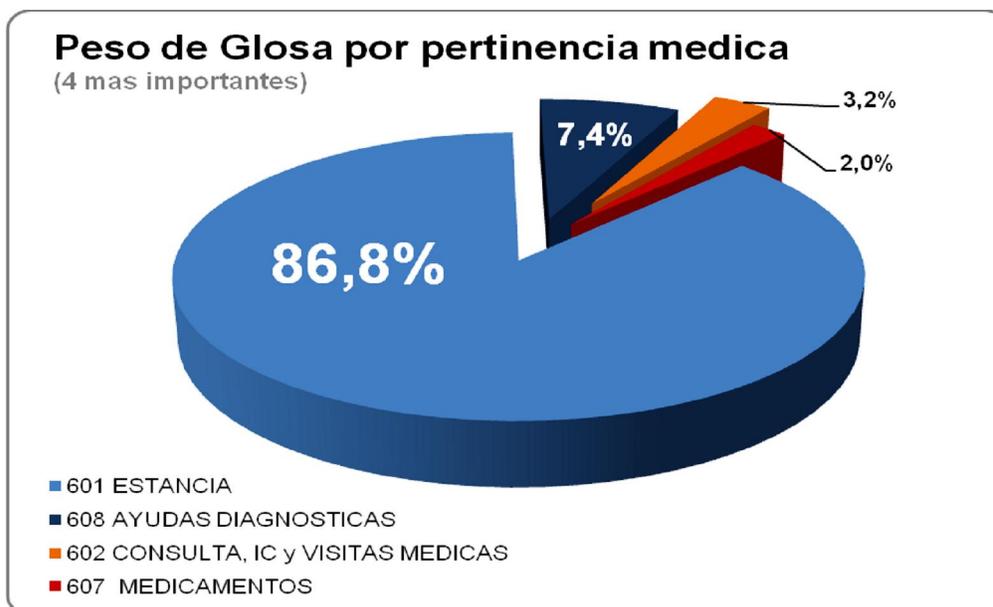
La segunda causal de pertinencia médica en la IPS fue por ayudas diagnósticas, para un total acumulado \$27.109.976 para un promedio mensual de \$ 2.259.165 lo cual nos lleva a concluir 7.4% de ayudas diagnósticas son consideradas como no pertinentes por parte del auditor externo.

La tercera causa por pertinencia médica durante el año 2011 en la IPS fue por medicamentos, para un total acumulado \$ 7.166.553 para un promedio mensual de \$ 597.213 por mes.

La cuarta causal por pertinencia médica aceptada durante el año 2011 en la IPS fue por honorarios médicos, para un total acumulado \$1.199.283 para un promedio mensual de \$ 99.940 por mes.

Lo anterior se explica en la siguiente grafica, distribución de la glosa por pertinencia médica.

Gráfica 7 Distribución de la Glosa por pertinencia médica.



4 DISCUSIÓN

La Auditoría es la herramienta que nos permite realizar el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención en salud, incluyendo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso adecuado de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de la atención del usuario.

Además tiene la finalidad de mejorar la calidad del servicio y educar al personal de la IPS acerca de la importancia de cometer menos errores lo cual afecta de manera positiva a las instituciones ya que no se vería afectada la rentabilidad, con la disminución de las glosas por diferentes causas.

Es importante destacar que la auditoría en salud, es la principal herramienta de evaluación y control de los servicios de salud mediante la cual se garantiza tanto a las instituciones prestadoras de servicios (IPS) como administradoras de plan de beneficios (EAPB), un importante impacto en la contención del gasto médico y el mejoramiento de la calidad de la atención que se brinda a los usuarios, en cuanto a calidad, oportunidad, pertinencia, eficacia y efectividad.

Tomando como base fundamental la dinámica actual en la que se conceptúa como directriz en los procesos la calidad, se requiere la optimización de los procesos administrativos, asistenciales buscando minimizar glosas por mal diligenciamiento de la historia clínica, lo anterior busca identificar estrategias de mejoramiento encaminadas a favorecer un flujo adecuado del dinero al interior de las IPS.

Es por lo anterior que en la presente Monografía enfocamos el tema de las glosas al interior de una IPS y cómo fue su comportamiento durante el año 2011 encontrándose que el total facturado por la IPS fue de \$22.969.438.887, el total de glosa corresponde a \$ 4.986.513.542, el total de lo que fue soportado a \$4.386.762.988, y el total de lo aceptado a \$582.236.893, lo cual nos muestra que si bien el 78% de la glosa total es soportada por parte de la IPS, queda un 21.7%

sin soportar o como glosa sostenible por las diferentes aseguradoras, lo cual traducido a términos de rentabilidad y eficiencia, significa una pérdida económica de \$ 582.236.893, suma que para ninguna IPS se considera despreciable en términos de crecimiento. Si la IPS no presentara esta pérdida económica anual sus utilidades y crecimiento serían un 30% más sobre el crecimiento actual.

La IPS, atiende diferentes aseguradoras de la ciudad de Medellín, tanto de régimen subsidiado como contributivo, se analizó el comportamiento por aseguradora teniendo en cuenta las 5 primeras EPS con mayor valor de glosas en la IPS, siendo la EPS N°1, la que ocupa el 65.48% de la participación, lo anterior nos podría sugerir que esta aseguradora es la que maneja mayor volumen de facturación en la IPS o que su porcentaje de glosa es el superior.

