

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE CODIFICACION DE GLOSAS A LA
FACTURACIÓN POR ATENCIÓN EN LA IPS INSTITUTO DEL CORAZÓN
DE LA FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA**

LEYLE YEZENIA ALBARRACÍN VILLAMIZAR, Enfermera
YANETH CARVAJAL PEREZ, Enfermera
MARTHA ISABEL GARCES FUENTES, Bacterióloga

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES -UNAB
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA – COLOMBIA
2008

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE CODIFICACION DE GLOSAS A LA
FACTURACIÓN POR ATENCIÓN EN LA IPS INSTITUTO DEL CORAZÓN
DE LA FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA**

LEYLE YEZENIA ALBARRACÍN VILLAMIZAR, Enfermera
YANETH CARVAJAL PEREZ, Enfermera
MARTHA ISABEL GARCES FUENTES, Bacterióloga

Asesor

CARLOS MARIO TAMAYO RENDÓN

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES -UNAB
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA – COLOMBIA
2008

Tabla de contenido

	Pag.
Introducción	5
1. Formulación del problema	6
2. Objetivos	7
2.1. Objetivo general	7
2.2. Objetivos específicos	7
3. Marco teórico	8
3.2 Marco conceptual de la Auditoria	9
3.1. Antecedentes	10
3.3. Clases de auditoria	10
3.3.1. Auditoria médica	10
3.3.2. Auditoria clínica	11
3.3.3. Auditoria administrativa	11
3.3.4. Auditoria operativa	11
3.3.5. Auditoria financiera	11
3.3.6. Auditoria interna	12
3.3.7. Auditoria externa	12
3.4. Legislación en auditoría de cuentas	12
3.4.1. Planes de beneficio sistema general de seguridad social en salud	13
3.4.1.1. Plan nacional de salud pública	14
3.4.1.2. Plan obligatorio en salud (pos)	14
3.4.1.3. Plan obligatorio de salud subsidiado (pos-s) acuerdo 306 de 2005	15
3.4.1.4. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos (soat)	16
3.4.1.5. Plan De Atención Ante Accidentes De Trabajo Y Enfermedades Profesionales (ATEP)	16
3.4.1.6. Planes De Atención Complementarias (PACS)	17
3.4.1.7. Atención Inicial de Urgencias	18
3.4.2. Manuales	19
3.4.2.1. Manual De Actividades, Intervenciones Y Procedimientos Del Pos (MAPIPOS)	19
3.4.2.2. Manual Tarifario ISS. Acuerdo 256 de 2001	20
3.4.2.3. Decreto 2423 Del 31 De Diciembre De 1996 TARIFAS SOAT	20
3.5. Proceso de mejoramiento continuo de la calidad	21

3.6. Aspectos éticos	22
4. Definición de términos	24
5. Hipótesis	27
6. Variables	27
7. Diseño metodológico	27
7.1. Tipo de estudio	27
7.2. Universo y muestra	27
7.3. Criterios para seleccionar la muestra	27
8. Métodos e instrumentos	28
8.1. Técnicas de recolección	28
8.2. Fuentes de datos	28
8.2.1. Flujo documental de cuentas medicas	28
9. Resultados	29
10. Aspectos administrativos	30
10.1 presupuesto	30
11. Cronograma de actividades	31
12. Bibliografía	32
Anexos	
Anexo N° 1. Flujo documental y gestión de cuentas médicas	33
Anexo N° 2. Codificación de glosas	35

INTRODUCCION

Teniendo en cuenta que la auditoría de las cuentas médicas se encuentra inmerso dentro del panorama de garantizar la calidad de la atención en salud, se convierte en un proceso enfocado a realizar una evaluación sistemática, continua e integral de dichas cuentas desde el punto de vista administrativo, financiero y médico, según la normatividad vigente y bajo los parámetros contractuales definidos entre Prestadores y Administradoras del Sector Salud.

Por tanto la auditoria de las cuentas médicas, es una de las principales herramientas de evaluación y control de los servicios de salud mediante la cual se garantiza tanto a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) como Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), un importante impacto en la contención del Gasto Médico y el mejoramiento de la calidad de la atención que se brinda a los usuarios del Sistema, en cuanto a calidad, oportunidad, pertinencia, eficacia y efectividad se refiere.

Tomando como base estas premisas y dentro de la dinámica actual en la que se conceptúa como directriz en los procesos la calidad, se requiere de la optimización de los procesos administrativos – asistenciales, buscando minimizar glosas a la facturación, es por ello que la IPS Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia, requiere establecer una codificación interna de dichas glosas, de tal forma que se identifique el área responsable con el fin de diseñar estrategias de mejoramiento encaminadas a favorecer un flujo adecuado de los recursos.

Para efectos de la realización de la presente propuesta, se concertó con la oficina de cuentas médicas y auditoría del Instituto del Corazón de la FCV, el diseño de un sistema de codificación de dichas glosas.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

La IPS Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia, no cuenta con un sistema de codificación de las glosas recibidas a la facturación por la atención de usuarios.

En el Instituto del Corazón (IC) de la Fundación Cardiovascular de Colombia al igual que en la mayoría de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se presenta un alto índice de glosas a la facturación, cuyas causas son dadas por fallas en los procesos asistenciales y administrativos, es por ello, que se quiere idear un sistema de codificación de dichas glosas, con el fin de establecer cual es el área en la cual se encuentran las fallas, siendo este informe el pilar para la construcción de un plan de mejoramiento buscando impactar positivamente en dichos procesos y en una mejor flujo de los recursos.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un Sistema de Codificación de glosas a la facturación por atención en la IPS Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia, con base en las glosas presentadas durante el cuarto trimestre de 2007.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los motivos de glosa a través de la recolección y análisis de las glosas recibidas a la facturación del cuarto trimestre de 2007 en el Instituto de Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia.
- Establecer el área generadora de fallas existentes dentro del proceso Asistencial-Administrativo en la atención a los usuarios, que está generando glosas a la facturación en el Instituto del Corazón de la FCV.
- Proponer una herramienta informática para la oficina de Cuentas Médicas que facilite el manejo de información de manera oportuna, veraz y concreta, que oriente acciones correctivas sobre las áreas generadoras de glosas

3. MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES

La Fundación Cardiovascular de Colombia nació en Bucaramanga en 1986 y desde entonces día a día establece y crea estrategias encaminadas a proveer servicios y atención de la más alta calidad, sin distinción de clase o condición social y dispone de la más avanzada tecnología, el conocimiento científico adecuado y un equipo humano empeñado en brindar soluciones médicas, alivio, calidez y esperanza a quienes se ven enfrentados a la enfermedad, el dolor y el sufrimiento.

