

**DIAGNÓSTICO Y ESTRATEGIAS DE MEJORA PARA EL PROCESO DE  
AUDITORIA CONCURRENTE Y DE CUENTAS MÉDICAS DEL INSTITUTO DEL  
CORAZÓN DE FLORIDABLANCA – FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE  
COLOMBIA**

**LUZ DARIS NAVARRO DE LA HOZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICOMECHANICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
MAESTRIA EN GERENCIA DE NEGOCIOS MBA - COHORTE II  
BUCARAMANGA**

**2014**

**DIAGNÓSTICO Y ESTRATEGIAS DE MEJORA PARA EL PROCESO DE  
AUDITORIA CONCURRENTE Y DE CUENTAS MÉDICAS DEL INSTITUTO DEL  
CORAZÓN DE FLORIDABLANCA – FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE  
COLOMBIA**

**LUZ DARIS NAVARRO DE LA HOZ**

**Proyecto de Aplicación presentado como requisito para optar al título de  
Magíster en Gerencia de Negocios MBA**

**Directora  
MSc. LUPITA SERRANO GÓMEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICOMECHANICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
MAESTRIA EN GERENCIA DE NEGOCIOS MBA - COHORTE II  
BUCARAMANGA**

**2014**

## DEDICATORIA

*A DIOS todopoderoso, que siempre está conmigo  
A mi madre y mi padre, quienes con su infinito amor siempre me han respaldado  
A mis hermanas, como fuente de orgullo  
A mi hermosa sobrina Sofía, a quien amo con todo mi corazón  
A Sylvaine Rueda mi amigo y compañía.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a la familia FCV por el apoyo recibido para el desarrollo de este trabajo, muy especialmente al Instituto del Corazón de Floridablanca y sus directivas por abrirme las puertas de la institución.

Agradezco a todo mi equipo de trabajo en el Instituto del Corazón de Floridablanca, quienes en el día a día siempre estuvieron dispuestos a brindarme su colaboración.

Le doy especialmente las gracias a mi directora de proyecto, Dra. Lupita Serrano, quien siempre estuvo ahí, dispuesta a brindarme consejos y orientación para hacer las cosas de la mejor manera posible, aportándome y apoyándome en todo momento.

A la Dra. Elsa Serpa, pionera de este proyecto, por darme la oportunidad de participar en esta Maestría, que me ha transformado el pensamiento y me ha abierto la mente a otros horizontes.

A mis calificadores, Dr. Guillermo Rincón Velandia y Dr. Iván Agudelo Saldarriaga, quienes me orientaron en el camino que debía llevar este proyecto.

A todos mis compañeros (en especial mi grupo de trabajo, Dr. Evaristo Vega, Dr. Antonio Figueredo e Ing. Jorge Angulo) y profesores de la Maestría de la Escuela de Posgrados de la Universidad Industrial de Santander, quienes siempre aportaron y orientaron a mi crecimiento profesional y personal.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	20
1. GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN	24
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
1.2 HIPOTESIS FUNDAMENTAL	28
1.3 OBJETIVOS	28
1.3.1 Objetivo General	28
1.3.2 Objetivos Específicos	28
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	29
1.5 RESULTADOS ESPERADOS	29
1.6 ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE APLICACIÓN	30
2. MARCO REFERENCIAL	32
2.1 ANTECEDENTES	32
2.2 MARCO TEÓRICO	34
2.3 MARCO LEGAL Y SITUACIÓN DEL SECTOR	39
3. METODOLOGÍA DE TRABAJO	42
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	42
4. CONTEXTO DEL OBJETO DE ESTUDIO	46
4.1 INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA – FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	46
4.2 ÁREA DE AUDITORIA DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA	51
5. DIAGNÓSTICO DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES EN EL ÁREA DE AUDITORÍA DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA Y SUS PRINCIPALES CAUSAS	54

5.1 ANÁLISIS DE LAS GLOSAS Y SUS PRINCIPALES CAUSALES POR PERIODO	54
5.1.1 Diagnóstico de Causales De Glosa Año 2011	57
5.1.2 Diagnóstico de Causales De Glosa Año 2012	67
5.2 DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE LAS GLOSAS POR LA VARIABLE CAUSALIDAD	74
5.2.1. Glosas Efectivas Por La Causal: Pertinencia	77
5.2.2 Glosas Efectivas Por La Causal: Facturación	80
5.2.3 Glosas Efectivas Por La Causal: Autorizaciones	90
5.2.4 Glosas Efectivas Por La Causal: Tarifas	93
5.2.5 Glosas Efectivas Por La Causal: Soportes	95
5.2.6 Glosas Efectivas Por La Causal: Cobertura	97
5.2.7 Glosas Efectivas Por La Causal: Devoluciones. Usuario o Servicio Corresponde a otro Plan o Responsable	97
6. PLANES DE MEJORA SOBRE LOS PROCESOS INSTAURADOS EN EL ÁREA DE AUDITORÍA DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA	99
6.1 PLAN DE MEJORA PARADISMINUCIÓN DE GLOSAS POR LA CAUSAL- PERTINENCIA	99
6.1.1 Sensibilización del Personal Médico en la Importancia de la Redacción de la Historia Clínica Electrónica	100
6.1.2 Disminución en Días de Estancia	102
6.2 PLAN DE MEJORA PARA LA DISMINUCIÓN DE GLOSAS EFECTIVAS POR LA CAUSAL -AUTORIZACIONES	105
6.2.1 Creación de un Equipo de Servicios No Pos	105
6.2.2 Fortalecimiento De Las Tics	107
6.3 PLAN DE MEJORA PARA LA DISMINUCIÓN DE GLOSAS EFECTIVAS POR LA CAUSAL -TARIFAS	108
6.3.1 Contrataciones Efectivas con las Entidades Responsables del Pago	108

