EVALUACIÓN Y TIPIFICACIÓN DE GLOSAS EN LA CLÍNICA SOMA EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2010, EVITABILIDAD E IMPACTO EN LOS COSTOS DE NO CALIDAD

INVESTIGADORES
CAROLINA RESTREPO VÉLEZ
PAULA JULIANA VÉLEZ PARRA

ASESOR
DOCTOR FERNANDO ACOSTA RODRÍGUEZ

FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
UNIVERSIDAD CES

MEDELLÍN
OCTUBRE DE 2011

INDICE DE CONTENIDO

Pag.
ABSTRACT AND KEY WORDS 7
GLOSARIO 8
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 9
JUSTIFICACIÓN 12
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 13
MARCO TEÓRICO 14
2. MARCO CONTEXTUAL 16
2.1 Plataforma Corporativa 17
2.1.1. Valores Corporativos 18
2.1.2. Política de Calidad 18
2.1.3. Procesos Institucionales 18
2.1.3.1 Proceso de Auditoría Preventiva 18
2.1.3.2 Proceso de Auditoría Concurrente de la Factura 21
2.1.3.3 Envío y Radicación de Facturas 26
2.1.3.4 Trámite de Glosas Postradicación 28
3. MARCO DE REFERENCIA 34
4. HIPÓTESIS 37
5. OBJETIVOS 38
5.1 Objetivo General 38
5.2 Objetivos Específicos 38
6. METODOLOGÍA 39
7. PLAN DE ANÁLISIS 44
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS 45
9. RESULTADOS 46
10. DISCUSIÓN 74
11. CONCLUSIONES 75
12. RECOMENDACIONES 76
BIBLIOGRAFÍA 79
ANEXOS 82

ÍNDICE DE TABLAS

Pag.

Tabla N° 1 Valor de las notas crédito discriminadas por meses en el primer semestre de 2010 11

Tabla N° 2 Clasificación de variables 42

Tabla N° 3 Formato con parámetros para la recolección de la información 43

Tabla N° 4 Principales causas de glosa, valor en pesos y su porcentaje del valor total en las especialidades de Pediatría, Medicina Interna, Ortopedia, Cirugía y Ginecobstetricia, en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010. 49

Tabla N° 5 Distribución del valor de glosas por espacialidad en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010 51

Tabla N° 6 Cinco principales causas de glosa en Medicina Interna en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010. 52

Tabla N° 7 Cinco principales causas de glosa en Ortopedia en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010. 54

Tabla N° 8 Cinco principales causas de glosa en Cirugía en la Clínica S OMA en el primer semestre de 2010 56

Tabla N° 9 Cinco principales causas de glosa en Ginecología y Obstetricia en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010 58

Tabla N° 10 Cinco principales causas de glosa en Pediatría en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010. 60

Tabla N° 11 Distribución del valor de glosas por mes en la facturación radicada durante el primer semestre de 2010 62

Tabla N° 12 Distribución del valor de las glosas en la facturación radicada de Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Cirugía en el primer semestre de 2010 62

Tabla N° 13 Comportamiento de las cinco primeras causas de glosas en la Clínica SOMA y su distribución por mes durante el semestre de 2010. 65

Tabla N° 14 Comportamiento de las glosas por especialidad en el primer semestre de 2010. 67

Tabla N° 15 Comportamiento de glosas por entidad en el primer semestre de 2010... 71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pag.

Gráfico N° 1 Cinco principales causas de glosa en Medicina Interna en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010..... 53

Gráfico N° 2 Cinco principales causas de glosa en Ortopedia en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010. 55

Gráfico N° 3 Cinco principales causas de glosa en Cirugía en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010 57

Gráfico N° 4 Cinco principales causas de glosa en Ginecología y Obstetricia en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010. 59

Gráfico N° 5 Cinco principales causas de glosa en Pediatría en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010. 61

Gráfico N° 6 Distribución del valor de las glosas en la facturación radicada de Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Cirugía en el primer semestre de 2010 63

Gráfico N° 7 Distribución por mes del valor de las glosas de Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Cirugía en el primer semestre de 2010 63

Gráfico N° 8 Distribución por mes del valor radicado en Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Cirugía en el primer semestre de 2010..... 64

Gráfico N° 9 Comportamiento de de las 5 primeras causas de glosas durante el primer semestre de 2010 66

Gráfico N° 10 Comportamiento de las glosas en Medicina Interna durante el primer semestre de 2010 68

Gráfico N° 11 Comportamiento de las glosas en Ortopedia durante el primer semestre de 2010..... 69

Gráfico N° 12 Comportamiento de las glosas en Cirugía durante el primer semestre de 2010..... 69

Gráfico N° 13 Comportamiento de las glosas en Ginecología y Obstetricia durante el primer semestre de 2010 70

Gráfico N° 14 Comportamiento de las glosas en Pediatría durante el primer semestre de 2010 70

Gráfico N° 15 Comportamiento de glosas por entidad en el primer semestre de 2010 72

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Palabras clave: Auditoría, glosas, evitabilidad.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud se enfrentan cada día a una normatividad cambiante, tanto en la prestación de los servicios como en los procesos de auditoría. Deben implementarse intervenciones preventivas y correctivas, detectando las causas y el impacto económico de las glosas.

Con este trabajo se pretende identificar los motivos más frecuentes de glosas por especialidad, evaluar su evitabilidad e impacto en los costos de la no calidad en la Clínica SOMA, discriminados por meses en el primer semestre de 2010.

La información se recolectó en el segundo semestre del mismo año, tomada de las bases de datos de las áreas de facturación, auditoría y calidad de la institución. Los investigadores clasificaron la información recolectada por variables, por tipo de especialidad y por ítem, incluyendo el análisis del comportamiento de las glosas de cinco EPS representativas de la ciudad de Medellín.

Se encontró que las tres primeras causas de glosas son responsables del 84% del total de éstas. En la presentación de resultados interviene el concepto de evitabilidad, entendido como la clave para identificar las debilidades del proceso, las cuales deben tomarse como oportunidades de mejoramiento, para garantizar la autosostenibilidad y eficiencia financiera de la organización.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Keywords: audit, glosses, preventability

The providing health services institutions (EPS, by its Spanish acronym) face every day to a changing regulations, both in providing services and in the audit processes. There should be implemented preventive and corrective interventions, to detect the causes and economic impact of the glosses.

This paper seeks to identify the most frequent causes of glosses by specialty, to assess their preventability, and impact on the cost from the poor quality in the SOMA Clinic, broken down by months in the first half of 2010.

The information was collected in the second half of the same year, taken from the databases of billing, auditing and quality areas of the institution. The information was classified the by variables, and type of specialty, including analysis of the behavior of the glosses of five representative EPS of the Medellin city.

It was found that the three leading causes of glosses are responsible for 84% of these. In the presentation of results appears the concept of preventability, understood as the key to identifying the weaknesses of the process, which should be taken as opportunities for improvement to ensure self-sustainability and financial efficiency for the organization.

GLOSARIO

ITEM: Concepto de glosa.

GLOSA: No conformidad en la revisión de la factura.

RADICACIÓN: Soporte de recibido de la factura por parte de la entidad responsable del pago.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO

La auditoría de servicios de salud es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación de procedimientos que el paciente requiere durante su atención hospitalaria o ambulatoria, en cuanto a pertinencia, oportunidad, suficiencia y valor diagnóstico y terapéutico que ellos implican, teniendo en cuenta la racionalización de los recursos, los parámetros de calidad, la normatividad vigente, la racionalidad técnico – científica y los acuerdos contractuales entre prestador y asegurador, con el objetivo fundamental de evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud.

Dentro del proceso de auditoría se incluye la auditoría de cuentas, la cual hace parte de los procesos de control que articula el componente administrativo con el asistencial. Las observaciones a que haya lugar durante el proceso de la revisión de la factura, deben ser asumidas en conjunto por los auditores de las dos partes comprometidas (prestadores del servicio y aseguradoras).

Se define como glosa una no conformidad en la revisión de la factura. Pueden ser de índole médica, técnica o administrativa. La devolución se refiere al retorno de la totalidad de la factura, cuando el valor de las glosas es mayor al 50% del valor total de ésta.

Es de vital importancia para una IPS que los servicios prestados a los usuarios sean cancelados oportunamente por la aseguradora, ya que de esto depende el flujo de caja, que es uno de los elementos claves para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación del servicio. Este pago puede verse afectado por errores asistenciales y administrativos. De lo anterior se deriva la importancia de conocer las causas de estas debilidades para impactarlas desde su origen y evitar su recurrencia.

Las inconsistencias son generadas en diferentes momentos de la atención de los pacientes, por fallas en el registro de las actividades que se le realizan y por error en la elaboración y soporte de la facturación. Ambos son influenciados, en gran medida, por el desconocimiento

de la norma por parte del personal asistencial y administrativo involucrado en el proceso. Se considera de gran importancia detectar las principales causas de glosas y su impacto en la liquidez de la empresa y los reprocesos que se generan en la solución de estos problemas.

En la clínica SOMA, según indagaciones realizadas, no se han realizado estudios con este objetivo, pero basados en la experiencia se tiene la percepción que la mayoría de glosas son evitables por lo cual no se han implementado medidas que ayuden al proceso de mejoramiento, lo que incentivó el apoyo de las directivas de la institución. Por lo anterior, en este estudio se pretende analizar las causas de glosas de las especialidades de Cirugía, Ortopedia, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Medicina Interna de la Clínica SOMA.

Según la información tomada de la base de datos de los auxiliares de radicación, el valor total de las notas crédito generadas durante el primer semestre de 2010 discriminado por meses fueron: (Ver tabla N°1)

Tabla N° 1 Valor de las notas crédito discriminadas por meses en el primer semestre de 2010

Mes\ Origen NC	Valor NC en pesos	Valor en pesos Postradicación	Total NC en pesos
Enero	100.501.378	33.304.117	133.805.495
Febrero	90.117.216	7.402.797	97.520.013
Marzo	64.629.192	3.883.481	68.175.673
Abril	134.630.043	8.673.643	143.303.686
Mayo	114.523.049	5.739.999	120.263.048
Junio	60.495.716	8.569.077	69.064.793

JUSTIFICACIÓN

Para poder implementar intervenciones preventivas, y no sólo correctivas, es importante detectar las causas y el impacto de las glosas, ya que las instituciones prestadoras de servicios de salud se enfrentan cada día a una normatividad cambiante, tanto en la prestación de los servicios como en los procesos de auditoría. Lo anterior conduce a que las empresas tengan problemas económicos por el crecimiento de la cartera, lo que conlleva a crisis financiera por iliquidez.

Desde el punto de vista empresarial, el conocimiento oportuno de las causas de glosas permite conocer y evaluar de forma indirecta 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 asistencial. Si se logra hacer esta detección y clasificarla por especialidad, podrán implementarse medidas correctivas y acciones de mejora, cuya retroalimentación sirva como base para tomar acciones preventivas que se vean reflejadas en futuras auditorías. Otra gran ventaja, es que ayuda a descubrir puntos débiles en el sistema de contratación, que pueden corregirse y evitar las glosas desde su fuente primaria.

El proceso de auditoría en la Clínica SOMA se inicia una vez generada la factura, la cual es auditada o revisada por el auditor externo (hospitalario de la EPS), quien verifica la atención prestada en cuanto a calidad, oportunidad y pertinencia de los tratamientos o procedimientos realizados al paciente, basados en el criterio médico y en los manuales tarifarios y obligaciones contractuales. Si lo revisado cumple con las obligaciones, la factura se avala sin salvedad, es decir, sin glosas. Si, por el contrario, existe un desacuerdo en algún punto, se formula una glosa que debe tener respuesta por el auditor interno (Hospitalario de la IPS). La segunda parte corresponde a la auditoría técnica externa, quien verifica los medicamentos e insumos, que de igual forma puede pasar sin glosas, o con ellas, en cuyo caso pasa al analista de auditoría interno para dar respuesta. El auditor interno una vez responde la glosa, la concilia con el auditor externo, con el fin de ser levantada. En caso de no ser así, queda como un “no acuerdo”, que deberá ser soportado nuevamente y resuelto en una nueva conciliación posterior a la radicación de la factura.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles fueron los motivos más frecuentes de glosas por especialidad, su evitabilidad e impacto en los costos de la no calidad en la Clínica SOMA, discriminado por meses en el primer semestre de 2010?

MARCO TEÓRICO

La auditoría médica nació en Estados Unidos en el año 1910, a raíz de un informe realizado por doctor Abraham Flexner, en el que planteó e incentivó un cambio radical en las facultades de Medicina y en los Hospitales del país, conformados en su mayoría por profesionales con una formación técnica insuficiente. Se inició entonces un sistema de acreditación de hospitales llevado a cabo por el Colegio de Cirujanos, profundizando especialmente en el perfeccionamiento de las historias clínicas.(1)

En Suramérica, esta práctica se inició en el año 1952 en Chile, en el Hospital General de Buín, con la asesoría del doctor Andrew Patullo. Luego, nace en Argentina en el año 1970.(1)

Después de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, dispuesto en la ley 100 de 1993, se abrió camino el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), en cuyo marco se desarrolló un sistema de descentralización administrativa, técnica y financiera de las aseguradoras y prestadores.(2,3)

Dentro de la auditoría de servicios de salud se encuentra la auditoría médica, que es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de los procedimientos, la calidad, la racionalidad técnica y científica y uso racional de los recursos en salud, que tiene por objeto evaluar y mejorar la calidad en los servicios por medio del análisis de la aplicación del conocimiento del profesional en la prestación de los mismos.(1,4). Igualmente, contempla procesos de auditoría de cuentas médicas, los cuales velan por un correcto proceso de facturación a las aseguradoras, mediante la revisión de historias clínicas. Se trabaja sobre la base de registros de lo realizado, es decir, es de carácter retrospectivo. Se evalúa su calidad y la calidad de la atención misma, evidenciando la relación directa que existe entre ambas. Procurar que el paciente reciba la mejor atención médica posible, es su intención primordial y aumentar la calidad, su objetivo específico.

Esta labor debe ser realizada por médicos, especializados en áreas administrativas de la salud, como auditoría médica o de calidad, con gran conocimiento y excelente manejo de las normas que regulan el sistema de salud, los manuales tarifarios en los cuales está basada la

contratación entre EPS e IPS, y, sobretodo, con criterios claros de racionalidad tecnológica y científica.

2. MARCO CONTEXTUAL

En el mes de enero de 1945 se reunieron los doctores Hernán Londoño Vélez, Miguel Múnera Palacio e Ignacio Vélez Escobar, con el fin de dar solución a la escasa actividad médico-científica de la ciudad, la inadecuada infraestructura de los consultorios médicos, la deficiente dotación y organización de los servicios hospitalarios privados de la ciudad, además de la falta de personal paramédico debidamente entrenado.