La EPS N° 2 ocupa el 9.05% de la participación, la EPS N° 3 con el 5.06%, la EPS N° 4 con el 4.49% y finalmente la EPS N° 5 con el 3.72%, se tuvieron en cuenta estas cinco ya que son las más significativas alcanzando el 90% de participación del promedio de glosa en la IPS.

La causal de glosa con mayor peso es la glosa aceptada de pertinencia médica, de esta se encontró que el mayor porcentaje es por estancia para un promedio mensual de \$26.404.446.

La segunda causal es por ayudas diagnósticas, para un promedio mensual de \$ 2.259.165.

La tercera causal de por pertinencia médica aceptada es por medicamentos, para un promedio mensual de \$ 597.213.

La cuarta causal de por pertinencia médica corresponde a honorarios médicos, para un promedio mensual de \$ 99.940 por mes.

Lo cual nos lleva a concluir que es urgente intervenir en el tema relacionado con las glosas en la IPS, dada la pérdida económica que se viene presentando para lo cual es necesario crear acciones tendientes a mejorar, entre estas se sugieren:

-Adherencia a guías y protocolos de Medicina basada en la evidencia.

-Adherencia a guías para el manejo del historia clínica.

-Lista de chequeo orientada a evitar glosas en historia clínica por diferentes causas.

5 CONCLUSIONES

- La auditoría entonces se convierte en la herramienta básica para la detección de dichos problemas, lo anterior debe ir de la mano con la implementación de planes de mejoramiento para intervenir las principales causales de glosas según el comportamiento de la IPS.
- Es de importancia resaltar el rol que juega tanto el auditor interno como el externo, quienes deben manejar una relación de comunicación y colegaje, los cuales deben hablar un mismo idioma, para poder dar manejo eficiente a las glosas e impactar satisfactoriamente el proceso de facturación en la IPS.
- El Auditor interno debe ser el puente con la IPS, para que en caso de no conformidades o glosas se puedan conciliar a tiempo o llegar a un acuerdo justo para las dos partes.
- En la IPS de Tercer Nivel, se encontró que el porcentaje de glosa vs porcentaje soportado son muy similares, lo cual nos indica que se trata de glosas que no sostenibles a futuro por parte del auditor de la EPS, lo que es indicio de que puede tratarse de glosas por soportes incompletos, letra ilegible como otros aspectos que la IPS puede soportar posterior a la objeción, lo cual genera demora en tiempo y pérdida económica para las IPS, lo anterior se podría intervenir con la implementación de la lista de chequeo que planteamos en la presente monografía.
- El manejo prudente de la historia clínica, puede influenciar de manera positiva el control de glosas en la IPS.
- Como respuesta a nuestro problema de investigación, se propone la aplicación de una lista de chequeo aplicada la historia clínica, que la Enfermera Jefe será la responsable de realizar, cuando el paciente sea

dado de alta, para así garantizar que se tienen los formatos y soportes suficientes para sustentar el proceso de facturación de los servicios de salud prestados por parte de la IPS de manera completa y correcta como lo establece la normativa vigente.

- Adicional se sugiere fortalecer la capacitación y adherencia a guías de medicina, para que exista coherencia en la práctica clínica en términos de pertinencia y racionalidad científica.
- Es de gran importancia articular el trabajo tanto del auditor de la IPS como del auditor de la EPS, para mantener unos adecuados canales de información así como para manejar un mismo idioma, llegar a acuerdos, concesiones y así lograr dar fluidez al problema de las glosas en la IPS.
- Mediante la lista de chequeo propuesta en la monografía, se logrará identificar los soportes o formatos faltantes en la historia clínica que son los causales de glosas que posteriormente son soportados por parte de la IPS, pero que generan reproceso llevando a pérdida en tiempo y en capital.
- Resaltar que no solo la Enfermera Jefe es la responsable de dicho proceso, ya que es todo el Equipo de Salud y el Equipo Administrativo del servicio en el cuál se encuentra el paciente quienes forman el engranaje y dan articulación a dicho proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de la Protección Social. Resolución Número 3047 de 2008 (Anexo Técnico N°6). Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas. [Internet] 2008. [Citado el: 05 de 12 de 2011.] Disponible en: [http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Documents/Anexo tecnico No. 6 Res 3047-08 y 416-09.pdf](http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Documents/Anexo_tecnico_No.6_Res_3047-08_y_416-09.pdf).
2. Ministerio de la Salud. Resolución Número 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. [Internet] 08 de 09 de 1999. [Citado el: 05 de 12 de 2011.] Disponible en: <http://fsfb.org.co/sites/default/files/Resolucion1995de1999.pdf>.
3. Informe Consolidado acerca del Comportamiento de las Glosas en una IPS de III Nivel de la Ciudad de Medellín, durante el año 2011
4. La Historia Clínica: Aspectos Éticos y Legales Dra. Dolores Giménez Especialista en Medicina Legal y Forense <http://www.geosalud.com/malpraxis/historiaclinica.htm>