6.4 PLAN DE MEJORA PARA LA DISMINUCIÓN DE GLOSAS POR SOPORTES	110
6.4.1 Generación de Facturas Limpias para Pago	110
7. CONCLUSIONES	112
8. RECOMENDACIONES	115
BIBLIOGRAFÍA	119
ANEXOS	123

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Metodología de la Investigación.	43
Figura 2. Aplicabilidad Principio de Pareto.	56
Figura 3. Proceso de diseño DesignThinking	100
Figura 4. Actividades para cumplimiento de la estrategia: Sensibilización del Personal Médico.	101
Figura 5. Actividades para la disminución de Glosas de estancia.	103
Figura 6. Estrategias para la disminución de Glosas efectivas por Autorizaciones.	105
Figura 7. Actividades para la disminución de Glosas efectivas por Tarifas.	109

## LISTA DE GRÁFICAS

	<b>Pág.</b>
Grafico 1. Pasos para la aplicación del Principio de Pareto.	57
Gráfica 2. Trazabilidad de la Glosas durante el año 2011 en el ICF.	58
Gráfico 3. Aceptaciones realizadas por Causal de glosa en el ICF año 2011.	59
Gráfico 4. Glosas efectivas por Centro de Costo en el ICF año 2011.	63
Gráfico 5. Pareto de las Glosas efectivas por ERP año 2011 ICF.	66
Grafico 6. Trazabilidad de la Glosas durante el año 2012 en el ICF.	68
Grafico 7. Aceptaciones realizadas por causal de Glosa en el ICF año 2012.	69
Gráfico 8. Glosas efectivas por Centro de Costos en el ICF año 2012.	72
Grafico 9. Glosas efectivas por ERP en el ICF año 2012.	73
Gráfica 10. Consolidado de Glosas aceptadas por Causal en el ICF años 2011-2012.	75
Grafico 11. Evolución Glosas por Pertinencia 2011 Vs 2012 en el ICF.	77
Gráfico 12. Glosas efectivas por estancia No Pertinente.	78
Grafico 13. Distribución causal de Glosa por Pertinencia de estancia.	80
Gráfico 14. Evolución Glosas por Facturación 2011 Vs 2012 en el ICF.	81
Grafico 15. Glosas efectivas por el Grupo Facturación.	81
Grafico 16. Aceptaciones realizadas por el Motivo: Usuario corresponde a otro plan responsable.	84
Gráfico 17. Glosas efectivas por el Motivo: Facturación de Materiales.	85
Gráfico 18. Glosas efectivas por el Motivo de Facturación de Medicamentos	87
Grafica 19. Porcentaje de Glosas efectivas por la Facturación de Procedimientos o actividad	88
Grafico 20. Porcentaje de Glosas efectivas por Facturación de estancia.	89
Gráfico 21. Porcentaje de Glosas efectivas por Facturación de Ayudas Diagnósticas.	90

Gráfico 22. Glosas aceptadas por Autorizaciones	91
Gráfico 23. Glosas efectivas por Autorización de servicios adicionales.	92
Gráfico 24. Glosas efectivas por el grupo de Tarifas.	94
Gráfico 25. Glosas efectivas por Soportes en el ICF año 2011 – 2012.	97

## LISTA DE CUADROS

	<b>Pág.</b>
Cuadro 1. Participación la principales causales de Glosa año 2011 ICF.	60
Cuadro 2. Centros Involucrados en la aceptación de la Glosa ICF año 2011	62
Cuadro 3. Principales Centros de Costos involucrados en la aceptación de glosa año 2011 ICF.	63
Cuadro 4. ERP generadoras de Glosas efectivas en el ICF año 2011.	65
Cuadro 5. Principales ERP con glosas aceptadas por el ICF año 2011 ICF.	67
Cuadro 6. Centros Involucrados en la aceptación de la Glosa ICF año 2012.	69
Cuadro 7. Centros de Costos involucrados en la aceptación de la aceptación de Glosas en el ICF año 2012.	71
Cuadro 8. Principales Centros de Costos involucrados en la aceptación de glosa año 2012 ICF.	72
Cuadro 9. Principales ERP con glosas aceptadas por el ICF año 2011 ICF.	74
Cuadro 10. Consolidado de Aceptación por Motivo años 2011 – 2012 ICF.	76
Cuadro 11. Clasificación de la Glosa efectiva por Grupo año 2011-2012 ICF.	76

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
ANEXO A. Resolución 3047 del 2008 y 416-09	123
ANEXO B. Codificación glosas instituto del corazón de Floridablanca año 2011	138
ANEXO C. Centros de costos instituto del corazón de Floridablanca	140
ANEXO D. Codificación glosas instituto del corazón de Floridablanca año 2012	147
ANEXO E. Entidades responsables del pago con glosas efectivas en el año 2012	149
ANEXO F. Plan de acción	151
ANEXO G. Aceptación trabajo de aplicación por parte de la Fundación Cardiovascular de Colombia	161
ANEXO H. Aprobación trabajo de aplicación por parte del director	162

## RESUMEN

**TÍTULO:** DIAGNÓSTICO Y ESTRATEGIAS DE MEJORA PARA EL PROCESO DE AUDITORIA CONCURRENTES Y DE CUENTAS MÉDICAS DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA – FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