Haciendo parte del objeto para el cual fue creada la Fundación Cardiovascular de Colombia se encuentra El Instituto del Corazón, una IPS sin ánimo de lucro cuya atención se orienta principalmente en la prevención, diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades principalmente las cardiovasculares, desde su inicio en 1997 ha recibido las más importantes distinciones y reconocimiento en el sector salud, como ser la primera IPS acreditada en Colombia.

Por tanto sus políticas están orientadas hacia la **Garantía de la Calidad**, entendiéndose ésta como el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad.

3.2. MARCO CONCEPTUAL DE LA AUDITORIA EN SALUD

Desde 1983 se aplicaron los primeros estudios de evaluación de historia clínica médica y de revisión de la adecuación del uso de la cama hospitalaria, ya ha transcurrido casi un siglo desde que EA Codman proponía y aplicaba, métodos de evaluación de los resultados clínicos de la atención como estrategia para el mejoramiento de la atención y la diferenciación competitiva sobre la base de la calidad de los prestadores.

Por tanto convertir la auditoria en una herramienta de gestión implica que el auditor y su organización, así como los auditados conozcan los elementos básicos que caracterizan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte, así como que sepa utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa.

Además a partir del año 1993 cuando se produjo la ley 100, la cual origino grandes reformas en el sector salud, que conllevaron a la obligatoriedad del control interno y la auditoría médica para las instituciones del sector, convirtiendo el concepto de calidad en una constante para quien brinda el servicio y para el usuario quien lo recibe .

Entonces todas las entidades que forman parte del SGSSS deben establecer procesos de auditoría médica la cual debe ser entendida como la evaluación sistemática de la atención en salud con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios.

Tenido en cuenta este panorama, la auditoria en salud debe trabajar los procesos que sean prioritarios y que generen procesos de mejoramiento en áreas costo-efectivas, combinando técnicas de auditoria (evaluación y mejoramiento de problemas de calidad), con el despliegue de comités; evaluando a su vez la

efectividad de estos y promoviendo su mejoramiento continuo, a través de los diferentes modelos de Auditoría existentes, como son La Auditoría Retrospectiva, La Auditoría Concurrente (In Situ) y La Auditoría Prospectiva.

3.3. CLASES DE AUDITORIA

La Auditoría es la confrontación de determinadas actividades con pautas consideradas adecuadas por ser aceptadas y eficientes. Con el uso de su metodología operativa, se compara el grado de la calidad de la atención proporcionada, con pautas o normas que son los principios y prácticas aceptadas como correctas por la profesión.

El término de “Auditor” (persona que ejecuta la Auditoría) proviene del latín “auditus” con el que se define "el acto de oír". Por ello Ud. puede derivar el concepto que para ser auditor.

3.3.1. Auditoría Médica

Es un proceso de evaluación continuo, sistemático y objetivo de la atención médica, con base en el análisis crítico de la historia clínica, cuya finalidad principal es controlar la calidad de la atención en salud, contribuir a la educación de manera continua de los profesionales de la salud y emular la excelencia profesional.

La especialidad médica denominada “Auditoría” ha sido definida como el “conjunto de acciones destinadas a la evaluación de la atención médica mediante el análisis de su programa, contenido y procesos, confrontándolos con las normas vigentes orientadas al mejoramiento de su calidad y rendimiento”.

3.3.2. Auditoria Clínica

Es un proceso de evaluación retrospectivo que cubre la totalidad de la prestación de un servicio de salud dado, en sus tres componentes estructura, proceso y resultado.

Al auditoría médica y la auditoría clínica son usadas a menudo de igual manera, pero la auditoría clínica podría considerarse que cubre todos los aspectos de la atención clínica, mientras que la auditoría médica se relaciona con la práctica usada directamente por los médicos.

3.3.3. Auditoria Administrativa

Es el examen sistemático de la organización para evaluar su proceso gerencial, logro de objetivos, procedimientos, valores corporativos, instalaciones y equipos, que determinan el cumplimiento de su misión.

3.3.4. Auditoria Operativa

También se llama auditoria gerencial, de gestión, de racionalidad económica, por medio de ella se trata de determinar si la correspondiente entidad o institución utiliza óptimamente o con criterio económico, los recursos productivos puestos a su disposición; esto es, si la relación por cociente entre los bienes y servicios producidos y los recursos utilizados en su producción es la máxima, analizando las causas y posibles remedios de las situaciones ineficientes.

3.3.5. Auditoria Financiera

Es el examen objetivo, sistemático de los estados financieros básicos, tales como: Balance general, Estado de resultados, estado de utilidades y estado por flujo inefectivo.

3.3.6. Auditoria Interna

Es la efectuada por personal que tiene relación de tendencia laboral con la empresa o entidad. No obstante este personal es independiente de los elementos objetos de su examen.

3.3.7. Auditoria Externa

Es la efectuada por profesionales independientes de la empresa o entidad.

3.4. LEGISLACION EN AUDITORIA DE CUENTAS

La Auditoria de Cuentas en Salud se soporta en el adecuado conocimiento y aplicación de las herramientas prácticas que en el proceso de cobro sobre los servicios prestados, se manejan:

- ✓ Los Manuales Tarifarios del Gobierno Nacional: Decreto 2423/96 y del Instituto de Seguros Sociales- ISS – Acuerdos 256/01 y 312/04.
- ✓ La Clasificación Única de Procedimientos en Salud – Resoluciones Minprotección Social 1896/2001, 3772/04 y 3199/05.
- ✓ Manuales de Facturación.

Permitiéndole así a los Prestadores de Servicios de Salud perfeccionar su proceso de facturación para la adecuada presentación de cuentas y en las Aseguradoras una ecuánime revisión de las mismas y de esta forma, contribuir al ingreso justo, ágil y oportuno de los recursos económicos.

Dentro de este marco y tomando como referencia el sistema general de seguridad social en salud, el cual brinda directrices que garantiza la atención en salud para los usuarios del sistema, enmarcado entro de los siguientes planes.