A partir de este momento, la Clínica SOMA empieza a tomar forma a través de reuniones de un grupo de médicos, con el ánimo de iniciar una serie de conferencias de carácter científico cultural, estudiando a su vez, la posibilidad de iniciar o formar una empresa para la atención hospitalaria. Ese grupo inicial lo integraron 12 profesionales de distintas especialidades médicas y cada uno de ellos aportaría mensualmente 50 pesos. Se estableció que el nombre de la sociedad sería: "Sociedad Médica Antioqueña S.A – SOMA" y tendría domicilio en la ciudad de Medellín.

La administración de la sociedad estaría a cargo de la asamblea general de accionistas, de la junta directiva y del gerente. Su primer gerente fue el doctor Ignacio Vélez Escobar.

El 25 de noviembre de 1947 se constituyó oficialmente la Sociedad Médica Antioqueña S.A.-SOMA. Inicia labores el 28 de enero de 1948, donde funcionó la antigua Clínica Santa Ana, la comunidad de las Hermanas Carmelitas Misioneras se hizo cargo de las labores de enfermería y de los servicios generales. El 25 de noviembre de 1972 la Clínica SOMA constituyó la primera unidad de cuidados intensivos de la ciudad de Medellín.

En la actualidad la Clínica SOMA cuenta con 190 camas hospitalarias, distribuidas para todas las especialidades incluyendo unidad de cuidado intensivo y especial tanto adultos como neonatal. La alta dirección está conformada por el doctor Juan Francisco González Londoño, actual Presidente, doctor Juan Gonzalo López Posada Director Administrativo, doctor Juan Carlos Aguirre Martínez Director Médico y Olga Lucía Gallego Berrío Directora de Calidad. La Clínica está certificada bajo la norma ISO 9001 versión 2000 en el 2005.

La Clínica SOMA es una IPS privada creada para prestar servicios de salud de calidad, mediante un excelente equipo humano, buscando un mayor beneficio para los usuarios y cumplir su lema: “SOMA, los especialistas de toda la vida”. Tiene contrato con varias aseguradoras del régimen contributivo, subsidiado, medicina prepagada y pólizas. Cuenta con un área de auditoría conformada por 15 personas en total, cuatro médicos auditores, cuatro analistas de auditoría concurrente, cuatro analistas de auditoría post-radicación y tres auxiliares de radicación, encargados de la revisión, respuesta, conciliación, envío y radicación de las facturas.

2.1 Plataforma Corporativa

La Clínica SOMA tiene dentro de su plataforma estratégica el siguiente direccionamiento:

Misión

Somos una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad con capacidad para ofrecer a la comunidad nacional e internacional una amplia gama de especialidades con un equipo médico ético, idóneo y responsable, quien brinda una atención cálida, oportuna y segura, apoyado por colaboradores comprometidos con el servicio y la calidad.

Visión

Seremos en el 2013 la mejor opción como institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, reconocida nacional e internacionalmente por la alta calidad e integralidad de su atención, abierta al cambio, generando valor para los accionistas y contribuyendo al mejoramiento de la salud y calidad de vida de la comunidad.

2.1.1. Valores Corporativos

Compromiso
Responsabilidad
Equidad
Ética
Respeto

2.1.2. Política de Calidad

Es política de la Clínica SOMA prestar servicios integrales de salud en forma eficiente, confiable, segura y rentable, en búsqueda del mejoramiento continuo a través de un equipo humano ético y competente, capaz de brindar una atención amable, eficaz y oportuna, ofreciendo al usuario y su familia información suficiente y permanente que les genere confianza en nuestros servicios, disponiendo además de infraestructura y tecnología adecuadas para ser competitivos, orientados a la satisfacción de las entidades del Sistema de Seguridad Social en Salud y los usuarios.

2.1.3. Procesos Institucionales

El proceso se puede esquematizar de la siguiente manera según lo establecido por el sistema de gestión de calidad de la Clínica SOMA(5)

2.1.3.1 Proceso de Auditoría Preventiva

Verificar que la prestación de los servicios se realice bajo criterios de pertinencia médica, asistencial y administrativa. Evitando las situaciones de riesgo que afecten la prestación y la contraprestación económica de los servicios. Incluye las siguientes actividades:

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
1	Reclamar censo hospitalario	Auditor Médico	Reclamar diariamente en Admisiones, el Reporte **UTILIZACIÓN DE CAMAS POR SERVICIO HABITACIÓN**, generado por el Sistema Servinte.
2	Seleccionar los casos a evaluar	Auditor Médico	Según criterios establecidos por la Clínica. Ver Instructivo **I-013 CRITERIOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA PREVENTIVA.**
3	Apoyar al personal administrativo	Auditor Médico	El auditor médico asiste al personal administrativo para la toma de decisiones, en cuanto a órdenes, facturación y autorizaciones**,** codificación de procedimientos, términos contractuales y legislación vigente. Se hace verificación de las solicitudes de medicamentos NO POS, de acuerdo **al P-022 MANEJO DE MEDICAMENTOS NO POS.**
4	Soportar las objeciones	Auditor Médico	Una vez identificadas las objeciones en la concurrencia, o a solicitud del auditor externo, el auditor médico de la clínica, se contacta con el responsable verbalmente y/o utilizando el formato **F-119 (SOPORTE DE AUDITORÍA PREVENTIVA Y JUSTIFICACIÓN DE OBJECIONES)** para darles trámite, y evitar bajo los medios posibles la objeción definitiva, con el acompañamiento y justificación de los responsables que intervienen en la prestación de los servicios y buscar soluciones operativas o contactarlos con el auditor externo plantear además la manera de prevenir situaciones similares futuras.

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
5	Definir conducta a seguir en caso de la aceptación o no de la objeción		En caso de aceptación o no de la objeción por parte de la clínica se diligencia el soporte **F-119 SOPORTE DE AUDITORÍA PREVENTIVA Y JUSTIFICACIÓN DE OBJECIONES Y/O F-088OBJECIÓN Y /O RESPUESTA A FACTURA.** El cual se archiva en carpeta del área de auditoría para consultar en caso de futuras objeciones y/o soporte para post radicación.
6	Asistir al comité de glosas	Auditor Médico	Los casos relevantes se presentan en el comité de glosas, para establecer correctivos para casos futuros y en caso de objeciones tener definida la posición de la clínica.
7	Elaborar informes de gestión	Auditor Médico	Una vez identificados en los procesos anteriores, los casos de interés, en el día a día se informan a Dirección Médica, Coordinación de Contratación, Coordinación de Enfermería, Coordinación de Facturación, Coordinación de Cartera o a quien corresponda, por correo electrónico, comunicación interna y/o comité de glosas. Igualmente se identifican situaciones susceptibles de mejorar, y se informan a Coordinación de Contratación, Dirección Administrativa y Dirección Médica para que sean analizados y definan planes de mejoramiento, actualización de procesos, etc. Esto se comunica a través del Informe de Gestión. Este informe se realiza de dos (2) formas: verbal y escrita cada mes.

2.1.3.2 Proceso de Auditoría Concurrente de la Factura

Su objetivo principal es verificar que la factura cumpla con criterios administrativos, asistenciales y de pertinencia medica necesarios para una adecuada y oportuna radicación. Comprende las siguientes actividades:

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
1	Recibir, ingresar y clasificar las facturas por entidad, procedentes del departamento de facturación.	Auxiliar de Radicación	Verifica que las facturas procedentes del área de facturación, estén físicamente, luego se puntean en la Relación de Entrega por el Módulo de Administración de Documentos – Zeus, y se ingresan en la base de datos. Clasifica las facturas que requieren ser auditadas antes del envío y las que no. Las facturas que requieran ser auditadas, el auxiliar las relaciona por entidad y a través del correo electrónico las entrega a los analistas de auditoría, las que no requieran auditoría se registran en el sistema obteniendo el control de envío de facturas.
2	Recibir las facturas relacionadas de las entidades asignadas	Analista de Auditoría	Una vez el auxiliar de radicación, remisiones las facturas por entidad al analista de auditoría, este se encarga de ingresarlas en la base de datos y hacer entrega a los auditores externos a través del módulo de administración de documentos – Zeus.
3	Registrar y entregar las	Analista de Auditoría	Se ingresa en la base de datos la fecha de entrega al auditor

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
	facturas		externo y se imprime relación de las facturas por fecha de entrega y monto diario por entidad, obteniendo firma de recibido. Se da informe verbal y escrito a los auditores de la facturación pendiente en el área. A partir de este momento se espera el previsado por los auditores externos.
4	Solicitar y adjuntar la historia clínica original a la factura.	Analista de Auditoría	Teniendo en cuenta si la auditoría de las entidades requiere historia clínica original o no según tabla **T-022 ENTIDADES QUE AUDITAN CON HISTORIA CLÍNICA ORIGINAL** y a solicitud de los auditores externos; se solicita al archivo la historia clínica original mediante el formato **F-086 SOLICITUD Y ENTREGA DE HISTORIAS CLÍNICAS**, el cual se lleva diariamente. Una vez los auxiliares de archivo tienen las historias, se recogen y se verifican según la solicitud de historia clínica, se entregan al auditor externo obteniendo firma de recibido. (NOTA: En el departamento se cuenta con un aprendiz, el cual en un momento dado bajo la supervisión del Analista de Auditoría desempeñará esta actividad)

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
5	Controlar los tiempo de previsado de auditoría externa e interna	Analista de Auditoría	Se informa al auditor externo sobre el monto pendiente bajo su responsabilidad, teniendo en cuenta la permanencia de las facturas en el área, entregando copia del informe semanal discriminando montos y tiempos, a las entidades que considere necesario.
			Teniendo en cuenta las fechas de cierre y montos con extemporaneidad, se acude a una instancia superior para lograr la evacuación de estos montos.
6	Recibir y clasificar las facturas auditadas.	Analista de Auditoría	Actualiza la base de datos y clasifica las facturas, dependiendo de si fueron objetadas o no: a) Sin objeción: Se entregan al Auxiliar de Radicación a través del módulo de administración de documentos, para generar envío, según tabla **T-025FECHA ESTIPULADA PARA LA RADICACIÓN DE FACTURAS** b) Con objeción: Se analizan y si no le es pertinente su solución se direccionan al responsable de la misma, haciendo los movimientos en el módulo de administración de documentos - Zeus. Si la factura no cumple con los requisitos, soportes de la

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
			prestación del servicio y/o normas legales, se devuelve al departamento de facturación de forma escrita en el formato **F-120 CONTROL DE FACTURAS DEVUELTAS A FACTURACIÓN**
7	Soportar y justificar objeciones	Auditor Médico	El auditor médico es el responsable de soportar y justificar las objeciones de carácter médico, haciendo análisis de éstas utilizando las herramientas que considere necesarias, y diligenciando el formato **F-088 OBJECIÓN Y /O RESPUESTA A FACTURA Y/O F-119 SOPORTE DE AUDITORÍA PREVENTIVA Y JUSTIFICACIÓN DE OBJECIONES.**
		Analista de Auditoría	Resuelve objeciones asistenciales y administrativas diligenciando El Formato **F-119SOPORTE DE AUDITORÍA PREVENTIVA Y JUSTIFICACIÓN DE OBJECCIONES**. En los casos que considere necesarios, utilizando como apoyo la historia clínica, leyes y normas vigentes, manuales tarifarios, hojas de ruta y soportes generales por servicios prestados por terceros.
8	Llevar al comité de glosas	Auditor Médico	Los casos de no acuerdo entre la clínica y el asegurador o aquellos susceptibles de procesos de mejoramiento; se llevan al comité de glosas para definir qué hacer con los casos puntuales y establecer correctivos de fondo. Es el comité de glosas quien define si las notas crédito por objeciones aceptadas, generan recobro al responsable,

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
			(especialistas, enfermería, tercero, etc.).
9	Traslado de la factura	Auditor Médico	Se ingresa a Zeus, se abre la aplicación "Administración de Documentos" y a través del sistema se hace traslado de la factura por el sistema, al analista de auditoría responsable del asegurador.
10	Definir conducta a seguir en caso de aceptación o no de la objeción	Analista de Auditoría	Independiente de la causa de objeción, de no encontrar justificación se acepta mediante nota crédito, diligenciando el formato **F-121 SOLICITUD DE NOTAS CRÉDITO** y se clasifica según **T-023 CLASIFICACIÓN DE: OBJECIONES, NOTAS CRÉDITO, ANULACIÓN Y REFACTURACIÓN**. Si la aceptación de la objeción involucra un tercero se diligencia el formato **F-087 NOTA CRÉDITO AL TERCERO** y se procede al descuento. Si no se acepta la objeción, el responsable la soporta directamente ante el auditor externo.
			Después de obtener el visto bueno (V.B.) en la factura por aceptación o soporte de la objeción, se entrega al auxiliar de radicación a través del módulo de administración de documentos – Zeus.
11	Presentar informe de	Analista de Auditoría	Presentar informe semanal y mensual. La información

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
	gestión	Auditor Médico	suministrada permite evaluar la gestión interna y externa sobre la facturación recibida en el área y la radicación real de las mismas. Se presenta informe mensual escrito.

2.1.3.3 Envío y Radicación de Facturas

Su objetivo principal es enviar, verificar y radicar las facturas; asegurando la contraprestación económica de los servicios prestados. Comprende las siguientes actividades

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
1	Verificar las facturas e ingresarlas a la base de datos	Auxiliar de Radicación	Verificar que estén completas las facturas de acuerdo con la relación de entrega, ingresar al módulo de administración de documentos **(Apolo),** ubicar en procesos la opción ***recibir relación de entrega,*** para cambiar el estado de entregada a recibida. se debe tener en cuenta que: • Facturas que no requieren auditoría previa: según la tabla **t-021**

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
			entidades que no realizan auditoría previa a la factura según servicio, se hace el envío a cada institución. • Facturas que requieren auditoría previa de la entidad: son relacionadas en un archivo de Excel, enviado por correo interno y entregado físicamente a cada analista.
2	Registrar el envío	Analista de Auditoría Auxiliar de Radicación	A las facturas que tuvieron auditoría, se les realiza el movimiento por el sistema (Apolo) se entregan a la auxiliar de radicación, se genera la relación de envío para cada entidad.
3	Organizar envíos	Auxiliar de Radicación	Después de impreso el envío se organizan las facturas por entidad con sus respectivos soportes y por cada envío se genera y anexa el medio magnético de rips. Se asigna el estado EV(envío) a la factura en la base de datos.
4	Remisionar los envíos a mensajería	Auxiliar de Radicación	Se hace relación de envío en el formato f-122 solicitud de requerimientos de mensajería.
5	Radicar facturas	Auxiliar de Radicación	Cuando los mensajeros traen las relaciones de envíos firmadas y/o selladas de las diferentes entidades, el auxiliar de radicación las recoge: • Revisa las copias de las facturas • Radica en el sistema (Apolo) • Actualiza la base de datos con la fecha de recibido en la

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
			entidad, cambiando el estado de las facturas a Rd (radicadas)
6	Remisionar copia del envío y facturas anexas.	Auxiliar de Radicación	Una vez radicadas las cuentas se entregan a cartera los envíos y sus respectivas copias de facturas, relacionados en formato F-089 control envíos a cartera.