**AUTOR:** LUZ DARIS NAVARRO DE LA HOZ\*\*

**PALABRAS CLAVE:** PROCESOS, AUDITORIA, MEJORAMIENTO CONTINUO, CALIDAD, SERVICIOS, IPS.

### DESCRIPCIÓN

Los procesos de auditoría son pieza fundamental dentro de la actividad y el funcionamiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), sirviendo como soporte para el mejoramiento de procesos dentro de la organización y aportando como resultado estrategias de mejora que les permitan lograr los niveles de competitividad requeridos en el sector. El presente trabajo de aplicación realizado en el Instituto del Corazón de Floridablanca – Fundación Cardiovascular de Colombia, busca mediante la revisión de las Notas Crédito, resultado de las aceptaciones realizadas durante los procesos de conciliación y respuesta a glosa, generar planes y estrategias de mejora que permitan la optimización de recursos, de tal manera que se logre un rendimiento superior en términos de eficiencia de procesos y rentabilidad, buscando generar un mayor valor agregado para la institución. Para llevar a cabo el trabajo, se realizó una revisión teórica de los procesos de auditoría y normativa con respecto al sector salud en Colombia, luego, se realizó una revisión exhaustiva de todas las Notas Crédito realizadas desde el año enero del año 2010 a diciembre del año 2013 en el Instituto del Corazón de Floridablanca (ICF) – Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV), posterior a lo cual, se aplicaron herramientas estadísticas para identificar las principales causales de glosa efectiva, los servicios involucrados en la aceptación de la misma y la identificación de las entidades responsables del pago involucradas en su realización; lo cual permitió realizar un Diagnóstico del actual proceso de auditoría del ICF. Seguidamente se realizó un análisis de la causa raíz de las aceptaciones, lo que facilitó la generación de propuestas de estrategias y planes de mejora, con los cuales realizaron aportes significativos a los procesos del ICF, que permiten la eliminación de reprocesos, estandarización de los mismos y generación de facturas limpias para pago.

---

\* Trabajo de grado

\*\* Facultad de Ingenierías Físicomecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales.  
Director: MSc. Lupita Serrano Gómez.

## SUMMARY

**TITLE:** IMPROVING DIAGNOSIS AND STRATEGIES FOR CONCURRENT AUDIT PROCESS MEDICAL BILLS AND HEART INSTITUTE FLORIDABLANCA - CARDIOVASCULAR FOUNDATION OF COLOMBIA

**AUTHOR:** LUZ DARIS NAVARRO DE LA HOZ\*\*

**KEYWORDS:** PROCESSES, AUDIT, CONTINUOUS IMPROVEMENT, QUALITY, SERVICES, IPS.

### DESCRIPTION

Audit processes are fundamental in the activity and functioning of the institutions providing health services (IPS), serving as a support for process improvement within the organization and as a result providing improvement strategies that will achieve the competitiveness levels required in the sector. This application work done in the Institute del Corazón de Floridablanca – Fundación Cardiovascular de Colombia, search by reviewing Credit Notes, result of acceptances made during conciliation processes and response to gloss, generate better plans and strategies that enable the optimization of resources, so as to achieve superior performance in terms of efficiency processes and profitability, seeking to generate greater added value for the institution. To carry out the work, we performed a theoretical review of the audit processes and regulations with respect to the health sector in Colombia, then, we conducted a thorough review of all the Loan Notes held since January 2010 to December year 2013 in the Institute del Corazón de Floridablanca (ICF) – Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV), After which, statistical tools were applied to identify the main causes of gloss effective, the services involved in the acceptance of it and the identification of the paying parties involved in its realization; which allowed a diagnosis of the current audit process ICF. Then we performed a root cause analysis of acceptances, which facilitated the generation of proposed strategies and plans for improvement, which made significant contributions to ICF processes that allow the elimination of rework, standardization of these and generation of clean bills for payment.

---

\* Degree work

\*\* Faculty of Engineering Physicomechanical. School of Industrial and Business Studies. Directed MSc. Lupita Gomez Serrano.

## **GLOSARIO DE SIGLAS**

**IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

**ICF:** Instituto del Corazón de Floridablanca

**FCV:** Fundación Cardiovascular de Colombia

**EPS:** Entidad Prestadora de Servicios de Salud

**ERP:** Entidad responsable del pago.

**UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos

**SOGCS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud

**PAMEC:** Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud

**CRES:** Comisión de Regulación en Salud

**CNSSS:** Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

**POS:** Plan obligatorio de salud

**ARS:** Administradoras del riesgo de salud

**ISO:** Organización Internacional para la estandarización

**PHVA:** planificar, hacer, verificar actuar

**PIB:** Producto interno bruto

**UNCTAD:** Naciones Unidas Conferencia sobre Comercio y Desarrollo

**ICIB:** Corporación Instituto Colombiano de investigaciones Biomédicas

**UEN:** Unidad estratégica de negocios

**TICS:** Tecnologías de información y comunicación

**CTE:** Centro Tecnológico Empresarial

**ICONTEC:** Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación

**SAHI:** Sistema de Administración Hospitalaria Integrado

**FOSCAL:** Fundación Oftalmológica Carlos Ardila Lule

**HCE:** Historia Clínica Electrónica

**FOSYGA:** Fondo de Solidaridad y Garantía

**EPSS:** Entidad Prestadora de Servicios de Salud Subsidiada

**MP:** Medicina Prepagada

**CTC:** Comité Técnico Científico

**CUPS:** Clasificación única de Procedimientos en salud

**Dx:** Diagnóstico

**MUT:** Manual Único de Tarifas

**INVIMA:** Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

**SOAT:** Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

## INTRODUCCIÓN

El Sistema de Salud en Colombia, hace parte del Sistema de Seguridad Social de Colombia, el cual se encuentra regulado por el gobierno nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado.<sup>1</sup>

El Sistema de Salud de Colombia está compuesto por tres (3) entes: el Estado, que actúa como ente de coordinación, dirección y control; los Aseguradores, que son entidades privadas y públicas que aseguran a la población y actúan como intermediarias y administradoras de los recursos; y los Prestadores, que son las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Hospitales, Laboratorios, etc.