3.4.1. Planes De Beneficio Sistema General De Seguridad Social En Salud

Son Conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que se brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar la salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de la incapacidad temporal por enfermedad general, maternidad y la incapacidad, discapacidad o invalidez derivada de los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Son siete los planes de beneficios.

Cada individuo se relaciona con en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, según una de las siguientes categorías: cotizante (trabajador que paga al sistema un porcentaje de su salario para la atención en salud), beneficiario (miembro del grupo familiar beneficiario del cotizante), subsidiado o persona no asegurada.

Comentario [U1]: Son los siete descritos, están en el Dec. 806/98, art. 3.

Los Planes de Beneficios son:

- Plan Nacional de Salud Pública.
- Plan obligatorio de salud del régimen contributivo. POS.
- Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado. POS-S.

- Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos. SOAT.
- Atención inicial de urgencias.
- Planes Complementarios En Salud (Pacs)
- Atención Materno-Infantil

3.4.1.1. Plan Nacional De Salud Pública

El Plan de Salud Territorial que comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud - POS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y además, adoptar el sistema de evaluación por resultados.

Es el plan es brindado por el Estado, contiene acciones individuales y colectivas de información, educación para salud, prevención primaria y diagnóstico precoz de enfermedades con gran influencia en la salud colectiva (es decir, que tiene altas externalidades). Es obligatorio para todas las entidades territoriales (Departamentos, municipios y Distritos).

3.4.1.2. Plan Obligatorio En Salud (Pos)

Es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho todo afiliado el régimen contributivo, y sus beneficiarios, que cumplan con las obligaciones establecidas para el efecto. Tales servicios los prestan las Empresas Promotoras de Salud (EPS'S) y las entidades adaptadas. También, incluye los reconocimientos económicos a que tiene derecho todo cotizante, en determinadas circunstancias (licencia de maternidad, incapacidad laboral, invalidez).

Comentario [U2]: Verificar si legalmente otras pueden prestarlo.

Los contenidos del POS son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) e incluyen educación, información y fomento de la salud y, la prevención, diagnóstico y rehabilitación de la enfermedad así como el suministro de los medicamentos esenciales. Para la familia del cotizante el plan es similar pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención. La atención esta regulada a través del Manual de Procedimientos e Intervenciones (MAPIPOS).

A través de este plan se debe responder a todos los problemas de salud conforme lo disponga el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Se financia con las contribuciones de afiliados y empleadores a este sistema. Las EPS se financian con los recursos que les reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de las Unidades de Pago por Capitalización (UPC), las cuotas moderadoras y los copagos; definidos por el CNSSS.

3.4.1.3. Plan Obligatorio De Salud Subsidiado (Pos-s) – Acuerdo 306 de 2005

El Plan Obligatorio de Salud para el régimen Subsidiado es aquel que cubre a la población más pobre y vulnerable que haya sido identificada y focalizada (clasificadas como tal), según el Sistema de Clasificación de Beneficiarios (SISBÉN). Es un conjunto básico de servicios de atención en salud garantizados por las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), Empresas Solidarias de Salud (ESS), y las Cajas de Compensación Familiar (CCF) autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS); es definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).

3.4.1.4. Atención En Accidentes De Tránsito Y Eventos Catastróficos (SOAT)

Es un plan que cubre a todos los afiliados al sistema de seguridad social en salud, en cuanto a la atención médico-quirúrgica, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial, que deriven de un accidente de tránsito, acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el CNSSS.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza el pago de la atención en salud derivada de accidentes de tránsito con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA); también garantiza el pago a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS's) por la atención a las víctimas de catástrofes naturales, actos terroristas y otros eventos aprobados por el CNSSS; cubre atención, transporte asistencial, indemnización y gastos funerarios que deriven de estas situaciones.

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) es un pago obligatorio para todos los automotores con los que se conforma un fondo, que es una de las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), con la cual, se cubren estos costos de atención en salud derivados de los accidentes de tránsito; con cargo al SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito) o al FONSAT (Fondo de Solidaridad de Accidentes de Tránsito; en el caso de vehículos fantasmas).

3.4.1.5. Plan De Atención Ante Accidentes De Trabajo Y Enfermedades Profesionales (ATEP)

Es un plan dirigido exclusivamente para aquellos eventos, patologías o accidentes que se den en el lugar de trabajo o se den como consecuencia del trabajo en cuestión.

Estos son administrados y regulados en su totalidad por las denominadas Aseguradoras de Riesgos Profesionales (ARP), quienes son las encargadas de garantizar la atención en caso de presentarse alguna eventualidad laboral; además están encargadas de los auxilios e indemnizaciones por incapacidad o invalidez causadas por el trabajo.

3.4.1.6. Planes De Atención Complementarias (PACS)

Son planes alternativos al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS), ofrecido de forma prepago, y que requiere vinculación previa a este Plan. Brindan actividades, procedimientos e intervenciones no contempladas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), así como, mejoras en la atención de servicios de salud del POS, principalmente en hotelería y tecnología y, también, en accesibilidad y oportunidad. Estos planes pueden ser prestados por las EPS o por las entidades de medicina prepagada mediante pólizas de salud y son financiadas exclusivamente por el usuario; son de carácter voluntario, pero el usuario tiene que estar previamente afiliados al Plan Obligatorio de Salud y, en ninguna circunstancia, lo reemplazan. Están diseñados para complementar los servicios que ofrece el Plan Obligatorio de Salud, pues si lo sustituyeran o duplicaran sus servicios estarían creando una doble tributación a los adquirentes.

Las modalidades contempladas son las de Medicina Prepagada y Pólizas de Salud; los PACS fueron creados con el ánimo de que un futuro estos, reemplacen la medicina prepagada y que a su vez estos PACS sean reemplazados por el POS, el cual se esperaba para el 2001 mejoraría su cobertura y calidad y que además se igualaría en derechos y beneficios con el POS para el régimen subsidiado.

Estos planes deben ser aprobados por la superintendencia de salud; los medicamentos y servicios deberán estar explícitos al momento de la contratación

entre el usuario y el prestatario, pues al contrario del contrato en el Régimen Contributivo, este es individual y no estandarizado como en aquel. Se financian exclusivamente con recursos de los afiliados, distintos a los contemplados en la UPC.

Comentario [U3]: Buscar palabra castiza.