2.1.3.4 Trámite de Glosas Postradicación

El objetivo principal radica en tramitar las glosas y facturas devueltas, teniendo en cuenta la normatividad vigente y la del tipo contractual. Sus actividades son:

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
1	Recibir, fechar, verificar y radicar las glosas.	Auxiliar de Radicación	• Se recepcionan con sello de recibido las glosas posradicación. • Verifica si es glosa o devolución, teniendo en cuenta que debe cumplir todos requisitos contratados con la entidad y que cumpla con la legislación vigente; es decir: cumplir con los tiempos definidos, valor exacto y los soportes correspondientes en donde se evidencie de forma clara todas las diferentes causales de la glosa o devolución.

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
			• Después de la verificación se radican en el sistema por el modulo de cartera según el instructivo **I-017 RADICACIÓN DE OBJECIONES EN EL SISTEMA**. y se clasifican por causa según la tabla **T-023 CLASIFICACIÓN DE OBJECIONES: NOTAS CRÉDITO, ANULACIÓN, Y REFACTURACIÓN** • Una vez radicadas en el sistema se exportan los archivos y se descarga en la base de datos de Excel (**MATRIZ CONTROL POS-RADICACIÓN CONSOLIDADO**) y se entrega al analista encargado de cada entidad para su respectivo trámite.
2	Recibir y clasificar las facturas auditadas. Recibir y clasificar las glosas relacionadas.	Analista de Auditoría	Actualizar la base de datos (Matriz) en Excel: copiando la relación de facturas entregadas en la base de datos y verifica una a una, que estén físicamente. Posteriormente se analiza el concepto objetado o la causa de la devolución y se procede a clasificar las objeciones, según el procedimiento **P-048 AUDITORÍA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS / LITERAL B AUDITORÍA CONCURRENTE DE LA FACTURA / actividad #6 / facturas con objeciones.**

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
3	Soporte documental o sustentación de la objeción ó factura devuelta.	Auditor Médico y/o Analista de Auditoría	Se reúnen los soportes necesarios (resultados de laboratorio, de patología, de farmacia etc.). Si para esto se necesita la historia clínica, se diligencia el formato solicitud de historias clínicas **F-086 SOLICITUD Y ENTREGA DE HISTORIAS CLÍNICAS**. Una vez se cuente con los soportes se procede a dar respuesta a la objeción. **NOTA:** En el departamento se cuenta con un aprendiz, el cual en un momento dado bajo la supervisión del Analista de Auditoría desempeñará esta actividad.
4	Soportar las objeciones	Auditor Médico Analista de Auditoría	Se resuelven las objeciones utilizando el formato **F-119 FORMATO JUSTIFICACIÓN DE OBJECIONES**, para aclarar conceptos con los especialistas tratantes, con otras áreas sobre servicios prestados y/o con terceros, en los casos que considere necesario, y la tabla **T-025FECHA ESTIPULADA PARA RADICACIÓN DE FACTURAS** • Resuelve las objeciones de carácter médico y posteriormente, las entrega al analista para su asiento en el sistema y descuento al tercero si se requiere. • Resuelve las objeciones de carácter asistencial y

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
			administrativo.
5	Definir conducta a seguir en caso de aceptación o no de la objeción y/o devolución	Analista de Auditoría	Independiente de la causa de la objeción y/o devolución: De no encontrar el soporte requerido se acepta mediante nota crédito. • Objeción o glosa: Se anexan los soportes respectivos y se digita la respuesta en el modulo de cartera según instructivo **I-018 RESPUESTA DE OBJECIONES EN EL SISTEMA**, el cual genera la nota crédito automáticamente, en caso de aceptación. • Devolución: Se procede según el **P-048 AUDITORÍA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS / LITERAL B AUDITORÍA CONCURRENTE DE LA FACTURA / actividad #8.** Se anexan los soportes requeridos y/onota crédito y se responde mediante comunicación escrita, asignándole consecutivo de correspondencia.
6	Enviar las respuestas de objeciones y facturas devueltas resueltas	Auxiliar de Radicación	Una vez solucionadas las, se elabora el envío teniendo en cuenta el procedimiento **P-049 ENVÍO Y RADICACIÓN DE FACTURAS.** Las respuestas de objeciones, se entregan a mensajería relacionadas en el **F-122 REQUERIMIENTOS DE MENSAJERIA**, para que estos las lleven a las entidades.

N°	Actividad	Responsable	Especificaciones
			Teniendo en cuenta la tabla **T-025 FECHA ESTIPULADA PARA LA RADICACIÓN DE FACTURAS.**
7	Recepción y archivo de soportes de los radicados de respuestas a objeciones	Auxiliar de Radicación	Verifica los sellos de recibido en las relaciones de envío de respuesta a objeciones y de facturas devueltas nuevamente enviadas. Actualiza en el sistema Zeus, la fecha de radicación de la respuesta a la objeción o la nueva radicación de la factura según el procedimiento **P-049 ENVÍO Y RADICACIÓN DE FACTURAS.** Archiva los soportes de la respuesta a objeciones en las carpetas del área.
8	Generar informes	Auxiliar de Radicación y/o Analista Auditoría	Según requerimientos internos, se generan informes mensuales del proceso de radicación importados de Servinte QVT-FTP a Excel, y de respuesta a glosas, según procedimiento **P-048 AUDITORÍA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS / LITERAL B AUDITORÍA CONCURRENTE DE LA FACTURA / Actividad N°9.**

La respuesta a glosas implica la revisión y acuerdo a que se debe llegar entre los auditores de las empresas contratantes y contratista, acerca de la prestación de servicios diagnósticos o terapéuticos en el proceso de atención del paciente.

El área de auditoría cuenta con indicadores específicos tales como porcentaje de facturación pendiente, nota crédito efectiva concurrente, glosa post-radicación, radicación mes, nota crédito efectiva post-radicación, nota crédito post-radicación, nota crédito concurrente, porcentaje de solución de devoluciones mes, porcentaje glosa resuelta mes.(6)

Para el proceso de facturación la Clínica cuenta con aplicativos a través de un software llamado Servinte.

3. MARCO DE REFERENCIA

Todos estos escenarios están sujetos a normas que regulan el ejercicio y operativización del proceso. Las de más referenciación, son:

NORMA	OBJETIVO
Ley 14 de 1962(7)	Regula la profesión médica
Ley 23 de 1981(8)	Establece el código de ética médica.
Ley 6 de 1991(9)	Reglamenta la especialidad de Anestesiología.
Constitución Política de Colombia de 1991(10)	Artículos 48, 49 y 50 definen las características de la seguridad social y la atención en salud. Artículo 78 establece que la ley regulará el control de calidad de los servicios prestados a la comunidad.
Ley 100 de 1993(3)	Artículos 153, 178, 225 y 227 creación del sistema de garantía de la calidad, atención integral en salud eficiente oportuna y de calidad. Establece sistemas de costos y facturación.
Decreto 1259 de 1994(11)	Reestructura la Superintendencia Nacional de Salud, crea la Dirección para el Control de la Calidad, que velar que las EPS y las IPS cumplan con el SOGC de la atención en salud, incluyendo la auditoría médica.
Resolución 5261 de 1994(12)	Define el manual de actividades, procedimientos e intervenciones del plan obligatorio de salud. Derogada en 2010 por el acuerdo 008.
Decreto 1094 de 1996(13)	Reglamenta la factura electrónica.
Decreto 1165 de 1996(14)	Reglamenta el estatuto tributario y establece la obligación de facturar y los requisitos de la factura.
Decreto 2174 de 1996(15)	Organiza el SOGC y en su artículo 14 define que las EPS e IPS deben establecer procesos

NORMA	OBJETIVO
	de auditoría médica. Derogado.
Resolución 4252 de 1997(16)	Establece la declaración de requisitos esenciales y define que las EPS solamente podrán contratar prestación de servicios de salud con IPS que hayan realizado la declaración de dichos requisitos.
Decreto 723 de 1997(17)	Reglamenta algunos aspectos de relaciones entre IPS y EPS entre ellos, la facturación, la contratación y los pagos de cuentas. Derogado.
Decreto 46 de 2000(18)	Emite disposiciones acerca de la correcta disposición de los recursos de la Seguridad Social, modifica los términos para emisión y notificación de glosas entre prestadores y pagadores.
Decreto 1281 de 2002(19)	Emite disposiciones sobre utilización de los recursos para la salud en forma oportuna y eficiente en la prestación. Define parámetros para trámite de cuentas.
Decreto 2309 de 2002(20)	Define el SOGCS y el proceso de auditoría en salud. Derogado.
Decreto 1474 de 2002(21)	Define los estándares únicos de acreditación en salud. Derogado.
Decreto 3260 de 2004(22)	Formula disposiciones para optimizar el flujo financiero del Sistema, aborda la definición de plazos para el pago de facturas y define términos para el proceso de glosas.
Decreto 1011 de 2006(23)	Crea el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) con sus cuatro componentes: 1. El sistema único de habilitación. 2. La auditoría para el mejoramiento de la

NORMA	OBJETIVO
	calidad de la atención en salud. 3. El sistema único de acreditación. 4. El sistema de información para la calidad.
Resolución 1446 de 2006(24)	Definió el sistema de información para la calidad y los indicadores para monitoreo del SOGCS.
Ley 1122 de 2007(25)	Modificó el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), incrementó la cotización en salud en un 0.5% para alcanzar la cobertura universal, definió la contratación obligatoria del 60% de la UPC del régimen subsidiado con las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) y otorgó nuevas funciones a la Superintendencia Nacional de Salud en aspectos de inspección, vigilancia y control.
Ley 1231 de 2008(26)	Unificó la factura como título valor.
Decreto 4747 de 2007(27)	Regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud.
Resolución 3047 de 2008(28)	Define formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre IPS y EPS, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

4. HIPÓTESIS

La gran mayoría de las glosas generadas a la Clínica SOMA pueden considerarse evitables.

Por lo tanto, al intervenir oportuna y adecuadamente las condiciones generadoras de glosas, éstas van a tener una disminución significativa y un impacto económico favorable que aumenta la liquidez de la institución prestadora.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Identificar los motivos más frecuentes de glosas por especialidad, evaluar su evitabilidad e impacto en los costos de la no calidad en la clínica SOMA, discriminados por meses en el primer semestre de 2010.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar, consolidar, clasificar y agrupar las causas más frecuentes de glosas por especialidad discriminados por meses en el primer semestre de 2010, determinando su posible evitabilidad.
- Cuantificar el impacto económico de las glosas en la Clínica SOMA.
- Evaluar el comportamiento de las causas y valores de las glosas, mes a mes en el primer semestre de 2010.

6. METODOLOGÍA

La información se recolectó en el segundo semestre de 2010, tomada de las bases de datos del área de Auditoría de la Clínica SOMA.(29)

Los investigadores clasificaron la información recolectada por variables, por tipo de especialidad y por ítem.

Se incluye el análisis del comportamiento de las glosas en la institución, de cinco EPS representativas de la ciudad de Medellín.

Medios:

Hardware: Equipos de cómputo permanente y portátil.
Software: Excel, Word, Servinte (Sistema operativo de Clínica SOMA), Internet.

Técnicas Utilizadas:

- Filtros (Excel básico)
- Tablas dinámicas (Excel avanzado)
- Buscar verticalmente (Excel avanzado)
- Gráficos (Excel básico)
- Subtotales (Excel básico)

Técnica de Recolección de la Información

Los datos fueron obtenidos de fuentes secundarias correspondientes a las bases de datos de la Clínica SOMA, de las áreas de Facturación, Auditoría y Calidad. A esta información se le aplicó la metodología anteriormente descrita, de donde se obtuvieron los resultados de esta investigación.

Generación, Consolidación y Cruce de la Información:

- Con la información recolectada de las bases de datos del área de Auditoría de la Clínica SOMA se generó un informe de todo el radicado durante el primer semestre de 2010 de todas las aseguradoras.
- Posteriormente se seleccionó la información de las glosas radicadas en diferentes hojas de cálculo, discriminadas por mes.
- Se diseñó una tabla en formato Excel que agrupó la información recolectada y la clasificó por medio de columnas a través de variables como: ítem, número de factura, mes, concepto de la glosa agrupada por código, concepto textual de la glosa, valor en pesos de la glosa, especialidad responsable de la generación de la glosa y finalmente la EPS o entidad responsable del pago.
- Al tener la información, se procedió a consolidar las hojas de cálculo una a una y se ordenó toda la información discriminándola por meses en el primer semestre de 2010.
- Una vez consolidada la información se procedió a identificar las causas de cada ítem de glosa. Hay que tener en cuenta que el sistema interno de la Clínica no genera los informes con las causas textuales sino con un código específico que representa la causa, al igual que los conceptos. Las causas están sustentadas en la tabla T-023 (clasificación interna de las objeciones) conforme a lo establecido en la Clínica en el proceso de auditoría y calidad (ISO 9001:2008). Se anexa tabla T 023. El proceso de identificación de las causas de cada ítem de glosa consto de los siguientes pasos:

    - Se digitaron una a una las causas de glosa según la tabla T-023 en un archivo de Excel.
    - Una vez digitadas se consolidaron las causas (códigos) que fueron exportados del sistema por medio de una tabla dinámica.
    - Una vez realizada la tabla dinámica se tomaron los códigos de las causas y a cada código se cruzó contra la información de la tabla T-023.

Con la información consolidada del reporte se realizó una tabla dinámica unificando los conceptos correspondientes a las glosas radicadas.

Nota: Los conceptos en el sistema de Clínica SOMA tienen la función de identificar el servicio y el centro de costos implicados en la prestación de servicios de los pacientes.

Estos conceptos de glosa se consultaron uno a uno en el sistema (Servinte) para ponerles el nombre del servicio al que corresponde cada uno.

Al haber terminado el cruce de las causas y conceptos, por medio de los filtros, se tomaron uno a uno los diferentes códigos que representan las causas y conceptos arrojados en el informe de las glosas, se insertó una columna frente a cada código y se puso su significado textual.

Al culminar la realización de los ajustes mencionados, se buscó la especialidad correspondiente a cada factura en el sistema de la Clínica. Esta búsqueda constaba de consultar en el módulo de cartera por número de factura y en el módulo de historia clínica por número de historia y el número de ingreso. Las que tenían varias especialidades, se clasificaron según la causa de la glosa, dejándola en un solo grupo.