El Sistema General de Seguridad Social de Colombia está reglamentado fundamentalmente por la Ley 100 de 1993, expedida en el Congreso de Colombia, la cual estableció el Sistema de Seguridad Social Integral en el país, disponiendo de aspectos que se deben prestar con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.<sup>2</sup>

La reforma al sistema de salud tuvo como fin evitar el monopolio del estado sobre la salud y permitir el derecho de competencia con la incorporación de empresas prestadoras de salud; también la creación de subsidios al sector salud para cubrir a la población con menos ingresos. Además de los principios generales, la ley estableció reglas fundamentales para regir el servicio público de salud como son la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía

---

<sup>1</sup>Ministerio de la Protección Social

<sup>2</sup> Informe del Gobierno Nacional a la Corte Constitucional sobre la superación del estado de cosas inconstitucional del declarado mediante la Sentencia T-025 del 2004.

de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad.

El gobierno colombiano, posterior a la Ley 100 de 1993, ha expedido nuevas normas que han modificado y actualizado la normatividad en salud, (Ley 1122 del 2011, Decreto 4747 del 2007, Resolución 3047 del 2008, Ley 3048 del 2011, entre otras, Resolución 4341 del 2012), las cuales se explicarán brevemente más adelante, pero cuya finalidad es garantizar el acceso de todos los colombianos a los servicios de salud, los cuales deben ser brindados bajo los mejores estándares de calidad.

La auditoría médica, por su parte, consiste en la evaluación sistemática de la calidad, de la racionalidad técnico – científica y de la racionalización de los recursos de la atención en salud, enfocada principalmente en su proceso y resultado, con el objetivo fundamental de evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante el análisis de la aplicación del conocimiento profesional en la prestación de los servicios de salud. Significa, la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnicas – científicas y administrativas estipuladas para la atención en salud.

El Instituto del Corazón de Floridablanca (ICF), no ha sido ajeno a estas exigencias, ya que como unidad estratégica de negocios de la Fundación Cardiovascular de Colombia y como institución del sector salud, propende por el ofrecimiento de servicios de salud de alta complejidad sobre los parámetros de más alta calidad, con un equipo humano altamente calificado y comprometido, que trabaja con criterios médicos, éticos, científicos, y tecnológicos de excelente calidad en permanente mejoramiento, catalogado como uno de los cinco mejores

hospitales del país y el 8vo en Latinoamericano teniendo en cuenta lo establecido en el Ranking Latinoamericano de Clínicas y Hospitales.<sup>3</sup>

Por lo anteriormente expuesto, y teniendo como base siempre la búsqueda de la mejor calidad, el proceso de Auditoría, se constituye en un elemento fundamental para el desarrollo de las empresas del sector salud, por cuanto contribuye con la calidad de los servicios prestados y se convierte además en una herramienta de control del gasto tanto para las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) como Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS).

En el Instituto del Corazón de Floridablanca, actualmente existe un modelo de auditoría, creado en el año 2009, el cual, se encuentra estructurado básicamente así: Para la Auditoria Concurrente cuenta con tres Subgerentes Clínicos, cada uno encargado de un área determinada de la clínica (Subgerencia Clínica de Pediatría, Subgerencia Clínica de Adultos y Subgerencias Clínica de Urgencias y de Servicios Ambulatorios) y de la Auditoria retrospectiva se encarga el área de Cuentas Medicas, cuyas funciones principales son la respuesta a glosa y conciliación de la misma con la Entidades Responsables del Pago (ERP).

Durante los últimos años, se ha evidenciado un aumento en el número de glosas y devoluciones por los servicios facturados en el ICF, generando esto, aumento de la cartera por demora en el pago y perdidas de dinero por los servicios efectivamente prestados en el ICF.

En este trabajo de aplicación se llevóacabo una revisión literaria y contextual del tema, teniendo como base los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social (normatividad legal vigente en salud en Colombia) y se realizó una revisión estadística de las principales causales de glosa durante el periodo

---

<sup>3</sup> Publicado en América economía Especial Hospitales &Clínicas Pág. 36. Septiembre del 2013.

comprendido entre Enero del 2011 a Diciembre del 2012, entre las que se detectaron las Glosas por Pertinencia de estancia, Facturación de estancia, insumos, medicamentos y procedimientos, Autorización de servicios adicionales y procedimientos NO POS, mayor valor cobrado en procedimientos, insumos, medicamentos y estancia y Soportes de ayudas diagnósticas, medicamentos, insumos y procedimientos. En lo referente a los se identificó el área de Facturación, Autorizaciones, Uci Adultos, Uci Pediátrica, Uci Trasplantes, y Piso 10, como los principales centros de costos generadores de glosa efectiva en el Instituto del Corazón de Floridablanca.

Teniendo en cuenta los hallazgos evidenciados, se realizaron propuestas de mejora puntuales para el área asistencial y administrativa que inciden en el correcto funcionamiento de los procesos del área de auditoría del instituto, esperando como resultado facturas “limpias” para pago, evitando reprocesos y demora en la cancelación de servicios prestados, al evitar las glosas efectivas y mejorando el flujo de caja.

## **1. GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN**

En este capítulo se presentan los aspectos preliminares de la investigación. En primer lugar se describe el problema de investigación en que se enmarca el trabajo de aplicación, los objetivos trazados, la hipótesis fundamental y la relevancia y contribución de esta investigación. Finalmente, se encuentra la explicación de la estructura del trabajo con una breve descripción de lo relacionado en cada capítulo del presente documento.