Estos planes se caracterizan por tener un acuerdo previo entre las partes, individuo y aseguradora, del tipo y las condiciones para la prestación de los servicios de salud, con diferentes modalidades de financiación.

3.4.1.7. Atención Inicial De Urgencias

Todas las entidades que presten los servicios de urgencias, atenderán obligatoriamente a los casos de urgencias vitales, aún sin convenio o autorización de la EPS respectiva, e incluso, lo mismo ocurrirá en el caso de personas no afiliadas al sistema. Las EPS pagarán el servicio a las IPS con base a las tarifas pactadas o con las establecidas para el SOAT. En el caso de atención a personas no afiliadas al Sistema la IPS que lo atendió le cobrará al Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) esta atención.

Es el médico del servicio de urgencias quién define la condición de urgencia, vital o no, y cuando no sea urgencia vital el usuario deberá pagar el valor total de la atención.

Las EPS estarán en la obligación de reconocer los gastos que realice el afiliado por concepto de atención de una urgencia vital cuando sea atendido por una IPS que no tenga convenio suscrito con su respectiva EPS. La solicitud de reembolso deberá realizarse dentro de los 15 días siguientes al alta y la EPS deberá pagar dentro de los treinta días siguientes a la presentación de la cuenta, anexando original de facturas, certificación médica y copia de la historia clínica.

3.4.2. MANUALES

3.4.2.1 Manual De Actividades, Intervenciones Y Procedimientos Del Pos (MAPIPOS)

Busca unificar el plan de atenciones en todas las instituciones y según los niveles de estas que son:

Nivel I: Tiene médico general, odontólogo, enfermera. Son de ubicación rural y local. Cubre cirugías categorías 1, 2 y 3.

Nivel II: Además de lo anterior, posee las cuatro especialidades básicas; medicina interna, ortopedia, pediatría y gineco-obstetricia. Son de ubicación regional y local. Cubre cirugías categorías 4, 5, 6, 7, 8 y 9.

Nivel III: además de lo anterior posee el resto de las especialidades y subespecialidades. Son de ubicación regional y más general. Cubre cirugías de la categoría 9 en adelante.

Nivel IV: posee además atención en cuanto a enfermedades ruinosas y catastróficas.

El Mapipos discrimina en toda la amplitud las intervenciones quirúrgicas que están incluidas en el POS, les fija una nomenclatura con códigos y las clasifica de acuerdo con la complejidad.

Este plan posee unas exclusiones y tiempos mínimos de cotización para ciertos procedimientos y para los medicamentos que no se incluyen en el POS; buscando en cierta medida racionalizar los recursos y canalizarlos hacia acciones de mayor importancia. Entre las exclusiones que se hacen están: Los procedimientos o tratamientos con fines estéticos, tratamientos para la infertilidad, tratamientos no reconocidos por las organizaciones científicas o experimentales y tratamientos de ortodoncia y periodoncia entre otros.

3.4.2.2. Manual Tarifario ISS. Acuerdo 256 de 2001

En la actualidad, las tarifas con que se facturan generalmente los servicios de salud son las tarifas contenidas en el Acuerdo 256 de 2001, más conocido como manual tarifario del ISS. Fueron tarifas establecidas hace años para pagar servicios prestados en ese entonces al Seguro Social (la EPS pública, que ahora está en extinción y que no tenía ánimo de lucro y, por tanto, pagaba tarifas muy modestas).

El manual estableció tarifas módicas para determinar el valor a pagar por los servicios de salud (consultas, procedimientos, cirugías, etc.), ya que obviamente debían ajustarse a los precios que impone la economía de mercado a la hora de negociar precios por volumen (o sea, las bajas ganancias se podrían compensar con un gran volumen de actividades). Pero fueron tarifas que tuvieron vigencia a partir de su fecha de expedición (finales del 2001), sin tener en cuenta los ajustes por inflación venidera de año en año.

3.4.2.3. Decreto 2423 Del 31 De Diciembre De 1996 TARIFAS SOAT

Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.

Este decreto determina que será de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas. Las entidades privadas deberán aplicarlo obligatoriamente cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

3.5. PROCESO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC), comprende un conjunto de Principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la Evaluación de la Calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la Inspección. El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, que involucra al cliente y sus necesidades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

Un enfoque que está en el centro del Mejoramiento Continuo, es el ciclo de Mejoramiento ó PHVA. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud. En forma gráfica el ciclo se presenta en la Figura 1.

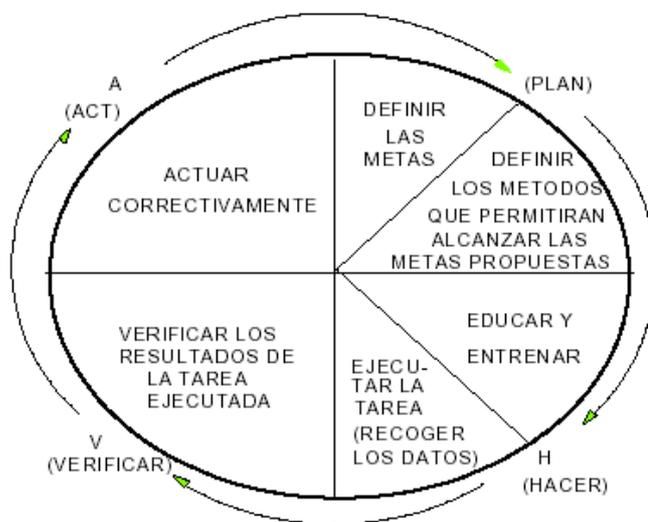


Figura 1. Ciclo PHVA, Mejoramiento Continuo

En La Fundación cardiovascular de Colombia el proceso de auditoría interna, se desarrolla teniendo en cuenta el ciclo PHVA, herramienta que permite el logro de un proceso de auditoría cuentas óptimo.

3.6. ASPECTOS ETICOS

Para acceder a los documentos de trabajo se protegerá y respetará el derecho a la intimidad del paciente y la reserva de la historia clínica.

Todos los procesos serán dirreccionados y vigilados por la auditora medica de la IPS Instituto del Corazón de la FCV.