Con el anterior paso se terminó de construir la información y se ordenó por número de factura para empezar a generar los trámites pertinentes para el análisis de la información.

Se realizaron unos subtotales para ordenarlos por valor e identificar los valores menores a $50.000 por factura, no por ítem, utilizando el método de Pareto. Es importante resaltar que no todo ítem inferior a $50.000 pudo ser eliminado, ya que se encontró que algunos de ellos hacían parte de una glosa con más ítems, que al sumarlos superaba este valor.

Al obtener ya la información consolidada se realizaron nuevas tablas dinámicas generando información que permitió analizar las glosas desde el punto de vista de:

- Especialidades
- Causas
- Valores
- Impacto económico
- Comportamiento mensual de las causas y especialidades.

Enfoque metodológico de la investigación: Observacional, descriptivo, retrospectivo**.**

Tipo de estudio: Retrospectivo, en el cual se identificaron los motivos más frecuentes de glosas en la **Clínica** SOMA, en el primer semestre de 2010, por especialidad**.** Igual fuente

Población: facturas con glosas que llegaron a la institución en el primer semestre de 2010.

VARIABLES

Tabla N° 2 Clasificación de variables

Nombre	Naturaleza	Nivel de Medición	Unidad de Medida	Categorías
Número total de facturas	Cuantitativa	Razón	Número de facturas	
Valor total de facturación	Cuantitativa	Razón	Pesos	
Concepto de la glosa	Cualitativa	Nominal		Pertinencia, Facturación
Valor de glosas	Cuantitativa	Razón	Pesos	
Número de glosas	Cuantitativa	Razón	Número de glosas	
Valor notas crédito	Cuantitativa	Razón	Pesos	
Evitabilidad	Cuantitativa	Ordinal		Si – No
Especialidades	Cualitativa	Nominal		Pediatría, M. Interna, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia, Cirugía
Mes	Cualitativa	Nominal		Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio

Tabla N° 3 Formato con parámetros para la recolección de la información

Mes	N° de Factura	Valor Factura	Concepto Glosa	Valor Glosa	Especialidad	Evitabilidad	Total
Enero							
Febrero							
Marzo							
Abril							
Mayo							
Junio							
Total							

CONTROL DE SESGOS

Los investigadores no tienen control de sesgo de la información por ser fuentes secundaria. Con relación a sesgo de selección no hubo porque se trabajó con la totalidad de glosas generadas en el periodo y no hay sesgos de observación por cuánto se evaluaron datos específicos cargados en las bases de datos.

7. PLAN DE ANÁLISIS

La información obtenida permitió identificar las áreas de mayor impacto, volumen y costo en glosas generadas a la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010.

Una vez presentada, será de gran importancia y permitirá tener bases para tomar decisiones y acciones correctivas que le permitan un mejoramiento continuo en el proceso de calidad.

También podría ser punto de partida para investigaciones futuras como complemento de la actual. Los resultados obtenidos serán presentados a la alta dirección.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

No fue necesario el diligenciamiento de consentimiento informado, ni existió la posibilidad de causar daños a terceros, dado que la población fue datos de facturación y la fuente de información es secundaria, y corresponde a las bases de datos del proceso en la Clínica SOMA.

9. RESULTADOS

En la presentación de resultados se mencionará el concepto de evitabilidad, entendido como la clave para identificar las debilidades del proceso, las cuales deben tomarse como oportunidades de mejoramiento, con el fin de garantizar la autosostenibilidad y eficiencia financiera de la organización.

En el consolidado de todas las causas de glosa, del primer semestre de 2010, ordenadas de mayor a menor valor, se encontró, con un valor de cuatrocientos cincuenta y seis millones ochenta y cuatro mil setecientos diez y siete pesos ($456.084.717), correspondiente a un 44% del valor total glosado en el semestre, que la primera causa de glosa fue la falta de soportes, entendidos como las lecturas de ayudas diagnósticas, soporte de terceros (laboratorio, interconsultas ambulatorias, etc.), detalle de cargos y epicrisis. De acuerdo a la normatividad vigente, Decreto 4747 de 2007(27) (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), estos soportes son indispensables para la presentación y radicación de la factura ante la entidad responsable de pago. En el caso de los soportes de Radiología, el área de facturación está sujeta a la entrega de estos por parte del área la cual, cuando no se hace de manera oportuna, dificulta el proceso de armado del paquete por parte del área de facturación. Otro factor, en cuanto al soporte de detalle de cargos e historia clínica, es la falta de precaución de la persona encargada del armado de paquetes, en anexar los debidos soportes. Lo anterior hace que esta causa de glosa, se considere evitable. (Ver tabla N°4). Se encontró además que aunque se anexaban los soportes a la factura, se presentaron glosas por supuesta falta de estos por parte del asegurador, lo cual se puede interpretar como un mecanismo de dilación de pago.

La segunda causa más frecuente de glosa es el mayor valor facturado basado en las tarifas pactadas con las entidades. Con un valor de doscientos noventa y seis millones cincuenta y un mil trescientos ochenta y un pesos ($296.051.381), que corresponde al 29%. Aunque se considera evitable, de igual forma, en todos los casos no es responsabilidad exclusiva de la IPS, puesto que históricamente se han identificado algunas entidades responsables del pago que no actualizan sus maestros tarifarios, situación generadora de glosas hacia la

Clínica. Pero posteriormente se convierten en glosas levantadas en el proceso de conciliación de cuentas, alterando el flujo de caja institucional, que sin ser vista de manera expresa como dilación del pago, si afecta el ingreso de recursos a la clínica. La no actualización de tarifas en el sistema, también es aplicable a la Clínica, sumado a la no socialización de los convenios vigentes al personal involucrado en el proceso y la no aceptación del listado institucional por parte de las aseguradoras.

La tercera causa más frecuente de glosa, es la falta de autorización emitida por las EPS para la prestación de servicios. Con un valor de ciento diez y seis millones ciento noventa y seis mil novecientos cincuenta y un pesos ($116.196.951), correspondiente al 11%. En los casos donde la prestación es ambulatoria, la falta de la autorización es completamente evitable, por parte de la IPS. En los casos de atención hospitalaria, su gran mayoría son considerados evitables, ya que su ausencia se debe en gran medida al desconocimiento del proceso de solicitud de autorización a las diferentes aseguradoras, falta verificación de las órdenes u olvido por falta del personal encargado, pues es función del área de facturación estar al día en la autorización de estancias y procedimientos que requieren visto bueno por parte del asegurador para ser soportados al momento de la presentación de la factura. Se han detectado como factores que alteran el proceso, la alta rotación de personal del área de facturación, la no retroalimentación de los procesos y la falta de seguimiento, entendido como evaluación del conocimiento de la norma al personal de facturación. Aquellos que no lo son, se atribuyen a negación de las EPS, aunque quede evidencia de la solicitud de la autorización por parte de la IPS. Dentro de este grupo, se incluye la falta de diligenciamiento, por parte de los médicos tratantes, del Formato de Solicitud de Servicios no POS, que evalúa el Comité Técnico Científico (CTC) de la aseguradora.

La cuarta causa más frecuente de glosa la ocupan los materiales y medicamentos según manual, con un valor de cincuenta millones quinientos noventa y cinco mil ochocientos sesenta y cinco pesos ($50.595.865), que equivalen al 4.9%. La evitabilidad de esta causal de glosa es relativa, ya que el manual tarifario base de contratación tiene algunos conceptos claramente definidos, pero otros están sujetos a la interpretación que cada una de las partes haga de ellos. Hay que tener en cuenta que los manuales tarifarios base de contratación fueron generados y modificados hace muchos años (última en 2004) y que la ciencia y la tecnología han avanzado a un ritmo acelerado. Por lo tanto, en el proceso de homologación y adaptación de un código, pueden aparecer conceptos de glosa por interpretación. Un

ejemplo de ello son los códigos de la quimioterapia y la radioterapia, en las cuales se emplean medicamentos y equipos de reciente aparición, respectivamente, que no están incluidos en los manuales existentes. Dentro de las causas que pueden considerarse evitables, se encuentran la facturación de insumos, que por manual, no son facturables, lo que permite concluir que hay desconocimiento de la norma y manuales de facturación, por parte del personal del personal encargado de este proceso.

La quinta causa más frecuente de glosa la ocupa el no cobro de copagos, carencias y cuotas moderadoras, con un valor de treinta y cuatro millones cuatrocientos trece mil quinientos noventa y siete pesos ($36.413.597), que corresponde al 4%. No se considera evitable por parte de la IPS, ya que el asegurador no debe generar glosa por este concepto, según el Artículo 26 del Decreto 4747 de 2007(27). Lo anterior genera un impacto económico negativo porque la EPS no paga a la IPS el dinero no recaudado, y aunque se podría cobrar intereses de mora por glosas injustificadas, no se hace, en pro de mantener las relaciones comerciales con la aseguradora. Ésta puede considerarse una práctica ilegal de las EPS, puede ser asumida como mecanismo de dilación de pago.

Tabla N° 4 Principales causas de glosa, valor en pesos y su porcentaje del valor total en las especialidades de Pediatría, Medicina Interna, Ortopedia, Cirugía y Ginecobstetricia, en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010.

Causas (internas de la clínica)	Valor Glosa en Pesos	Ítems	% Glosa	% Ítems
FALTA SOPORTE (lectura de ayudas diagnósticas, soportes de terceros, detalles de cargos, historias clínicas)	456.084.717	976	44,15%	28,77%
MAYOR VALOR FACTURADO (estancia, atenciones diarias, interconsultas, ayudas diagnósticas, laboratorio, medicamentos y materiales, otros cargos)	296.051.381	1110	28,66%	32,72%
FALTA ORDEN DE SERVICIO	116.196.951	553	11,25%	16,30%
MATERIALES Y MEDICAMENTOS SEGÚN MANUAL	50.595.865	377	4,90%	11,11%
NO COBRO DE COPAGOS, CARENCIA, CUOTA MODERADORA	36.413.597	79	3,52%	2,33%
GLOSA POR EXTEMPORANEIDAD (cumplimiento de términos - CTC)	15.525.822	16	1,50%	0,47%
HONORARIOS SEGÚN MANUAL (atenciones diarias, interconsultas, honorarios médicos, anestesiólogo y ayudantía)	14.002.966	83	1,36%	2,45%
PROCEDIEMIENTO, MEDICAMENTOS Y MATERIALES NO POS.	12.764.704	32	1,24%	0,94%
FACTURAR INDEPENDIENTE (de un mismo evento al mismo responsable)	5.924.633	2	0,57%	0,06%

Causas (internas de la clínica)	Valor Glosa en Pesos	Ítems	% Glosa	% Ítems
DERECHOS DE SALA SEGÚN MANUAL	4.470.581	21	0,43%	0,62%
ESTANCIA NO PERTINENTE	4.261.789	20	0,41%	0,59%
FACTURA ENVIADA SIN AUDITORÍA	4.043.888	1	0,39%	0,03%
LO FACTURADO NO CORRESPONDE A LO AUTORIZADO (estancia, cirugías, procedimientos)	3.869.347	19	0,37%	0,56%
PARTICIÓN DE CUENTAS SEGÚN RESPONSABLE	3.860.149	11	0,37%	0,32%
MATERIALES MEDICAMENTOS Y AYUDAS DIAGNÓSTICAS NO PERTINENTES	2.952.753	47	0,29%	1,39%
HONORARIOS NO PERTINENTES (HONORARIOS DE CIRUGÁ - ANESTESIÓLOGO - AYUDANTÍA - ATENCIONES DIARIAS, INTERCONSULTAS)	2.388.269	14	0,23%	0,41%
INCLUIDO EN PAQUETE	2.027.469	19	0,20%	0,56%
AJUSTE A NOTA CRÉDITO	1.281.112	10	0,12%	0,29%
CANTIDAD FACTURADA DE MÁS (materiales, medicamentos, otros cargos)	196.446	1	0,02%	0,03%
PROCEDIMIENTO REALIZADO DIFERENTE AL CODIFICADO	99.500	1	0,01%	0,03%
Total General	**1.033.011.939**	**3.392**	**100,00%**	**100,00%**

Con relación a las especialidades estudiadas se encontró que las cinco seleccionadas para el análisis, fueron las mismas detectadas como principales generadoras de glosas en la institución, en el primer semestre de 2010. Vale la pena resaltar que al analizar las causas de glosas por mes y por especialidad, fueron las mismas cinco comunes a todas las especialidades, pero distribuidas de manera diferente en cada mes. Esta variación hace que no pueda definirse una constante para cada mes y cada especialidad.

Tabla N° 5 Distribución del valor de glosas por espacialidad en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010

Especialidad	Valor Glosa	% Glosa	Ítems	% Ítems
Ortopedia	$595.127.734	57,61%	1340	39,50%
Cirugía	$215.176.088	20,83%	642	18,93%
Medicina interna	$90.838.340	8,79%	362	10,67%
Pediatría	$73.303.642	7,10%	531	15,65%
Ginecología y Obstetricia	$58.566.135	5,67%	517	15,24%
Total General	**$1.033.011.939**	**100,00%**	**3.392**	**100,00%**

Basados en las cinco primeras causas de glosa por cada especialidad durante el primer semestre de 2010, se encontró que Ortopedia es responsable de la mayor parte de ellas, con quinientos noventa y cinco millones ciento veintisiete mil setecientos treinta y cuatro pesos ($595.127.734) equivalente al 57.61%, de un valor total de mil treinta y tres millones once mil novecientos treinta y nueve pesos ($1.033.011.939). A ella le sigue Cirugía con doscientos quince millones ciento setenta y seis mil ochenta y ocho pesos ($215.176.088) equivalentes al 20.83%. En tercer lugar, Medicina Interna con noventa millones ochocientos treinta y ocho mil trescientos cuarenta pesos ($90.838.340), equivalentes al 8.79%. Luego Pediatría con setenta y tres millones trescientos tres mil seiscientos cuarenta y dos pesos ($73.303.642) equivalentes al 7.1%, y por último, Ginecología y Obstetricia con cincuenta y ocho millones quinientos sesenta y seis ciento treinta y cinco pesos ($58.566.135), equivalentes al 5.67%.

Tabla N° 6 Cinco principales causas de glosa en Medicina Interna en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010.

Causas	Ene-10	Feb-10	Mar-10	Abr-10	May-10	Jun-10
MAYOR VALOR FACTURADO (estancia, atenciones diarias, interconsultas, ayudas diagnósticas, laboratorio, medicamentos y materiales, otros cargos)	$6.108.240	$7.665.887	$1.570.296	$10.885.703	$11.638.851	$2.957.483
FALTA SOPORTE (lectura de ayudas diagnósticas, soportes de terceros, detalles de cargos, historias clínicas)	$1.250.192	$1.096.898	$9.943.470	$4.999.801	$677.267	$4.979.185
FALTA ORDEN DE SERVICIO	$627.941	$5.180.366	$722.516	$43.038	$2.851.591	$3.494.633
MATERIALES Y MEDICAMENTOS SEGÚN MANUAL	$79.542	$794.387	$962.304	$1.452.003	$2.339.789	$841.837
FACTURA ENVIADA SIN AUDITORÍA	$0	$0	$0	$0	$4.043.888	$0

Gráfico N° 1 Cinco principales causas de glosa en Medicina Interna en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010.