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La auditoría de servicios de salud se ha constituido en un aspecto clave de control para las instituciones de salud, ya que le permite a estas no sólo una organización administrativa, sino que también les ayuda a ofrecer un servicio eficiente a los usuarios.<sup>4</sup>El tema es de gran importancia teniendo en cuenta los aspectos legales que enmarcan el Sistema de Salud en Colombia y la exigencia en la prestación de servicios de calidad, a través de un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento, constituyéndose entonces, en el instrumento que permite evaluar los diversos factores de los procesos asistenciales y administrativos, controlando el cumplimiento de sus objetivos, normas y procedimientos establecidos, lo que conduce al mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

Entre las normas que se pueden destacar, posteriores a la emisión de la Ley 100, y sobre las cuales se basa el sistema de salud de Colombia, se pueden mencionar:

---

<sup>4</sup> Guía de Diseño y mejora continua de procesos asistenciales, elaborado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2001

Decreto 1011 del 2006<sup>5</sup>, mediante el cual se creó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), cuya principal función es mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, a través de sus 4 componentes a saber: El Sistema Único de Habilitación, regulado por la Resolución 1043 del 2006, Resolución 2680 del 2007 y Resolución 3763 del 2007, cuya principal función es establecer 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. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, definida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC – el cual es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

El Sistema Único de Acreditación, como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. Y el Sistema de Información para la Calidad, el cual exige que las IPS y las Entidades de Transporte Especial de Pacientes están obligados a cumplir con la implementación del Sistema Información para la calidad establecido por la Resolución 1446 de 2006 con su anexo técnico.

Ley 1122 del 2007<sup>6</sup>, por medio de la cual se realizaron ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se realizaron reformas en

---

<sup>5</sup> Diario Oficial del MPS 46230. Abril 03 de 2006.

<sup>6</sup> Ediciones Jurídicas, enero del 2009

los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud. Fue en la Ley 1122, cuando se empezó a hablar de la Evaluación por resultados, mecanismo adoptado por el ministerio para la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Con la Ley 1122 también se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), reemplazando al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) cuya principal función es la definición y modificación de los Planes Obligatorios de Salud POS, que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben garantizar a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Finalmente con la Ley 1438 de 2011<sup>7</sup> se fijó como objetivo el fortalecimiento del SGSSS, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, buscando la prestación de servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos. En esta norma se reforzó el tema de calidad y se establecieron nuevos tiempos de auditoría (para la realización y respuesta a glosa) entre IPS y ERP.

Resolución 4331 del 2012<sup>8</sup>, por medio de la cual se modifican algunos artículos y Parágrafos de la Resolución 3047 del 2008, con la finalidad de esclarecer el tema de glosas y reporte de Devoluciones, añadiéndose codificaciones adicionales a las ya establecidas en el Anexo Técnico No. 6 de la norma en mención.

---

<sup>7</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011. Bogotá, D.C.

<sup>8</sup>Diario Oficial No. 48.651. 21 de diciembre de 2012

Para el Instituto del Corazón de Floridablanca – ICF-, la Auditoría de Servicios de Salud cumple una función específica, como parte importante en el proceso de atención del paciente, pretendiendo con la misma implementar la realización de procedimientos técnicos, evaluativos y preventivos, basando sus actividades en los componentes de Estructura, Proceso y Resultado, constituyendo dentro el proceso, el expediente clínico o historia clínica la pieza fundamental.

En el año 2011 el ICF, presentó pérdidas anuales de más\$1.551.660.013, como consecuencia de la aceptación de glosas efectivas por servicios mal facturados, no autorizados o no pertinentes, entre otras causales, con corte a julio diciembre del 2012, las pérdidas por esta causal sumaron\$1.544.406.981, generando esto, una disminución en el flujo de caja, reprocesos (revisión de facturas, nueva búsqueda de soportes, autorizaciones, respuesta a glosas, solicitudes de conceptos adicionales, entre otros) y pérdidas de dinero por cuanto se trata de servicios efectivamente prestados, los cuales generaron costos y gastos operacionales al instituto.

En la actualidad la auditoría de servicios de salud, es una de las herramientas más útiles para controlar la eficiencia de los servicios, la cual debe enfocarse en la prevención de la glosa y no en solución de la misma, concientizando al personal involucrado de la importancia de su labor y las consecuencias que se derivan de la omisión, olvido y desconocimiento, entre otras causales, de sus actividades diarias.

Un adecuado control de los servicios prestados y facturados, genera para la entidad, una disminución de los costos administrativos y financieros, contribuyendo de esta manera a un recaudo efectivo de cartera, lo que genera un mayor flujo de caja, mayores ingresos y aporte a la prestación de servicios con altos estándares de calidad.

Con este trabajo, se busca realizar a través del análisis de la causa raíz de la glosas generar un diagnóstico de las causales de glosa y devoluciones en el Instituto del Corazón de Floridablanca, con el fin de generar estrategias de mejora efectivas para su prevención y presentación, y por ende evitar que los recursos y utilidad del instituto se desvíen por estos conceptos.

## **1.2 HIPOTESIS FUNDAMENTAL**

Identificar las principales causales de glosa en el Instituto del Corazón de Floridablanca, con la finalidad de generar propuestas de mejora en los procesos y servicios involucrados en la aceptación de las objeciones realizadas por las diferentes ERP al ICF, buscando elevar el rendimiento en términos de eficiencia y respondiendo a las exigencias del mercado actual.