El auditor medico consiente del papel que juega en la interacción del individuo en la institución de salud y sociedad debería tener claro los siguientes principios:

- ✓ Integridad
- ✓ Objetividad
- ✓ Independencia
- ✓ Responsabilidad
- ✓ Confidencialidad
- ✓ Competencia Profesional
- ✓ Respeto a las instituciones y áreas auditadas
- ✓ Normas Técnicas: El auditor deberá cumplir su trabaja profesional de acuerdo con normas técnicas y profesionales reconocidas y aceptadas. Su trabajo es objetivo y debe contar con instrumentos y documentación que valide su actuación
- ✓ Conducta Ética: El auditor médico debe abstenerse de realizar actos que atenten contra la profesión, procediendo en todo momento con los mas elevados preceptos de la moral universal; actuando siempre en forma digna, leal y de buena fe; evitando su participación en acciones fraudulentas de cualquier índole.

4. DEFINICION DE TERMINOS

Auditoria: Proceso sistemático de las actuaciones y decisiones de las personas con respecto a la calidad de la prestación del servicio, con el objeto de calificarlas de manera independiente e informar el cumplimiento de los requisitos operativos del programa de calidad o la especificación de los requisitos del contrato del producto o servicio.

Auditoria Clínica: Es una iniciativa que busca dar prioridad a los problemas presentados en la implementación de la calidad en el cuidado al paciente, a través de una revisión estructurada, mediante la cual examinan la práctica clínica y sus resultados, confrontándolos con los estándares y proponiendo la modificación de las prácticas cuando ello esté indicado.

Auditoria Concurrente: es un proceso de evaluación y seguimiento diario, en la totalidad de la prestación de un servicio de salud dado.

Auditoria de Cuentas: Es la revisión que adelanta el personal externo a las facturas por servicios prestados a los afiliados de la EAPB que representan

Auditoria Médica: Sistema de evaluación de la efectividad en el uso de la estructura y de los procesos clínicos y administrativos tendientes a lograr el mejor resultado de la atención en salud.

Centro de Costos: Son las áreas administrativas responsables en donde se genera el gasto directo e indirecto que conlleva a la venta

Conciliación: Reunión mediante la cual los protagonistas administrativos de la prestación del servicio de salud (EAPB e IPS) dirimen las objeciones formuladas por la EAPB por la atención clínica brindada, con base en las pruebas fehacientes generadas en dicha atención (historia clínica) y las herramientas.

Consumo: Son las cantidades de insumos, medicamentos o servicios que se suministran al usuario durante su permanencia en el servicio.

EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios

Eficacia: Califica logro de los Objetivos. Relacionada directamente con la Disponibilidad, Accesibilidad, Cobertura, Concentración y Calidad de los Recursos.

Eficiencia: Califica relación entre el logro de un Objetivo y el Recurso utilizado. Se mide con factores como el Costo, Utilización, Productividad, Rendimiento y Beneficio.

Equipo Administrativo: Grupo de personas dedicadas a acciones de guía, coordinación y dirección de una institución, orientadas hacia la mejora de sus objetivos y el cumplimiento de sus fines.

Equipo de Salud: Grupo de personas del sector salud que realizan diferentes aportes con una metodología compartida, de cara a un objetivo común centrado en el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud, así como las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; donde cada miembro tiene claramente asumidas sus propias funciones y los intereses comunes, y todos los miembros comparten la responsabilidad de los resultados.

Estándar: Nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual.

Glosa: Objeción parcial o total, que resulta de la auditoria de cuentas presentadas por las EAPB a las cuentas una vez revisada la facturación por no ajustarse a lo pactado en el convenio, manual tarifario y/o por pertinencia medica ó administrativa, de carácter transitorio o definitivo.

Glosa Inicial: Razón que se propone o dificultad que se presenta para combatir una afirmación o impugnar una proposición, y que tiene la posibilidad de ser refutada en una primera instancia.

Hospital de Cuarto Nivel: Centro de atención de salud con infraestructura y personal capaz de brindar atenciones complejas a la población. Presta servicios médico quirúrgicos con hospitalización o ambulatoria a las personas afectadas de patología compleja que requiere cuidados especializados sofisticados. En ellos se desarrollan actividades educativas para los estudiantes de las ciencias de la salud y se preparan a los especialistas.

Objeciones: Son las decisiones tomadas por el auditor concurrente de la EAPB ante la prestación de servicios de salud prestados, que pueden ser solucionadas mediante conciliación concurrente entre las partes.

5. HIPOTESIS

“Un alto porcentaje de las glosas recibidas a la facturación de los servicios de salud de la IPS Instituto del corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia, es de origen médico-asistencial”.

6. VARIABLES

- Diferentes motivos de glosa
- Área de origen de las glosas

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio de cohorte. Observación Retrospectiva.

7.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Total de glosas a la facturación recepcionadas en la oficina de Auditoría en Salud y Cuentas Médicas durante el cuarto trimestre de 2007.

Muestra: 100% de las glosas a la facturación recepcionadas en la oficina de cuentas médicas del Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia durante el cuarto trimestre del 2007.

7.3. CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA MUESTRA

Facturas de pacientes pediátricos y adultos de la Fundación Cardiovascular que hayan presentado glosas y sean recibidas en la oficina de Auditoría en Salud y Cuentas Médicas durante el último trimestre del 2007.

8. METODOS E INSTRUMENTOS

8.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

1. Concretar con auditora médica fecha y hora de recolección de glosas en la oficina de cuentas médicas
2. Fotocopiar material entregado por el coordinador de cuentas médicas
3. Ingreso de información la base de datos

8.2. FUENTES DE DATOS

1. Oficina de Auditoria y Cuentas Médicas
2. Facturación
3. Cartera
4. Autorizaciones

8.2.1. Flujo Documental De Cuentas Medicas

Las glosas procederán del departamento de facturación y cartera quien es el encargado de realizar el proceso inicial de las cuentas, son ellos quienes ante un concepto de glosa por concurrencia o por glosa 1 o glosa 2, hacen entrega al departamento de cuentas médicas para el trámite respectivo. (Ver Anexo N° 1)

Supervisión del trabajo de campo

Auditora Interna: Dra. Nancy Contreras García.

9. RESULTADOS

Durante el cuatro trimestre de 2007 en la oficina de cuentas médicas de la IPS Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia, se recepcionó un total de 768 Facturas que presentaban glosa, el valor en pesos de estas facturas fue de \$5.809.560.170 millones, de los cuales el 22% corresponde al valor total glosado (\$1.302.589.301 millones).