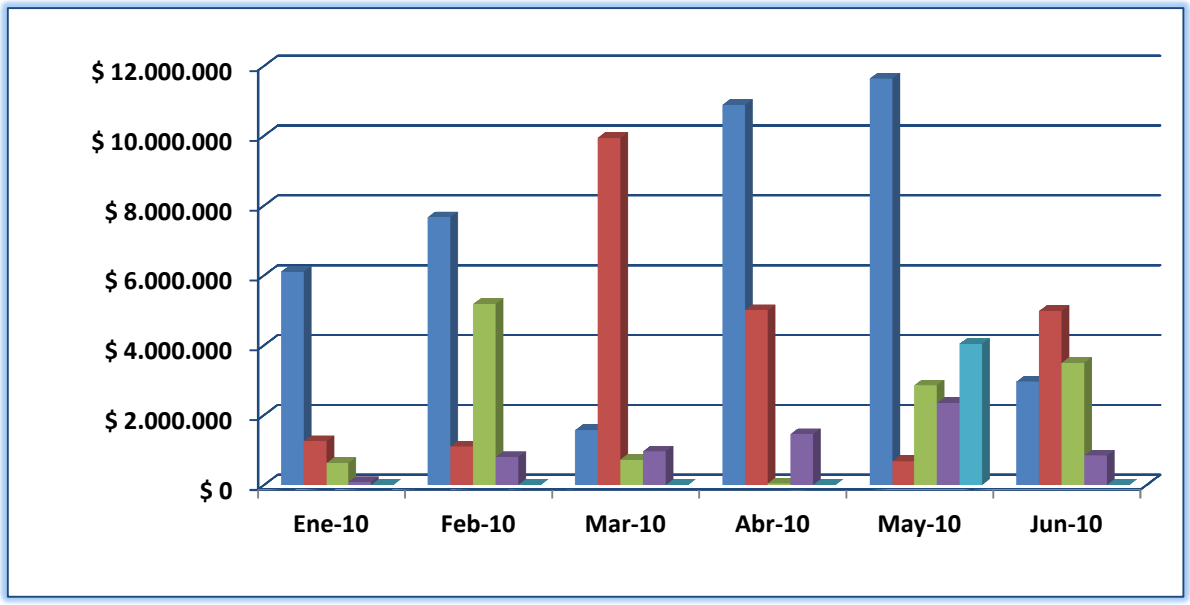


Tabla N° 7 Cinco principales causas de glosa en Ortopedia en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010.

Causas	Ene-10	Feb-10	Mar-10	Abr-10	May-10	Jun-10
FALTA SOPORTE (lectura de ayudas diagnósticas, soportes de terceros, detalles de cargos, historias clínicas)	$9.338.948	$26.768.742	$66.247.986	$73.622.964	$104.731.585	$95.457.609
MAYOR VALOR FACTURADO (estancia, atenciones diarias, interconsultas, ayudas diagnósticas, laboratorio, medicamentos y materiales, otros cargos)	$20.347.251	$22.384.098	$28.114.615	$35.962.799	$17.346.976	$14.552.013
NO COBRO DE COPAGOS, CARENCIA, CUOTA MODERADORA	$527.880	$1.473.392	$13.834.672	$33.600	$14.618.404	$147.805
FALTA ORDEN DE SERVICIO	$13.580.189	$163.700	$7.591.106	$3.355.143	$2.054.359	$1.478.481
FACTURAR INDEPENDIENTE (de un mismo evento al mismo responsable)		$5.924.633				

Gráfico N° 2 Cinco principales causas de glosa en Ortopedia en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010.

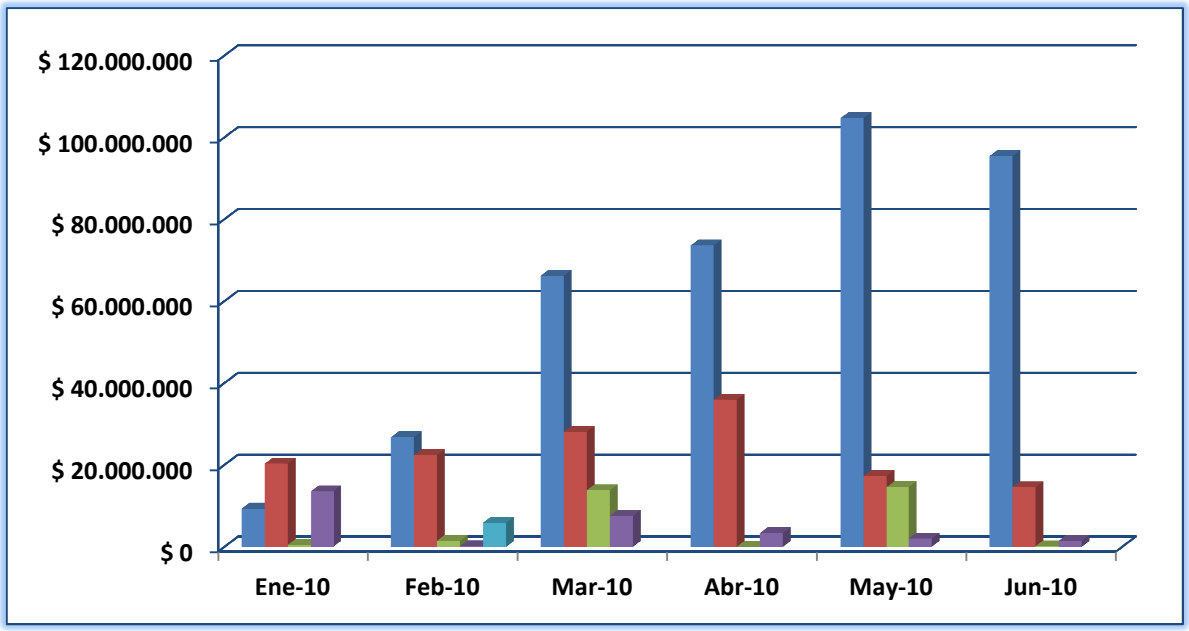


Tabla N° 8 Cinco principales causas de glosa en Cirugía en la Clínica S OMA en el primer semestre de 2010.

Causas	Ene-10	Feb-10	Mar-10	Abr-10	May-10	Jun-10	
MAYOR VALOR FACTURADO (estancia, atenciones diarias, interconsultas, ayudas diagnósticas, laboratorio, medicamentos y materiales, otros cargos)	$24.855.905	$11.667.502	$15.282.082	$7.771.257	$18.501.060	$5.185.765	
FALTA SOPORTE (lectura de ayudas diagnósticas, soportes de terceros, detalles de cargos, historias clínicas)	$6.160.410	$1.960.686	$9.334.762	$1.151.457	$6.112.051	$6.546.031	
MATERIALES Y MEDICAMENTOS SEGÚN MANUAL	$4.074.967	$3.489.025	$6.173.294	$3.281.644	$4.033.604	$6.857.996	
PROCEDIEMIENTO, MEDICAMENTOS Y MATERIALES NO POS.		$208.260		$498.844	$3.005.008	$4.133.051	
FALTA ORDEN DE SERVICIO	$4.833.358	$4.327.370	$3.569.185	$3.336.786	$2.164.463	$10.655.041	

Gráfico N° 3 Cinco principales causas de glosa en Cirugía en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010.

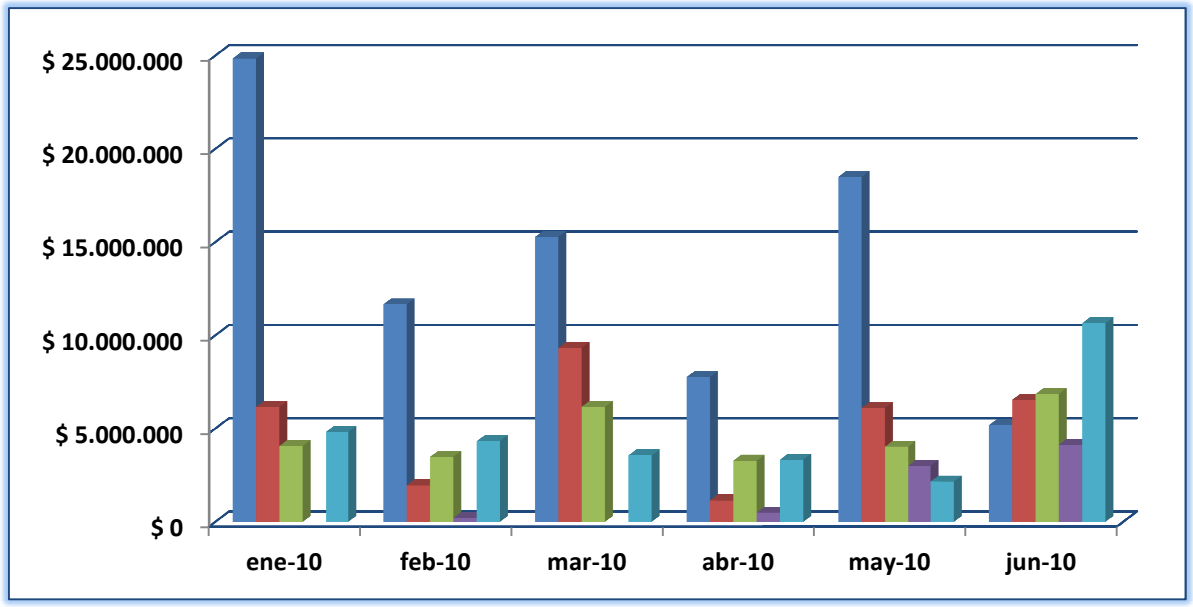


Tabla N° 9 Cinco principales causas de glosa en Ginecología y Obstetricia en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010.

Causas	Ene-10	Feb-10	Mar-10	Abr-10	May-10	Jun-10
FALTA ORDEN DE SERVICIO	$3.987.110	$3.538.835	$5.577.699	$1.952.434	$2.290.665	$5.713.623
MAYOR VALOR FACTURADO (estancia, atenciones diarias, interconsultas, ayudas diagnósticas, laboratorio, medicamentos y materiales, otros cargos)	$4.675.003	$2.796.901	$363.084	$3.731.011	$5.042.223	$2.752.112
FALTA SOPORTE (lectura de ayudas diagnósticas, soportes de terceros, detalles de cargos, historias clínicas)		$153.346	$6.227.588	$1.673.657	$595.110	$801.209
MATERIALES Y MEDICAMENTOS SEGÚN MANUAL	$1.250.290	$888.474		$1.065.096	$418.248	$103.743
NO COBRO DE COPAGOS, CARENCIA, CUOTA MODERADORA	$243.744	$82.361	$69.632		$238.569	$543.180

Gráfico N° 4 Cinco principales causas de glosa en Ginecología y Obstetricia en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010.

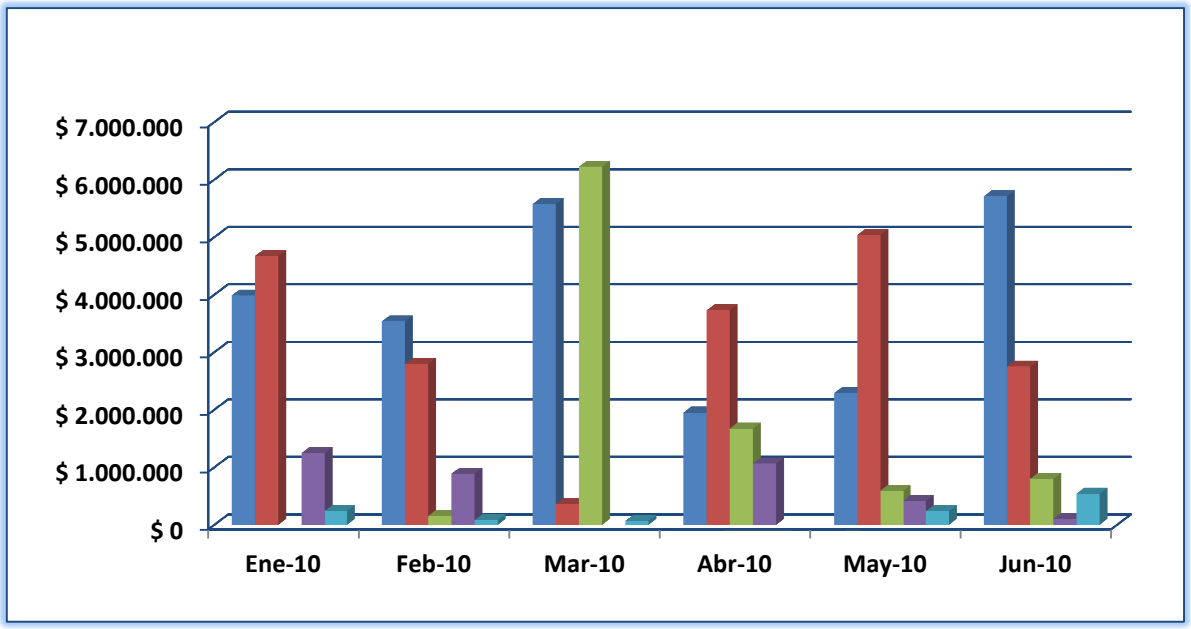
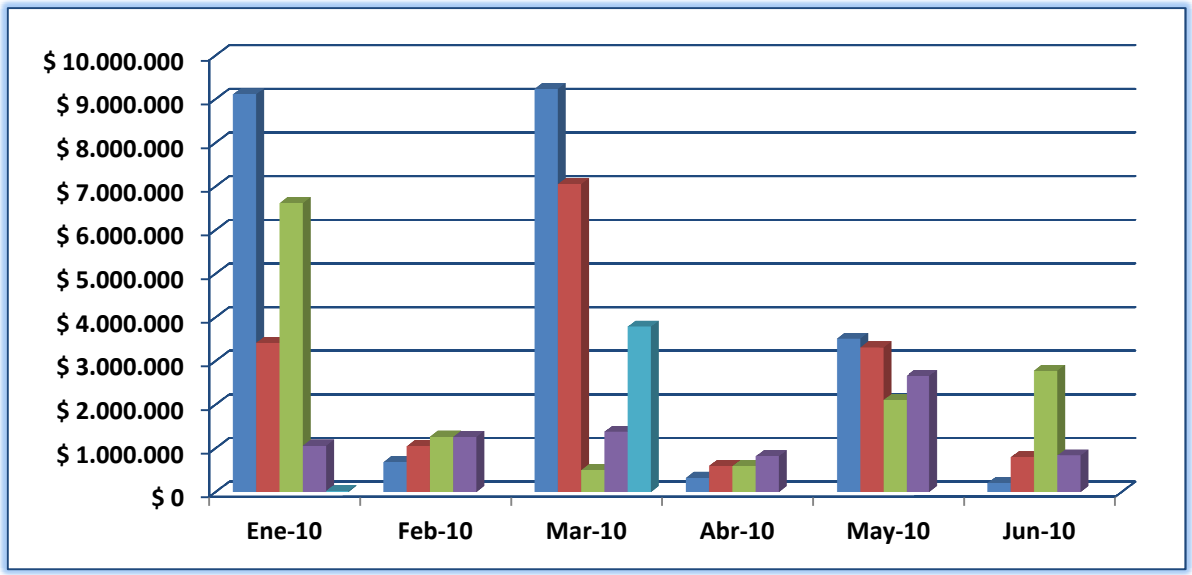


Tabla N° 10 Cinco principales causas de glosa en Pediatría en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010.