## **1.3 OBJETIVOS**

**1.3.1 Objetivo General.** Realizar un diagnóstico sobre las principales causales de glosa efectiva en el Instituto del Corazón de Floridablanca, con el propósito de realizar planes de mejora que incidan sobre el correcto funcionamiento de los servicios involucrados en la aceptación de la misma.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Elaborar un diagnóstico de la situación actual en el área de auditoría, con respecto al tema de glosas y devoluciones teniendo en cuenta la normatividad legal vigente sobre el tema de auditoría, aplicado al Instituto del Corazón de Floridablanca.
- Identificar las principales causales de glosa efectiva en el Instituto del Corazón de Floridablanca, aplicando metodologías comprobadas.

- Proponer Planes de Mejora sobre los procesos insaturados en el área de auditoría, con base en lo establecido en la normatividad legal vigente en salud.

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

La identificación de las principales causales de glosa efectiva, es un paso fundamental para poder tomar acciones correctivas en los servicios y procesos involucrados en su aceptación. Su importancia radica en la optimización de recursos que esto genera a la institución al eliminar desperdicios en los procesos, disminuyendo los días cartera al generar facturas limpias para pago y aumentar la rentabilidad de la institución al disminuir las pérdidas por servicios efectivamente prestados. Igualmente al mejorar los estándares de atención, se mejora la Calidad del servicio prestado, apuntándole directamente a uno de los pilares de atención del ICF-FCV.

#### **1.5 RESULTADOS ESPERADOS**

Se espera obtener un panorama real, técnico, financiero y estratégico de las glosas y devoluciones realizadas a las facturas generadas en el Instituto del Corazón de Floridablanca, resultado de los diferentes servicios prestados a los pacientes afiliados a las aseguradoras adscritas a la Fundación Cardiovascular; lo anterior, con el fin de generar planes de mejora que incidan en el correcto funcionamiento del área, minimizando los riesgos económicos y la pérdida de valor de la IPS.

Se presentan a continuación los entregables del trabajo de aplicación:

- Estudio de las causales de glosa en el Instituto del Corazón de Floridablanca durante el periodo comprendido de Enero del 2011 a Diciembre del 2012.

- Definición de Planes de mejora, como resultado de los hallazgos evidenciados en el estudio de causales de glosa en el ICF.
- Elaboración de un Plan de Acción para implementar cambios en los procesos, si es necesario, del área de auditoría del ICF.
- Definición de procesos de trazabilidad y retroalimentación hacia el personal asistencial, médico y administrativo del ICF involucrado en la aceptación, con el propósito de lograr una cultura de concientización y cero errores.

## **1.6 ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE APLICACIÓN**

Teniendo como guía la hipótesis fundamental planteada para el desarrollo de la investigación y buscando dar cumplimiento a los objetivos trazados, se ha dividido este documento en 8 capítulos.

Este primer capítulo, denominado Generalidades de la Investigación, en el cual se registran los antecedentes que enmarcan el problema, visualizándose en el mismo el enfoque del trabajo por medio de la justificación del problema y los objetivos, finalizando con la relevancia y contribución.

En el segundo capítulo, se documenta el Marco Conceptual y Teórico, relacionado con el proceso de auditoría y la normatividad legal en salud colombiana.

En el tercer capítulo se explica de manera breve el diseño metodológico utilizado para la realización del trabajo de investigación.

En el cuarto capítulo, se realiza una breve reseña de la historia del Instituto del Corazón de Floridablanca y del área de auditoría institucional.

En el quinto capítulo se realiza un Diagnóstico de la situación actual del área de auditoría del ICF, Glosas y Devoluciones, y se analizan las principales causales de glosa efectiva en el ICF.

En el sexto capítulo con base en el análisis realizado, se presentan las propuestas de mejora para el área de auditoría y los planes de acción a ejecutar para su aplicación.

En el séptimo capítulo se detallan las conclusiones y recomendaciones finales del trabajo de aplicación.

## **2. MARCO REFERENCIAL**

### **2.1 ANTECEDENTES**

En Colombia se empezó a hablar de auditoría en salud posterior a la creación de la Ley 100 de 1993, más exactamente en el Decreto 1011 del 2006, por medio del cual se creó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud, con el fin de mantener y fortalecer la calidad de los servicios de salud ofrecidos a los colombianos.

Posterior a esta norma, el Ministerio de la Protección Social, ha continuado regulando la calidad de los servicios de salud brindados a los colombianos, entre las que se destacan primordialmente: Ley 1122 del 2007, Decreto 4747 del 2008, Resolución 3047 del 2008, Ley 1438 del 2011 y Acuerdo 029 del 2011, las cuales de forma conjunta, establecen los lineamientos básicos sobre los cuales se prestan los servicios de salud de los en Colombia, siempre destacando los controles a nivel de auditoría que están obligados a realizar las aseguradoras e IPS con el fin de prestar un servicio costo-eficiente bajo los estándares más altos de calidad.

Actualmente en Colombia existen distintos modelos de Auditoría en Salud, los cuales, independientemente de la entidad de salud, que los implemente, tienen como finalidad el correcto funcionamiento de los procesos en las instituciones, garantizando la prestación de servicios con calidad, costo – efectivos y racionales.

El Instituto del Corazón de Floridablanca, se ha caracterizado por ser una institución actualizada, pionera en la implementación de procesos administrativos y operacionales; resultado de esto es el actual modelo de auditoría institucional, el cual a diferencia de las demás IPS del sector, divide al instituto, en 3 grandes

servicios: Adultos, Pediatría y Cirugía y Ambulatorios, los cuales, cuentan a su vez, cada uno, con un Subgerente clínico, encargado de coordinar el servicio asignado, buscando una gestión eficiente, que va desde el ingreso del paciente a la institución, hasta la generación de la factura con los criterios necesarios para una adecuada venta de los servicios.