Del valor total glosado un 66% es soportado por el equipo de cuentas médicas, un 29% es aceptado y el 5% restante es llevado a conciliación en segunda instancia.

Un 26% de las glosas se generan por motivos médico-asistenciales y el 64% restante son generadas por procesos administrativos.

Para el diseño de la codificación de las glosas, se realizó una agrupación de ellas, teniendo en cuenta las competencias de las áreas generadoras de las mismas, quedando distribuidas cuatro subdivisiones: Grupo, código, motivo y responsable.

Grupo: Corresponde al área fuente de la glosa. Se designara con letras A hasta G

Código: Hace referencia al numero asignado para un motivo determinado dentro de un grupo.

Motivos: Son las razones que se encontraron por las cuales se glosan las cuentas. Están asignados desde el número 01 hasta el 99

Responsable: Actor generador de la glosa

Se identificaron 90 motivos de glosa, los cuales se organizaron en 7 grupos, a continuación se describe en un cuadro la codificación de glosas diseñada, con base en los datos obtenidos del análisis de la facturación durante el último trimestre del 2007.

10. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

10. 1 PRESUPUESTO

Actividad	Responsable	Costo
Reunión de concertación con auditora	Equipo de Investigadoras	50.000=
Elaboración de protocolo de investigación	Equipo de Investigadoras	150.000=
Fotocopias de las facturas que presentaron glosas.	Equipo De Investigadoras	\$300.000=
Transporte y compra de material necesario para el archivo y posterior análisis de la información	Equipo de Investigadoras	\$400.000=
Creación y alimentación de Base de Datos	Equipo Investigador-Auditora de la FCV	\$1. 500.000=
Propuesta de diseño de la macro	Equipo de investigadoras Ing. De Sistemas	\$2.000.000=
Otros	Equipo de investigadoras	\$ 300.000
Total		\$4.700.000=

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE				OCT/NOV/DIC				ENERO/FEB/MARZO				ABRIL/MAYO			
	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4
Presentación del Propuesta de Proyecto	-----															
Ajustes de acuerdo a asesoría de la propuesta del proyecto			-----													
Recolección de datos					-----											
Creación de Base de datos					-----											
Asesoría de Seguimiento de ejecución del proyecto						-----										
Diseño del Sistema de Codificación de datos					-----				-----							
Clasificación de datos de acuerdo al sistema de codificación creado									-----							
Análisis de Datos									-----							
Propuesta de diseño de la herramienta informática													-----			
Elaboración de documento de informe del proyecto													-----			
Sustentación del proyecto																-----

CONVENCIONES

- REPRESENTAN ACTIVIDADES POR REALIZAR
- REPRESENTAN ACTIVIDADES REALIZADAS<<

12. BIBLIOGRAFIA

Colaboremos Por la Salud. Informe Sobre la salud en el mundo. Organización Mundial de la Salud Panorama General. 2006.

OTERO Jaime. MD Auditoria de servicios de salud. Generalidades. El informe del Auditor

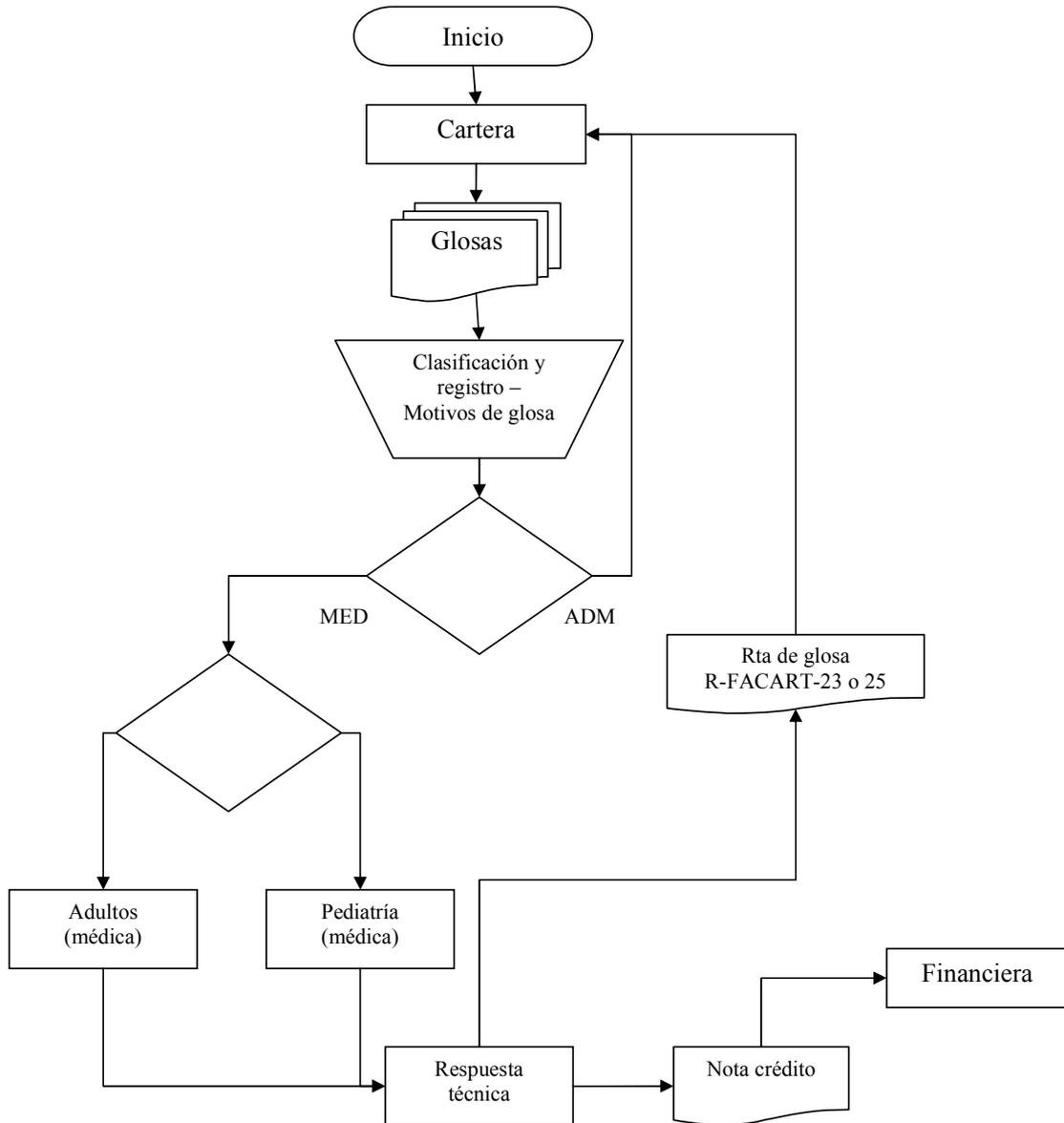
Diego Palacio Betancourt Ministro Eduardo Alvarado Santander. Viceministro De Salud Y Bienestar Blanca Elvira Cajigas De Acosta Directora General De Calidad De Servicios Teresa Margarita Tono Ramírez Directora Ejecutiva Programa De Apoyo A La Reforma De Salud Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud

MEJIA G, Braulio. Auditoria Médica Para la Garantía de la Calidad en Salud. Editorial Ecoe Ediciones. 2004.