Causas	Ene-10	Feb-10	Mar-10	Abr-10	May-10	Jun-10	
FALTA ORDEN DE SERVICIO	$9.114.143	$692.438	$9.240.611	$332.111	$3.520.379	$207.637	
FALTA SOPORTE (lectura de ayudas diagnósticas, soportes de terceros, detalles de cargos, historias clínicas)	$3.421.656	$1.052.574	$7.056.134	$604.746	$3.316.206	$802.447	
MAYOR VALOR FACTURADO (estancia, atenciones diarias, interconsultas, ayudas diagnósticas, laboratorio, medicamentos y materiales, otros cargos)	$6.623.087	$1.273.265	$503.840	$596.429	$2.112.104	$2.784.539	
MATERIALES Y MEDICAMENTOS SEGÚN MANUAL	$1.068.675	$1.266.877	$1.385.874	$823.926	$2.664.070	$840.741	
PARTICIÓN DE CUENTAS SEGÚN RESPONSABLE	$30.300		$3.793.049				

Gráfico N° 5 Cinco principales causas de glosa en Pediatría en la Clínica SOMA en el primer semestre de 2010.



Durante el primer semestre de 2010 el valor total radicado para todas las especialidades fue $31.060.950.206, con un valor glosado de $1.392.843.395, correspondientes al 27.02%, con un promedio de glosa mensual con respecto al total radicado del 4.5%. (Ver tabla 11). Del 27.02% glosado con respecto al valor radicado, las cinco especialidades objeto de análisis, son responsables del 19.88%, con un promedio mensual de 3.31%.

Tabla N° 11 Distribución del valor de glosas por mes en la facturación radicada durante el primer semestre de 2010.

Mes	Valor Glosado	Valor Radicado	%
Enero	225.926.243	4.555.477.690	4,96%
Febrero	156.320.583	4.614.519.666	3,39%
Marzo	230.697.022	5.574.993.457	4,14%
Abril	228.333.405	5.316.240.284	4,30%
Mayo	302.726.609	4.929.801.017	6,14%
Junio	248.839.533	6.069.918.092	4,10%
Total	**1.392.843.395**	**31.060.950.206**	**27,02%**

Tabla N° 12 Distribución del valor de las glosas en la facturación radicada de Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Cirugía en el primer semestre de 2010.

Mes	Valor Glosado	Valor Radicado	%
Enero	128.835.374	4.555.477.690	2,83%
Febrero	112.008.847	4.614.519.666	2,43%
Marzo	202.633.788	5.574.993.457	3,63%
Abril	186.876.629	5.316.240.284	3,52%
Mayo	219.481.437	4.929.801.017	4,45%
Junio	183.175.864	6.069.918.092	3,02%
Total	**1.033.011.939**	**31.060.950.206**	**19,88%**

Gráfico N° 6 Distribución del valor de las glosas en la facturación radicada de Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Cirugía en el primer semestre de 2010.

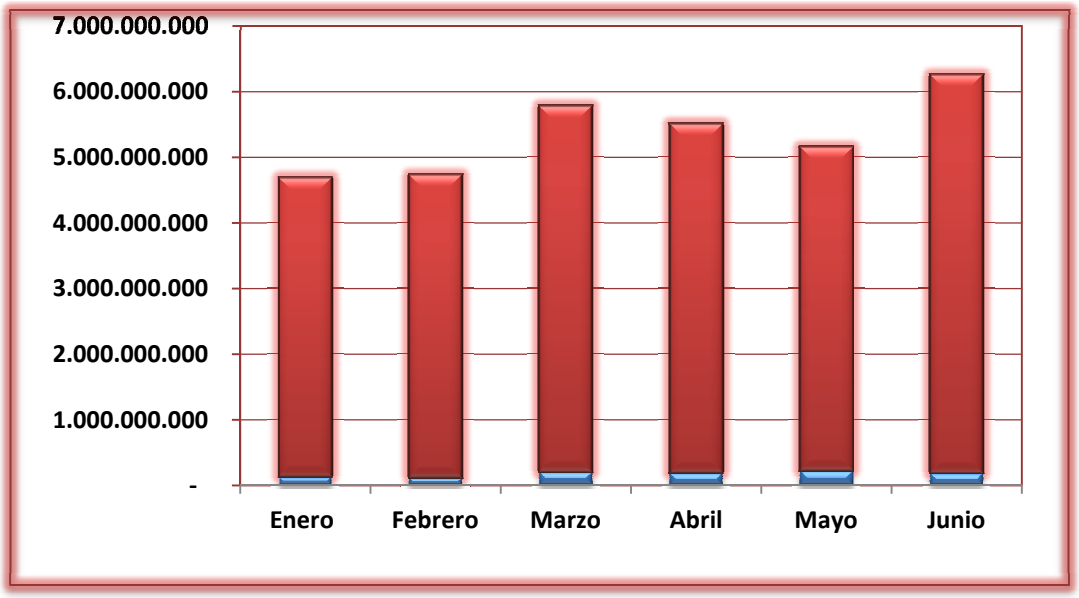


Gráfico N° 7 Distribución por mes del valor de las glosas de Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Cirugía en el primer semestre de 2010.

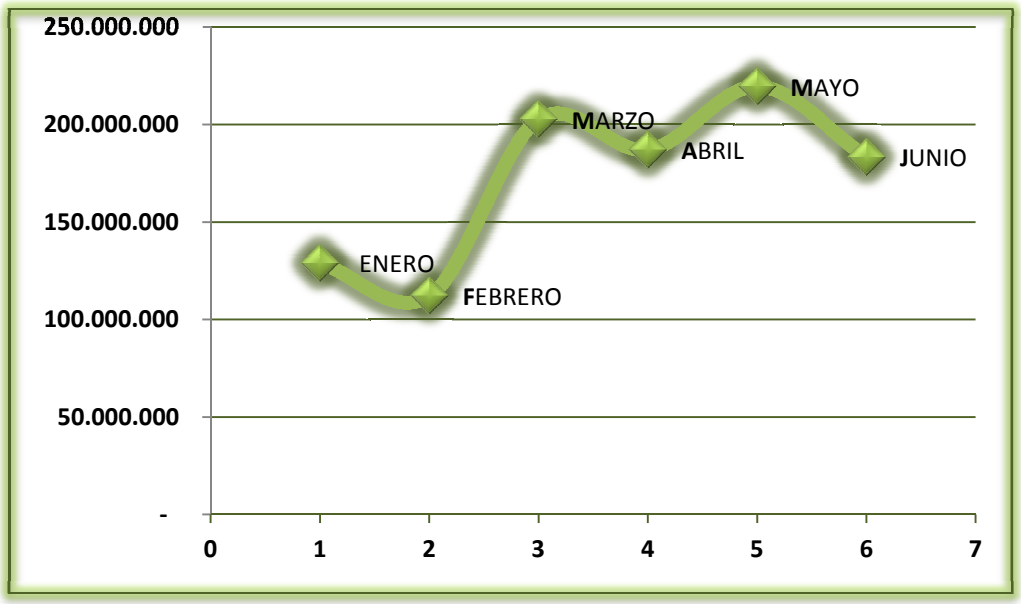
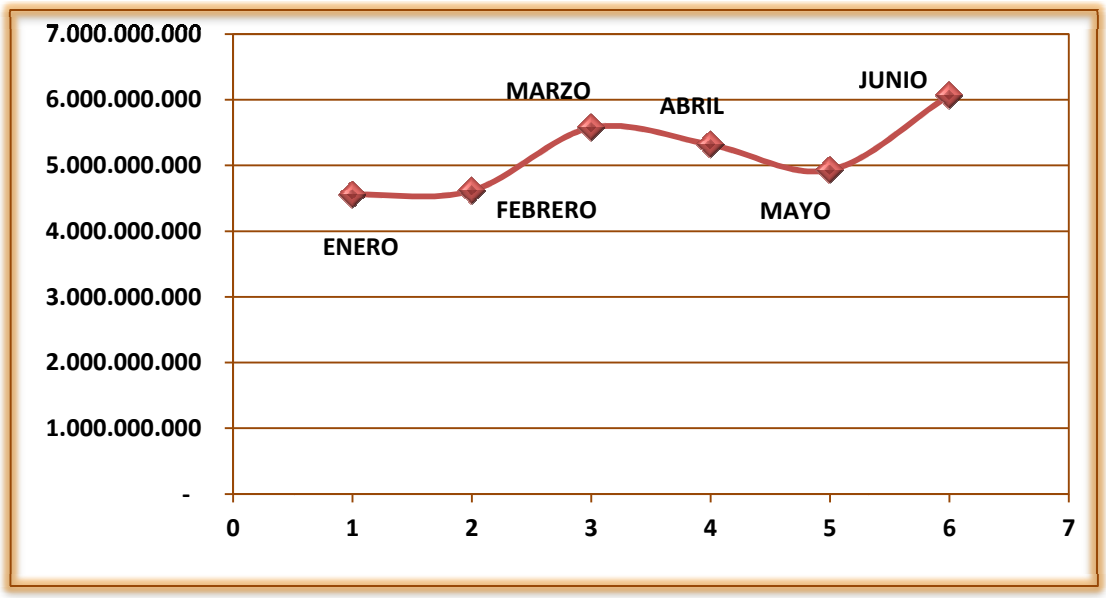


Gráfico N° 8 Distribución por mes del valor radicado en Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Cirugía en el primer semestre de 2010.



Con respecto al valor de las cinco primeras causas de glosas identificadas en el periodo de enero a junio de 2010, el mes de mayo se caracterizó por presentar el más alto valor, con una representación del 26%, seguido de junio, con un 23% del total, luego marzo con 20%, abril 16%, enero 8% y febrero 7%.

Tabla N° 13 Comportamiento de las cinco primeras causas de glosas en la Clínica SOMA y su distribución por mes durante el semestre de 2010.

Causas	Ene-10	Feb-10	Mar-10	Abr-10	May-10	Jun-10
FALTA SOPORTE (lectura de ayudas diagnósticas, soportes de terceros, detalles de cargos, historias clínicas)	$48.189.228	$40.708.842	$116.672.874	$96.501.654	$152.875.098	$131.806.652
MAYOR VALOR FACTURADO (estancia, atenciones diarias, interconsultas, ayudas diagnósticas, laboratorio, medicamentos y materiales, otros cargos)	$68.908.676	$61.334.477	$52.313.166	$69.296.620	$70.247.267	$32.705.849
FALTA ORDEN DE SERVICIO	$65.635.826	$20.904.630	$29.841.233	$11.137.327	$35.207.037	$51.977.645
MATERIALES Y MEDICAMENTOS SEGÚN MANUAL	$10.060.713	$7.974.485	$9.203.459	$10.200.403	$14.053.966	$9.871.895
NO COBRO DE COPAGOS, CARENCIA, CUOTA MODERADORA	$1.635.164	$2.896.559	$14.115.406	$997.130	$16.728.749	$1.719.134

Gráfico N° 9 Comportamiento de las 5 primeras causas de glosas durante el primer semestre de 2010.

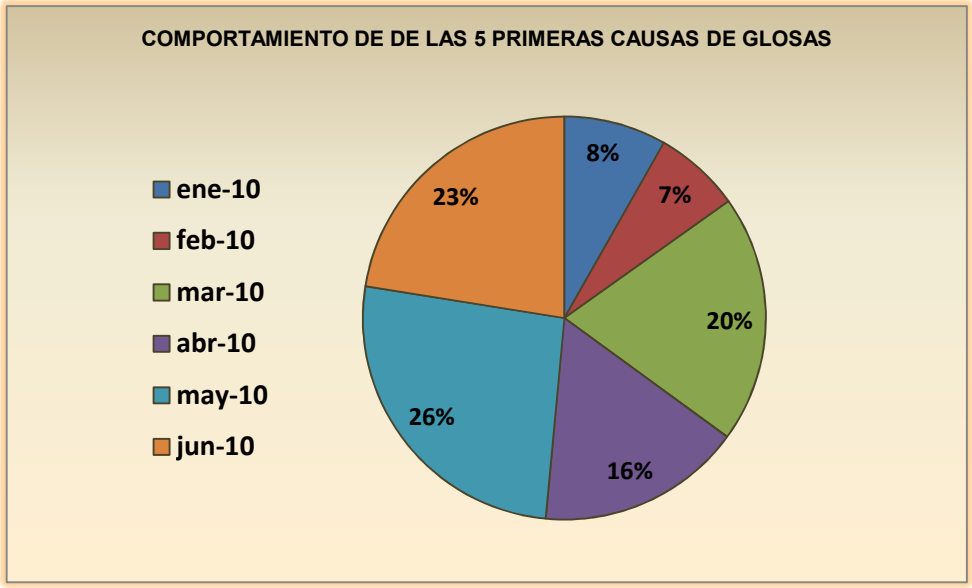


Tabla N° 14 Comportamiento de las glosas por especialidad en el primer semestre de 2010.

Especialidad/ Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Medicina interna	$8.065.915	$14.737.538	$22.803.453	$17.380.545	$21.551.386	$38.931.931
Ortopedia	$43.794.268	$56.714.565	$100.508.833	$112.974.506	$138.751.324	$251.725.830
Cirugía	$4.833.358	$21.652.843	$34.359.323	$16.039.988	$33.816.186	$33.377.884
Ginecología y Obstetricia	$1.494.034	$7.459.917	$12.238.003	$8.422.198	$8.584.815	$9.913.867
Pediatría	$20.257.861	$4.285.154	$21.979.508	$2.357.212	$11.612.759	$4.635.364

Medicina Interna, Ortopedia y Ginecología y Obstetricia, tuvieron un comportamiento similar a lo largo del periodo. Contrario a lo ocurrido con Cirugía y Pediatría, que presentaron un pico en marzo y un descenso en el mes de abril, como resultado probablemente de la retroalimentación directa de las principales causas de glosas al grupo de Pediatría a través de su coordinador y a la implementación de un sistema de alerta según el tiempo de hospitalización para evitar estancias inactivas especialmente en el área de Pediatría. Lo anterior obedece a acciones de mejoramiento generadas en el comité de glosas de la institución, impulsado por el aumento significativo de glosas a estas especialidades en ese periodo de tiempo. Viendo el resultado positivo de estas acciones, sería recomendable implementar de manera sistemática y sistémica en todos los servicios.