Con el pasar del tiempo, los servicios de salud han evolucionado, convirtiéndose en un sector cada vez más competitivo a nivel nacional e internacional; aunando a esto, las exigencias cada vez mayores del Gobierno Nacional, en cuanto a la regulación en la prestación de servicios a través de las diferentes leyes, decretos resoluciones y acuerdos (ya mencionados) expedidos por el Ministerio de la Protección Social, demandando a las Instituciones Prestadoras su actualización en conocimientos administrativos y científicos que velen por su óptimo funcionamiento, propendiendo siempre, por mejorar y prestar servicios de salud bajo los estándares más altos de calidad.

Durante el último año, se ha evidenciado un aumento en el número de objeciones realizadas por las diferentes Entidades Responsables del Pago (ERP), a las cuales se les prestan servicios de salud en el ICF, las cuales, son realizadas tanto de forma justificada como injustificada por las aseguradoras. Esto, aunado a las múltiples funciones de tipo administrativo que cumplen los subgerentes clínicos (revisión de NO POS, solicitud de remisiones, asistencia a reuniones de diferentes tipos, atención al usuario, entre otras), ha conllevado a que en ocasiones sea insuficiente la labor realizada por los mismos y por ende a la necesidad de replantear el modelo actual de auditoría de la institución.

## 2.2 MARCO TEÓRICO

La palabra auditoría procede del inglés *audit*, que significa verificar, inspeccionar. La auditoría en salud es concomitante con el control que pretende un mejoramiento continuo en las instituciones de salud.

La auditoría es un proceso sistemático, por medio del cual se lleva a cabo la verificación de actividades previamente definidas y estandarizadas mediante la utilización de técnicas especializadas ajustadas a normas generalmente aceptadas. El auditor es un asesor directo en la toma de decisiones que hace parte de la línea de *staff* de la institución (auditoría interna), por cuanto, está encargado de ejercer control en términos de: Instruir, Asesorar, Prevenir, corregir y sugerir correctivos.

La Auditoría en Salud, nació en los hospitales de Estados Unidos de América, en el año 1918, iniciándose como un Sistema de Acreditación de Hospitales por el Colegio de Cirujanos, colocando especial énfasis, en el perfeccionamiento de las Historias Clínicas.

La Auditoría en Salud, se basa en la valoración crítica y periódica (constante) de la calidad de los servicios de salud prestados a los pacientes, realizando, mediante evaluaciones la revisión y estudio de todos los componentes involucrados en la prestación de servicios médicos y asistenciales. El propósito principal de la auditoría, es que el paciente reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar la calidad de los servicios prestados.

La auditoría de la atención en salud, además de evaluar la calidad de los registros efectuados, valora también, la calidad de la atención misma, demostrando que existe una relación directa entre la calidad de los registros y la calidad de la atención brindada.

Existen varios Tipos de Auditoría, entre los que se destacan<sup>9</sup>:

- **Auditoría Médica:** Es un proceso para el análisis crítico de la práctica médica, cuyo propósito es mejorar la calidad de la atención médica de rutina que se ofrece a los pacientes. Está directamente relacionada con la evaluación y cambios de la práctica médica de rutina para mejorar los estándares.
  
- **Auditoría Clínica:** Es un proceso de evaluación retrospectivo que cubre la totalidad de la prestación de un servicio de salud en sus tres componentes: estructura, proceso y resultado.
  
- **Auditoría Administrativa:** Esta auditoría puede pertenecer al nivel estratégico o de generación de políticas, del nivel táctico o de definición de los métodos, o a nivel operacional o de aplicación de recursos.
  
- **Auditoría Operativa:** Determina la eficiencia de controles de operación, emite informes diagnósticos, presenta recomendaciones a la administración, preferiblemente conformada por un equipo multidisciplinario, presenta informes con hallazgos, problemas y recomendaciones. Puede ser interna o externa.
  
- **Auditoría Financiera:** Es el examen objetivo sistemático de los estados financieros básicos tales como: 1. Balance general. 2. Estado de resultados 3. Estado de utilidades 4. Estado por flujo efectivo.
  
- **Auditoría Interna:** Es aquella realizada por el personal que tiene dependencia laboral con la institución o empresa (hospital, EPS, ARS, Municipios).

---

<sup>9</sup> Auditoría en Salud, Diagnósticos médicos, publicado en enero 2012 Auditorías Médicas.

- **Auditoría Externa:** Es la efectuada por profesionales independientes de la empresa o entidad.

Así mismo, la Auditoría, puede dividirse también en:

- **Auditoría Prospectiva:** Es la auditoría a futuro. Consiste en proyectar los gastos en tiempo oportuno, generando la necesidad de contar con procesos que garanticen el control del mismo momento en que se va a originar el evento.
- **Auditoría Concurrente:** Consiste en realizar acompañamiento oportuno, en tiempo real y durante la permanencia del paciente en la institución prestadora de servicios de salud, garantizando el adecuado desarrollo de la siniestralidad, permitiendo una retroalimentación de las coberturas y de los gastos originados a todos los actores que intervienen en la prestación del servicio de un asegurado involucrando a este último en el adecuado manejo y utilización de su plan de salud.
- **Auditoría Prospectiva:** Es un Modelo Modelo norteamericano de auditoría elaborada por la *Joint Commission the Accreditation of Hospitals* que determina, la realización de la auditoría en varias fases, las cuales un procedimiento para evaluar la eficacia de la asistencia prestada en una institución determinada y para corregir cualquier deficiencia detectada en la revisión de las historias de los pacientes. Esta se hace posterior al egreso del paciente de la institución prestadora de servicios de salud.