CASTILLO, Victor Raúl; RAMIREZ Sonia Stella. Fundación Cardiovascular de Colombia 20 años. Un Sueño convertido en realidad empresarial. Editorial puntoaparte. 2006.

República de Colombia. Ley 100 de1993, Ley 1122 del2007, Resolución 5261 MAPIPOS de 1994, Acuerdo 306 del 2005.

ANEXO Nº 1. FLUJO DOCUMENTAL Y GESTIÓN DE CUENTAS MÉDICAS



Instructivo de gestión de respuesta de concurrencia y/o respuesta de glosas

1. Se reciben objeciones de concurrencia y glosas provenientes de Cartera en relación que será revisada por la Coordinadora de cuentas médicas
2. La Coordinadora de cuentas médicas clasifica y relaciona las objeciones de concurrencia y/o glosas según el anexo "Motivos de glosa" en cuadro de Excel que incluye: No. de factura, empresa, grupo responsable (A, P), motivo médico, motivo administrativo, valor factura, valor glosado, recibido, entrega a grupo, entrega a cartera, aceptación de glosa médica, aceptación de glosa administrativa, levantado médico y levantado administrativo
3. Una vez clasificado y relacionado es dividido en atención de paciente adulto y atención de paciente pediátrico y es pasado a cada auditor médico responsable del servicio en caso de que exista glosa por causa médica; en caso contrario, será entregada a Cartera para que proceda con la distribución y corrección de la no conformidad dentro del proceso de facturación.
4. El auditor médico genera la respuesta de objeción de concurrencia y/o glosa en el registro R-FACART 23 (concurrencia) y R-FACART-25 (glosa).
5. El auditor médico revisa la respuesta de la objeción concurrente y/o glosa con los auditores médicos de las entidades que las realizan para asegurar la aceptación por ambas partes.
6. El auditor médico hace entrega de la parte médica de la objeción de concurrencia y/o glosas al auxiliar de cuentas médicas quienes diligencian la respuesta administrativa en los mismos formatos.
7. El auxiliar de cuentas médicas revisa la respuesta de la objeción de concurrencia y/o glosa con los auxiliares de las entidades que las realizan para asegurar la aceptación por ambas partes.
8. El auxiliar de cuentas médicas genera las notas crédito en caso de ser necesario
9. El auxiliar de cuentas médicas envía las notas crédito generadas dentro del proceso a Financiera con el fin de que sean cargadas en el sistema y se reflejen en los estados de cartera. .
10. El auxiliar de cuentas médicas entrega las respuestas de la concurrencia y/o glosa administrativa y médica a la Coordinadora de cuentas médicas, quien registra la recepción en el cuadro descrito en el punto 2.
11. La Coordinadora de cuentas médicas envía la documentación generada dentro del proceso, al responsable en cartera, diligenciando la columna de entrega del cuadro descrito en el punto 2 y los soportes que se generen dentro de este proceso (respuestas de concurrencia, glosa, conciliaciones y notas crédito). De la entrega queda evidencia en un registro foliado.

Con base en esto se diseñará una base de datos (Ver Anexo 2. Base de datos)

Anexo.2 Codificación de glosas

INSTITUTO DEL CORAZON - FUNDICIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA CLASIFICACIÓN DE GLOSAS A LA FACTURACION SEGÚN LUGAR DE ORIGEN		
Grupo A	PERTINENCIA ASISTENCIAL (00-99)	
A-Med 01	Estancia en piso no justificada y/o no pertinente.	Médico
A-Med 02	Estancia en UCI no justificada y/o no pertinente	Médico
A-Med 03	Procedimiento no justificado y/o pertinente	Médico
A-Med 04	Medicamento no justificado y/o no pertinente	Médico
A-Med 05	Epicrisis incompleta	Médico
A-Med 06	Evoluciones medicas incompletas no justifican la estancia	Médico
A-Med 07	Medicamento y/o suministro NO POS no justificado y/o no pertinente	Médico
A-Med 08	RX y Ecos no justificado y /o pertinente.	Médico
A-Med 09	Laboratorios Médicos no justificado y/o no pertinentes	Médico
A-Med 10	Terapias Respiratorias, Fonoaudiología, Física o Rehabilitación cardiaca no justificada	Médico
A-Med 11	Consulta no justificada.	Médico
A-Med 12	Insumo no descrito en nota quirúrgica	Médico
A-Med 13	Rx y Ecocardiograma sin interpretación	Médico
A-Med 14	EKG sin interpretación	Médico
A-Enf 15	Medicamentos no soportados en la hoja de control de medicamentos	Enfermería
A-Enf 16	Insumos facturados no soportados en la Hoja de Gastos de cirugía, Piso, UCI, o en HCE	Enfermería
A-Enf 17	Glucometrías y/o Gases Arteriales facturados no soportados	Enfermería
A-Enf 18	Insumos facturados no soportados en HCE (Equipo bomba, bránulas, set perfusor, etc.)	Enfermería
A-Enf 19	Administración de hemoderivados no soportados en la HC	Enfermería
A-Ter 20	Terapia Respiratoria, de Fonoaudiología, Física o rehabilitación Cardiaca no soportadas	Terapeutas
Grupo B	PERTINENCIA ADMINISTRATIVA - ASISTENCIAL (100-199)	
B-AdAsi 100	Falta de oportunidad en realización de procedimiento por inexistencia de contrato con especialista	Asistencial-Administrativo
B-AdAsi 101	Insumos, laboratorios y cuidado intrahospitalario de días objetados por el auditor	Asistencial-Administrativo
B-AdAsi 102	Falta de oportunidad en realización de procedimiento	Asistencial-Administrativo
B-AdAsi 103	Falta de oportunidad en realización de interconsulta	Asistencial-Administrativo
B-AdAsi 104	Atención inicial de urgencias no justificado y/o no pertinente	Asistencial-Administrativo
B-AdAsi 105	Resultado de laboratorio clínico no soportados en la HCE	Asistencial-Administrativo
Grupo C	PERTINENCIA ADMINISNTRATIVA AUTORIZACIONES (200-299)	
C-Autor200	Atención de urgencias sin código o autorización	Autorizaciones
C-Autor201	Orden o autorización con tachones o enmendaduras	Autorizaciones
C-Autor202	Orden o autorización a nombre de otro prestador	Autorizaciones
C-Autor203	Radicación extemporánea de solicitud de medicamento NO POS	Autorizaciones
C-Autor204	No se anexo justificación ni autorización de Medicamentos NO POS	Autorizaciones
C-Autor205	Procedimiento No Pos no reconocido por la EPS y/o EPS-S	Autorizaciones
C-Autor206	Procedimiento mal codificado	Autorizaciones
C-Autor207	Estancia no autorizada	Secretaria-autorizaciones
C-Autor208	Suministro no autorizado	Secretaria-autorizaciones
C-Autor209	Suministro NO POS no autorizados	Secretaria-autorizaciones