Gráfico N° 10 Comportamiento de las glosas en Medicina Interna durante el primer semestre de 2010.

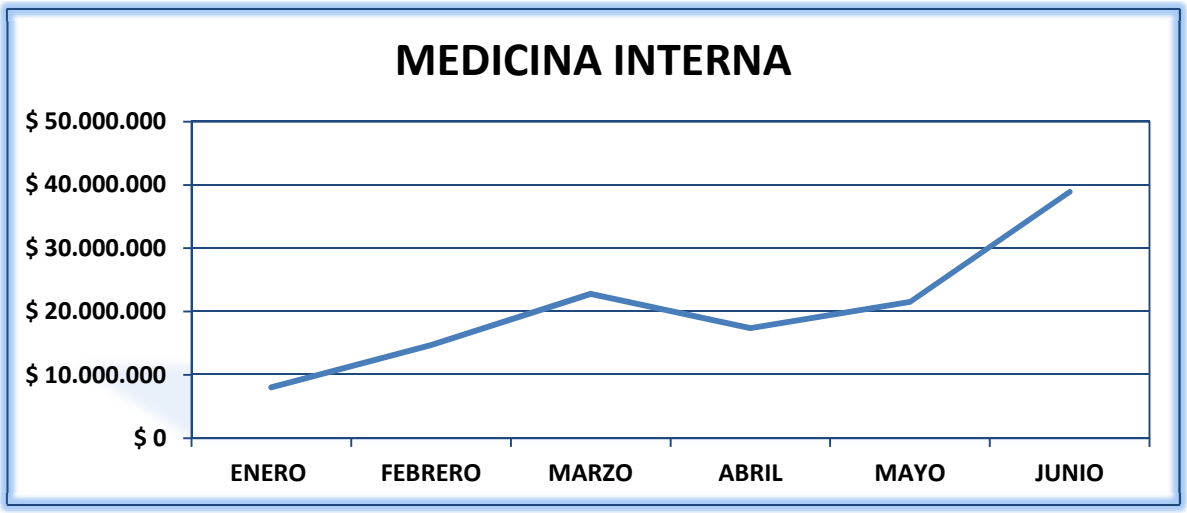


Gráfico N° 11 Comportamiento de las glosas en Ortopedia durante el primer semestre de 2010.

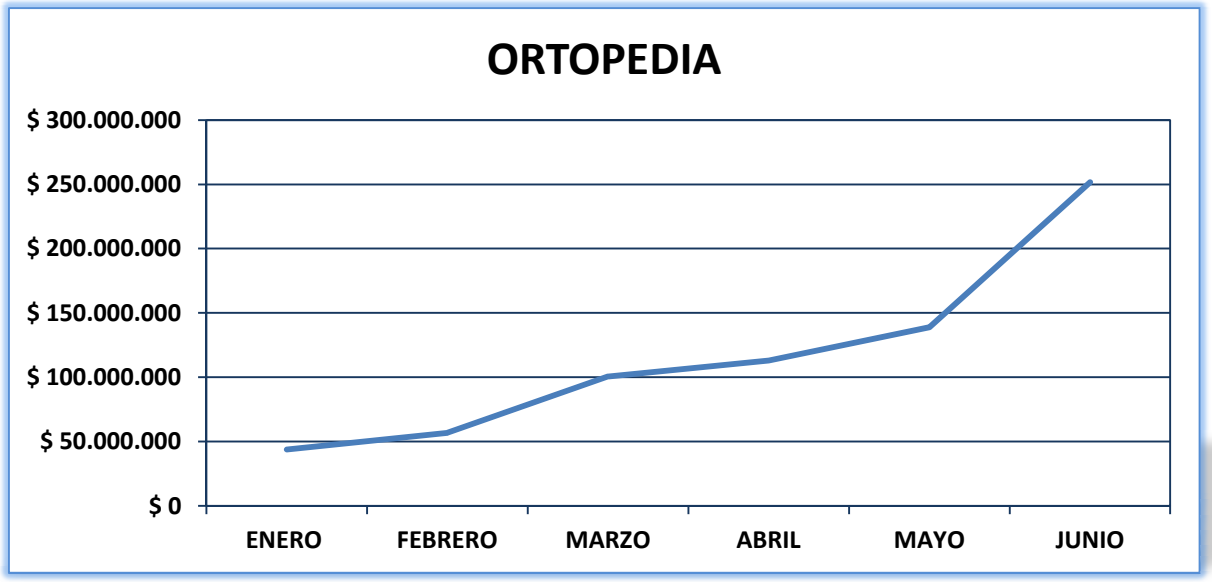


Gráfico N° 12 Comportamiento de las glosas en Cirugía durante el primer semestre de 2010.

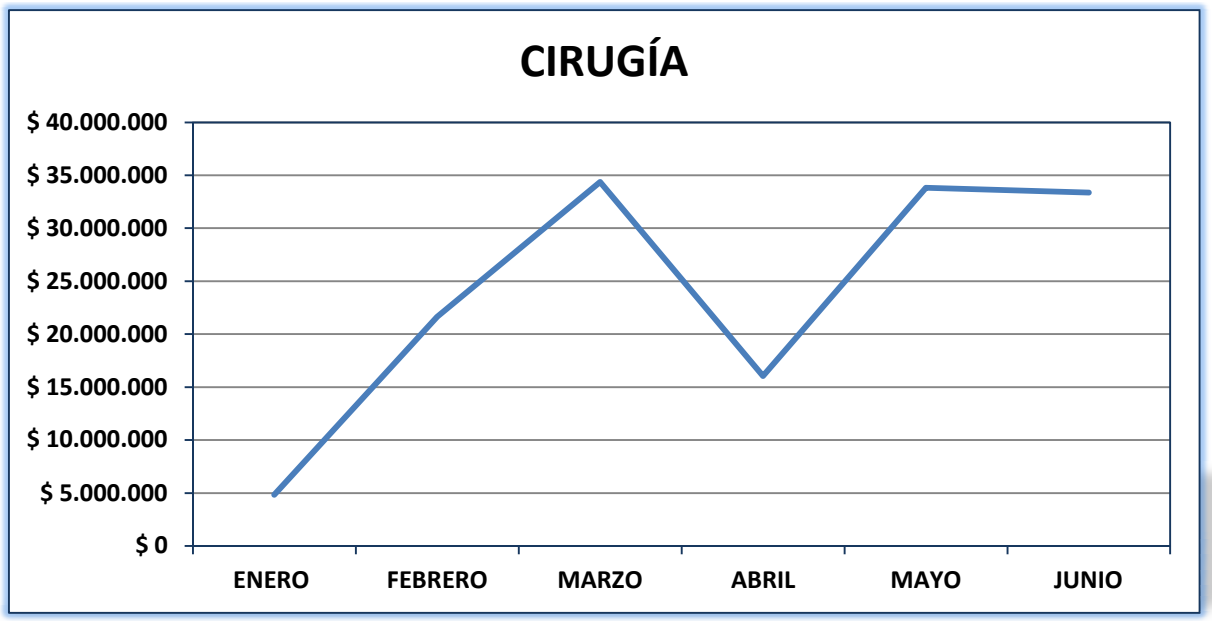


Gráfico N° 13 Comportamiento de las glosas en Ginecología y Obstetricia durante el primer semestre de 2010.

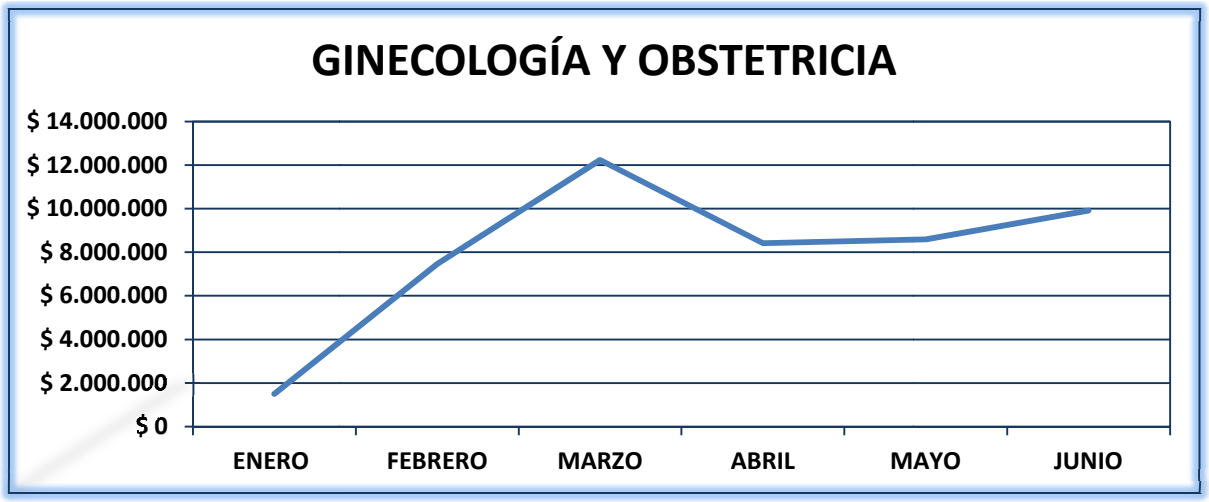


Gráfico N° 14 Comportamiento de las glosas en Pediatría durante el primer semestre de 2010.

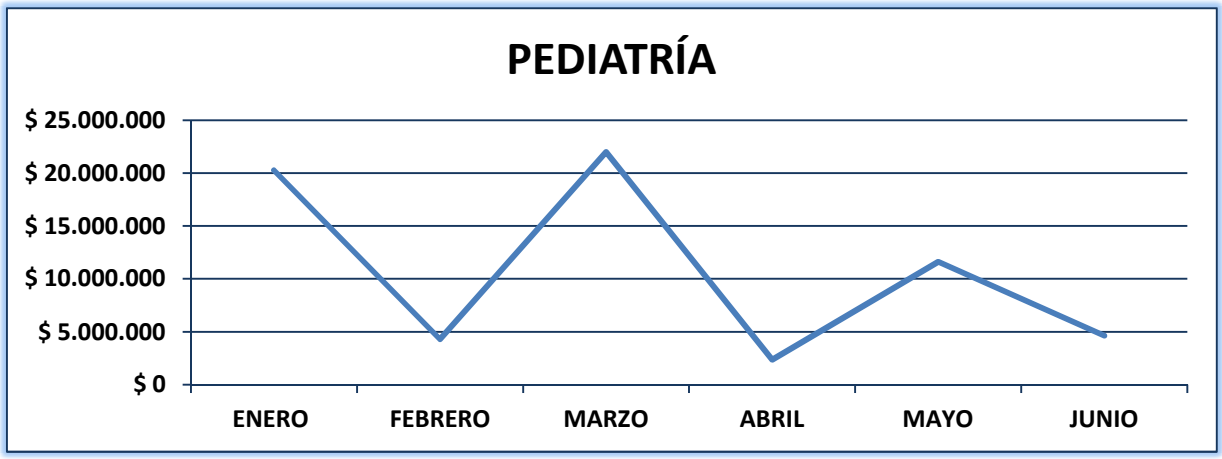
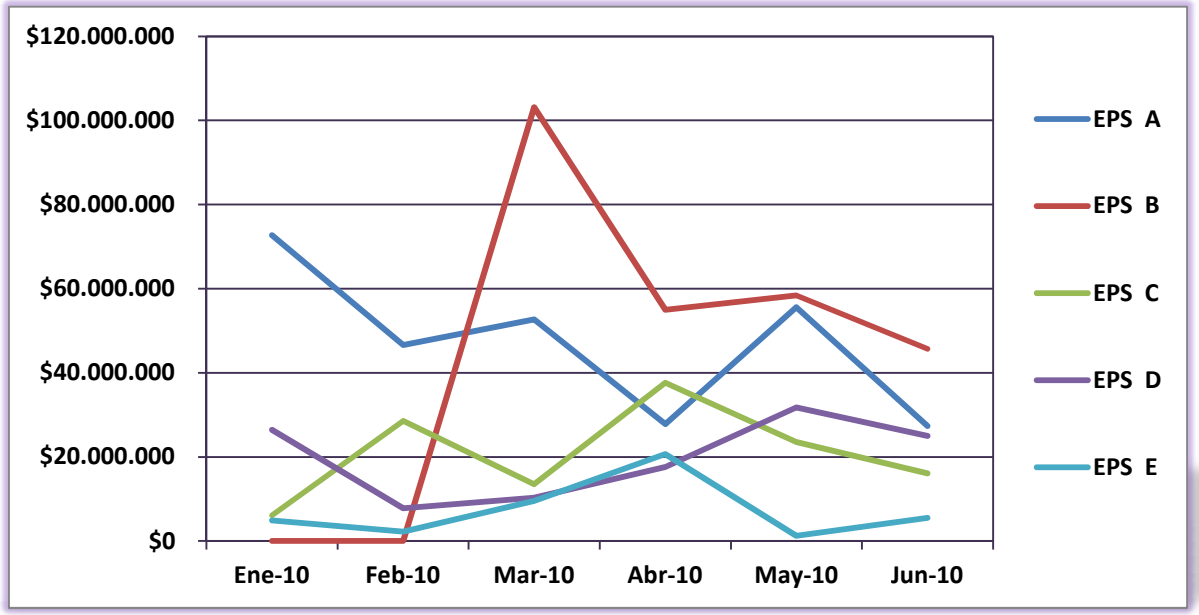


Tabla N° 15 Comportamiento de glosas por entidad en el primer semestre de 2010.

Entidad/Mes	Ene-10	Feb-10	Mar-10	Abr-10	May-10	Jun-10
EPS A	$72.703.678	$46.613.857	$52.690.608	$27.848.530	$55.569.942	$27.357.486
EPS B	NO GLOSA	NO GLOSA	$103.163.663	$54.954.623	$58.370.159	$45.678.546
EPS C	$6.088.179	$28.581.830	$13.494.318	$37.608.345	$23.569.035	$16.061.627
EPS D	$26.457.482	$7.833.590	$10.321.488	$17.579.848	$31.773.273	$25.006.628
EPS E	$4.869.072	$2.235.053	$9.551.557	$20.693.999	$1.222.480	$5.512.199
Total General	**$110.118.411**	**$85.264.330**	**$189.221.634**	**$158.685.345**	**$170.504.889**	**$119.616.486**

Gráfico N° 15 Comportamiento de glosas por entidad en el primer semestre de 2010.



La EPS B es la que más generó glosas en el primer semestre de 2010, seguida de EPS A con respecto a que no existe valor de glosa de la EPS B en los meses de enero y febrero de 2010 encontramos como causa que fueron glosas no reportadas oportunamente por la entidad en los meses anotados y llegan posteriormente acumuladas y extemporáneas en su mayoría para el mes de marzo, lo cual es explicado incluso por el monto alto de glosa reflejado en ese mes según Tabla N°15.

Por especialidad, Oncología fue la segunda, no por el número de glosas, sino por el valor, por tratarse de una especialidad de alto costo.

Se tuvo en cuenta la opinión del personal analista de auditoría, con respecto a cuales factores favorecieron la generación de las glosas. Su análisis coincidió con los resultados hallados por los investigadores.

Durante el desarrollo del trabajo, se presentó la oportunidad de presentar los resultados a la alta dirección de la Clínica SOMA. A esta reunión fueron convocados los médicos auditores y los coordinadores de las áreas de: Facturación, Auditoría y Desarrollo Comercial. De esta reunión surgieron propuestas de mejoramiento y se tomaron decisiones basadas en la problemática expuesta.

10. DISCUSIÓN

No hay disponibilidad de estudios similares que faciliten la comparación del comportamiento de las glosas por causas y por especialidad durante un semestre determinado en una institución de alta complejidad. Tampoco se han realizado estudios previos en la Clínica SOMA dentro del área de auditoría que permita hacer un análisis comparativo del comportamiento de las glosas, su distribución por especialidad e impacto en los costos de la no calidad.

De esta manera, los resultados encontrados constituirán una base de gran importancia para el área de auditoría que sirve de comparativo para investigaciones futuras similares y de la cual también surgen puntos e interrogantes para desarrollarlas.

11. CONCLUSIONES

Al hacer el análisis del valor total glosado en el semestre, independiente de la especialidad, se encontró que las tres primeras causas de glosas son responsables del 84% de éstas, y en su mayoría son consideradas evitables por parte de la IPS. Esto se ve reflejado en los valores recuperados en conciliaciones y por las glosas que clasificadas según su causalidad se considera netamente impactables y por ende, evitables.

Con respecto a las glosas por falta de soporte, comparativamente durante el primer semestre de 2010, se encuentra un comportamiento oscilante pero con tendencia al incremento, lo cual tiene un impacto negativo.

Lo anterior permite concluir que en estas cinco especialidades está concentrado el mayor volumen de glosas, debido a que son las de mayor demanda en la institución, y no necesariamente porque sean, per se, las mayores generadoras de errores que conllevan a posteriores glosas. (Ver tabla N°9).

La mayor cantidad de glosas está concentrada en las especialidades con mayor demanda de servicios contratados, y por consiguiente con mayor volumen de facturación, las cuales son consideradas como especialidades básicas a saber: Ortopedia, Ginecología, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna.

12. RECOMENDACIONES

- Al encontrar la falta de soporte como la principal causa de glosa, se propone agilizar la generación de soportes basados en la normatividad vigente, que exige la presentación de la factura con los debidos soportes. Es considerada evitable, en su gran mayoría. Deben impactarse las áreas de facturación y terceros, principalmente Radiología.
- Actualizar el maestro tarifario por parte de la IPS, tan pronto haya cambio en tarifas convenidas. Además de la difusión oportuna de los convenios y tarifas pactadas al personal encargado (Facturación – Auditoría). Las áreas a impactar son desarrollo comercial y facturación.
- Verificar que el procedimiento autorizado corresponda al solicitado. Debe unificarse el proceso interno de gestión de formato del Comité Técnico Científico (CTC) en cabeza de un solo responsable, con existencia de unificación de criterios y conocimiento de la norma, por parte, tanto del personal administrativo como asistencial. Las áreas a impactar son facturación, sistemas y dirección médica.
- Debe haber máxima claridad en convenios sobre puntos ambiguos del manual tarifario. Cabos sueltos, sujetos a interpretación, son aprovechados por las EPS, como forma de dilación del pago. En el acuerdo de voluntades debe quedar establecido como se hará el proceso de recaudo de copagos, carencias y cuotas moderadoras y zonas grises.
- En el acuerdo de voluntades debe quedar establecido cómo se hará el proceso de recaudo de copagos, carencias y cuotas moderadoras, ya que al no existir claridad sobre quién es el responsable, se pueden generar objeciones.
- Debe existir un comité de contratación, del cual hagan parte todos los médicos auditores, la coordinadora de auditoría, el director administrativo, el director médico, la coordinadora de desarrollo comercial y la coordinadora de facturación, en donde se analice el contrato vigente a la fecha, previo a la siguiente negociación con cada entidad, para identificar objetivamente puntos claves necesarios a incluir en el nuevo convenio, así como las condiciones desfavorables que puedan ser corregidas.
- Retroalimentar constantemente las causas de glosas a los diferentes especialistas a través del coordinador de cada especialidad, tratando así de disminuir aquellas glosas consideradas como evitables, teniendo un impacto favorable en la economía de la institución.

- Reevaluar los procesos y procedimientos de tal forma que se ajusten tiempos y responsables para evitar las glosas relacionadas con soportes y sobrefacturación.
- Tener en cuenta los requisitos de presentación de la factura establecidos en la resolución 3047 de 2007 (por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007), y basado en ella, elaborar una lista de chequeo de anexos a la factura antes de pasarla al área de auditoría, y solo se haga el traslado al área de auditoría cuando cumpla todos los requisitos.
- Estandarizar la retroalimentación acerca de las causas más frecuentes de glosas, no sólo a las especialidades disponibles en la Clínica SOMA, sino a las diferentes áreas involucradas en el proceso de atención del paciente dentro de la institución.
- En cuanto a las áreas a intervenir, se hacen las siguientes recomendaciones:

    - **Facturación:** Hacer seguimiento y evaluación periódica al personal encargado de facturación acerca del conocimiento de la normatividad, manuales tarifarios, convenios. Implementación de un sistema de chequeo, elaborado según la normatividad vigente, en la cual se haga un previsado a la factura por parte de la IPS, previo al paso al área de auditoría.
    - **Auditoría:** Que la factura solo sea recibida por Auditoría cuando cumpla con todos los soportes necesarios. De esta forma se impacta positivamente las devoluciones a facturación (INDICADOR). Retroalimentación a contratación sobre las causales de glosas y dificultades en el convenio establecido. Retroalimentación al área de facturación sobre aspectos que generan dificultades en el trámite de las facturas y que impiden su radicación oportuna.
    - **Desarrollo comercial:** Las áreas de facturación, auditoría y contratación deben tener una adecuada intercomunicación y manejar un mismo concepto, de ahí la importancia de la divulgación clara, concreta y oportuna de los nuevos convenios y tarifas establecidas con las diferentes EPS. El comité de contratación es de gran importancia. La unión de conceptos a través del conocimiento de la situación actual y el dominio y solidez de la información, hacen que sea un punto bien fuerte al momento de contratar y finalmente impacta en la situación financiera de la institución.

- **Asistencial:** Retroalimentación constante a las diferentes especialidades sobre causales de glosas, convenios establecidos y procesos. Es importante el conocimiento de la normatividad vigente por parte del grupo asistencial (médicos, tanto generales como especialistas y personal de enfermería).

BIBLIOGRAFÍA

1. Osorio G, Sayes N, Fernández L, Araya E, Poblete D. Auditoría médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. Rev. méd. 2002;130:1–2.

2. Leuro M. Auditoría de cuentas médicas. 2o ed. Bogotá: Grupo Ecomedios; 2007. 371 p.

3. Congreso de la República de Colombia. Bogotá D.C. Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 1993.

4. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C. Resolución 1043, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. 2006.

5. Clínica SOMA. Área de Auditoría. Sistema de Gestión de Calidad, ISO 2009.

6. Clínica SOMA. Área de Auditoría. Fichas técnicas de indicadores de gestión.

7. Congreso de Colombia. Bogotá D.C. Ley 14 de 1962. Por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la medicina y cirugía.

8. Congreso de Colombia. Bogotá D.C. Ley 23 de 1981. Por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica.

9. Congreso de Colombia. Bogotá D.C. Ley 6 de 1991. Por la cual se reglamenta la especialidad médica de anestesiología y se dictan otras disposiciones.

10. Colombia. Constitución Política de Colombia. 23o ed. Bogotá: Legis Editores S.A.; 1991. 139 p.

11. Ministerio de Salud. Bogotá D.C. Decreto 1259 de 1994. Por el cual se reestructura la Superintendencia Nacional de Salud.

12. Ministerio de Salud. Bogotá D.C. Resolución 5261. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

13. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Bogotá D.C. Decreto 1094 de 1996. Por medio del cual se reglamenta el artículo 616-1 del Estatuto Tributario.

14. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Bogotá D.C. Decreto 1165 de 1996. Por el cual se reglamentan los artículos 437-2, 615,616, 616-1, 616-2, 617,618 y 618-2 del Estatuto Tributario.

15. Ministerio de Salud. Bogotá. D.C. Decreto 2174 de 1996. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

16. Ministerio de Salud Pública. Bogotá D.C. Resolución 4252 de 1997. Por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, se fija el procedimiento de registro de la Declaración de Requisitos Esenciales y se dictan otras disposiciones.

17. Ministerio de Salud. Bogotá D.C. Decreto 723 de 1997. Por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.

18. Ministerio de Salud. Bogotá D.C. Decreto 46 de 2000. Por el cual se adiciona el decreto número 882 de 1998, sobre margen de solvencia, se modifica el artículo 4° del Decreto 723 de 1997, los artículos 2° y 19 del Decreto 1804 de 1999 y se dictan otras disposiciones para garantizar la correcta aplicación y destino de los recursos del sistema de seguridad social en salud.

19. Ministerio de Salud. Bogotá D.C. Decreto 1281 de 2002. Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación.

20. Ministerio de Salud. Bogotá D.C. Decreto 2309 de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

21. Ministerio de Salud. Bogotá D.C. Resolución 1474 de 2002. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

22. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C. Decreto 3260 de 2004. Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

23. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

24. 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.

25. Congreso de la República. Bogotá D.C. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

26. Congreso de la República. Bogotá D.C. Ley 1231 de 2008. Por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones.

27. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C. 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.

28. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C. Resolución 3047 del 14 de agosto de 2008. Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

29. Clínica SOMA. Bases de datos de auxiliares de radicación de glosas de la Clínica SOMA.

ANEXOS

TABLA T-023 Clasificación de Causas de Glosa

Causa	Definición
P1	MATERIALES MEDICAMENTOS Y AYUDAS DIAGNÓSTICAS NO PERTINENTES
P10	REGLOSAS ESTANCIA NO PERTINENTE
P12	REGLOSA HONORARIOS NO PERTINENTES (HONORARIOS DE CIRUGÍA - ANESTESIÓLOGO - AYUDANTÍA - ATENCIONES DIARIAS, INTERCONSULTAS)
P2	ESTANCIA NO PERTINENTE
P4	HONORARIOS NO PERTINENTES (HONORARIOS DE CIRUGÍA - ANESTESIÓLOGO - AYUDANTÍA - ATENCIONES DIARIAS, INTERCONSULTAS)
P5	FALTA DE OPORTUNIDAD MÉDICA O QUIRÚRGICA
P7	PROCEDIMIENTO REALIZADO DIFERENTE AL CODIFICADO
P9	REGLOSA MATERIALES MEDICAMENTOS Y AYUDAS DIAGNÓSTICAS NO PERTINENTES
T1	FACTURA ENVIADA SIN AUDITORÍA
T10	FALTA SOPORTE (lectura de ayudas diagnósticas, soportes de terceros, detalles de cargos, historias clínicas)
T11	CANTIDAD FACTURADA DE MÁS (materiales, medicamentos, otros cargos)
T13	MAYOR VALOR FACTURADO (estancia, atenciones diarias, interconsultas, ayudas diagnósticas, laboratorio, medicamentos y matariles, otros cargos)
T15	NO COBRO DE COPAGOS, CARENCIA, CUOTA MODERADORA
T17	PARTICIÓN DE CUENTAS SEGÚN RESPONSABLE

Causa	Definición
T19	PROCEDIEMIENTO, MEDICAMENTOS Y MATERIALES NO POS.
T23	HONORARIOS SEGÚN MANUAL (atenciones diarias, interconsultas, honorarios médicos, anestesiólogo y ayudantía)
T24	AJUSTE A NOTA CRÉDITO
T25	LO FACTURADO NO CORRESPONDE A LO AUTORIZADO (estancia, cirugías, procedimientos)
T26	FACTURAR INDEPENDIENTE (de un mismo evento al mismo responsable)
T29	INCLUIDO EN PAQUETE
T3	CAMBIO DE NIT O RESPONSABLE
T34	DERECHOS DE SALA SEGÚN MANUAL
T35	MATERIALES Y MEDICAMENTOS SEGÚN MANUAL
T37	CONCEPTOS SEGÚN CONVENIO (estancias, oximetrías, tarifas por portafolios propios, etc.)
T38	USUARIO NO APARECE EN LA BASE DE DATOS DE LA ENTIDAD
T46	REGLOSA FALTA ORDEN DE SERVICIO
T47	REGLOSA POR EXTEMPORANEIDAD (cumplimiento de términos - CTC)
T48	REGLOSA FALTA SOPORTE (lectura de ayudas diagnósticas, soportes de terceros, detalles de cargos, historias clínicas)
T51	REGLOSA MAYOR VALOR FACTURADO (estancia, atenciones diarias, interconsultas, ayudas diagnósticas, laboratorio, medicamentos y matariles, otros cargos)
T53	REGLOSA NO COBRO DE COPAGOS, CARENCIA, CUOTA MODERADORA
T55	REGLOSA PROCEDIEMIENTO, MEDICAMENTOS Y MATERIALES NO POS.
T58	REGLOSA HONORARIOS SEGÚN MANUAL (atenciones diarias, interconsultas, honorarios médicos, anestesiólogo y ayudantía)

Causa	Definición
T59	REGLOSA AJUSTE A NOTA CRÉDITO
T60	REGLOSA LO FACTURADO NO CORRESPONDE A LO AUTORIZADO (estancia, cirugías, procedimientos)
T64	REGLOSA INCLUIDO EN PAQUETE
T66	REGLOSA DERECHOS DE SALA SEGÚN MANUAL
T67	REGLOSA MATERIALES Y MEDICAMENTOS SEGÚN MANUAL
T68	REGLOSA CONCEPTOS SEGÚN CONVENIO (estancias, oximetrías, tarifas por portafolios propios, etc.)
T8	FALTA ORDEN DE SERVICIO
T9	GLOSA POR EXTEMPORANEIDAD (cumplimiento de términos - CTC)