C-Autor210	Medicamentos no Pos no autorizado	Secretaria-autorizaciones
C-Autor211	Medicamentos Pos no autorizado	Secretaria-autorizaciones
C-Autor212	Laboratorio no Autorizado	Secretaria-autorizaciones
C-Autor213	Radiografías y Ecografías no Autorizada	Secretaria-autorizaciones
C-Autor214	Procedimiento no autorizado	Secretaria-autorizaciones
C-Autor215	Procedimiento no pos autorizado	Secretaria-autorizaciones
C-Autor216	Terapia Respiratoria, de Fonoaudiología, Física o rehabilitación Cardiaca no autorizada	Secretaria-autorizaciones
C-Autor217	Traslado en ambulancia No autorizado	Secretaria-autorizaciones
C-Autor218	Orden vencida o posterior a la fecha de prestación del servicio.	Secretaria-autorizaciones
Grupo D	PERTINENCIA ADMINISNTRATIVA FACTURACION (300-399)	
D-Fact300	Insumo no Facturable	Facturación
D-Fact301	Insumos considerados incluidos en la estancia en UCI	Facturación
D-Fact302	Insumos considerados incluidos en la estancia en piso	Facturación
D-Fact303	Insumos considerados incluidos en la estancia en derechos de sala de cirugía	Facturación
D-Fact304	Insumos considerados incluidos en la estancia en materiales de cirugía	Facturación
D-Fact305	Insumos considerados incluidos en la estancia en materiales de sutura	Facturación
D-Fact306	Insumos considerados incluidos en la estancia en accesorios y aditamentos del equipo	Facturación
D-Fact307	Insumos considerados incluidos en la estancia en el valor del procedimiento	Facturación
D-Fact308	Procedimiento considerado incluido en UCI	Facturación
D-Fact309	Procedimiento no facturable por manual de facturación	Facturación
D-Fact310	No se alcanzó el tope a facturar a póliza SOAT o a ECAT	Facturación
D-Fact311	Se superó el tope a facturar a póliza SOAT o a ECAT	Facturación
D-Fact312	Servicio por paquetes, facturado por actividad	Facturación
D-Fact313	Servicio por actividad, facturado por paquete	Facturación
D-Fact314	Procedimiento facturado no corresponde a lo realizado según HCE	Facturación
D-Fact315	Evento o procedimiento facturado no realizado	Facturación
D-Fact316	Doble facturación, servicio insumos o medicamentos	Facturación
D-Fact317	Estancia mal facturada	Facturación
D-Fact318	Atención facturada a otro asegurador no responsable de la misma.	Facturación
D-Fact319	Factura sin firma del paciente o firma del prestador	Facturación
D-Fact320	Laboratorios clínico incluido en otra tarifa	Facturación
D-Fact321	Copago, cuota Moderadora, cuota de recuperación o pagos compartidos no descontado de la factura	Facturación
D-Fact322	Copago, cuota Moderadora, cuota de recuperación o pagos compartidos mal facturados	Facturación
D-Fact323	Copago, cuota Moderadora, cuota de recuperación o pagos compartidos no cobrados	Facturación
D-Fact324	No se anexo epicrisis	Facturación
D-Fact325	No se anexo orden de servicios o autorización	Facturación
D-Fact326	Resultado de Radiología no soportado en la HCE	Facturación
D-Fact327	No se anexa soporte de Administración de Oxígeno	Facturación
D-Fact328	No se anexaron documentos (fotocopia de cédula y Carné)	Facturación
Grupo E	PERTINENCIA ADMINISNTRATIVA CARTERA (400-499)	
E-Cart400	Factura Radicada a otra entidad	Aux cartera
E-Cart401	Error en RIPS	Aux cartera
E-Cart402	Facturas sin firma o Vo Bo del auditor	Aux cartera
Grupo F	PERTINENCIA ADMINISNTRATIVA CONVENIOS (500-599)	

F-Conve500	No se reconoce mayor valor en traslados	Convenios
F-Conve501	No se anexo Factura de Compra de Insumos	Convenios
F-Conve502	Mayor valor cobrado en insumos y/o medicamentos	Convenios
F-Conve503	Mayor valor cobrado en tarifas (procedimientos, estancias, honorarios Etc.)	Convenios
F-Conve504	Servicio no incluido en la relación contractual (NO contratado)	Convenios
F-Conve505	Servicios capitados a otra entidad	Convenios
Grupo G	OTROS MOTIVOS (600-699)	
G-Otro600	Conciliación	Gerencia
G-Otro601	Cortesía	Gerencia
G-Otro602	Plan Social Conexión Colombia	Gerencia
G-Otro603	Plan Social Montañas azules	Gerencia
G-Otro604	Plan Social Mi corazón por Santander	Gerencia
G-Otro605	Plan Social Corazón por Santander	Gerencia
G-Otro606	Glosa sin soporte científico – legal	Auditoría