Actualmente en el ICF se está realizando un enfoque de tipo Prospectivo y concurrente, teniendo como base la auditoría retrospectiva realizada. Esta necesidad nace del contexto de mayor exigencia y competitividad del sector salud, y que se expresa en un entorno macroeconómico más fluido e interconectado, en instituciones que están velando continuamente por las mejores prácticas de salud,

en claros compromisos formales de cumplir metas y procedimientos; situación que ha llevado a que las IPS se vean obligadas a evaluar sus prácticas sea para elevar el nivel de competencia, sea para establecer una calidad mínima o para asegurarla, en cualquiera de los casos se trata de evaluarla, y específicamente medirla en un sentido claro de productividad que es el mecanismo de la competitividad, pues no se puede ser competitivo si es que no se es productivo y esto pasa por ser más eficientes en la relación de metas alcanzadas y las que se han programado.

En esencia, es como se potencializan las buenas prácticas ante los problemas de cambios epidemiológicos, actividades preventivas, incremento de costos, problemas de desarrollo y déficit de acceso a la salud y se canalizan los recursos, encaminando los mismos, al correcto funcionamiento del sistema. Esta demanda de la sociedad llevó a la necesidad de plantear procesos de gestión moderna en la práctica de la salud que contribuyan y aporte a elevar la productividad como profesionales y que por consiguiente dote de mecanismos de competitividad a la institución donde se labora.

Todo concepto de control como un macro concepto lleva a la supervisión, vigilancia y verificación de estas tres, la verificación es un elemento necesario en la auditoría. Al respecto un concepto bastante general de auditoría reza así: Es el examen objetivo, sistemático profesional, independiente y selectivo de evidencias de operaciones con posterioridad, evaluando el grado de cumplimiento de objetivos y metas, analizando y verificando. Como se puede observar, esto forma parte del control de los servicios de salud y su particularidad es la auditoría. Del concepto esbozado resulta importante destacar el papel de la evidencia, pues sin ella no es posible ningún procedimiento auditor, sin evidencia lo dice David Marcum,<sup>10</sup> en el libro de Prácticas de Auditoría del año 2009: "no hay razón y esto a su vez es el

---

<sup>10</sup> MARCUM, David. Prácticas de Auditoría. 2009.

primer paso en una auditoría, no plantear una evidencia, sino encontrarla para que permita identificar los puntos críticos” sin embargo como toda evidencia, esta tiene niveles por lo mismo de profundizarla. Toda evidencia encontrada a “primera vista” es una evidencia circunstancial que suele ser en muchos casos anecdótica, muchas veces subjetivo pero que en la práctica auditora tiene que ser aquella que se constituya en una evidencia sólida es decir datos validados, objetivos cuantificados, de eso se trata entonces de evaluar esas evidencias contrastando con cumplimiento de objetivos y metas.

Pero, ¿Cuál es lo significativo en la auditoría?, lo significativo es que se mediante estas prácticas se establece y mejores políticas, objetivos, estándares y otros requerimientos que en una primera fase debe orientar al desarrollo, de lo que se ha llamado auditoría interna, que es la auditoría desarrollada por los propios integrantes y/o especialistas de la institución. Esta práctica institucional cimienta el concepto de auditoría como aquella que revisa, establece conformidades y no conformidades en los distintos ámbitos. Esta situación de homogenizar conlleva a pensar en criterios de auditoría basado en normas de calidad por ejemplo los ISO y específicamente los ISO 9000 y que tiene que ver con los estándares de calidad de gestión, que entre otras dimensiones, busca cumplir objetivos de satisfacer al cliente y por otro lado aumentar la satisfacción al cliente bajo un proceso de mejora continua (planificar, hacer, verificar actuar –PHVA) en una cadena de suministro de proveedor cliente, esto como se puede observar, es un tipo de auditoría pero por el objeto de estudio de la profesión puede haber otras en nuestro caso relacionado con el cuidado del paciente y los procedimientos establecidos a nivel nacional e internacional, dependiendo de su grado de avance en los procesos de calidad.

## 2.3 MARCO LEGAL Y SITUACIÓN DEL SECTOR

Como se mencionó previamente el sector salud en Colombia está compuesto por tres (3) entes. El Estado, quien por medio del ministerio de la protección social y la superintendencia de salud, se encargan de supervisar, coordinar y controlar todo lo concerniente al sector. Los aseguradores, son las entidades encargadas de asegurar a la población al igual que administrar los prestadores de servicios y los recursos proporcionados por el estado sean destinados para esta función. Los prestadores, quienes son las entidades encargadas de la prestación de servicios de salud a la población como tal<sup>11</sup>.

Durante la década de los 90's, tres procesos en particular modificaron sustancialmente en Colombia la estructura de sus Sistema Nacional de Salud (la Ley 10 de 1990 introdujo un nuevo arreglo de competencias y responsabilidades entre el nivel nacional y los entes territoriales); luego, fortalecida por la nueva Constitución Política Nacional de 1991, llega la descentralización fiscal (Ley 60 de 1993), la cual obliga a importantes transferencias de recursos de los ingresos corrientes de la nación hacia departamentos y municipios; y finalmente, la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, iniciada en diciembre de 1993 con la aprobación de la Ley 100 que junto con sus normas reglamentarias (Toro, 2003) y que a lo largo de estos años este marco legal ha tenido ciertas modificaciones como la de Julio de 2008, donde la corte constitucional produjo la sentencia T-760, en la cual, el alto tribunal declaro explícitamente la salud como un derecho humano fundamental, para llenar el vacío dejado en la constitución política que lo estableció como simplemente un servicio público, pero que en su esencia constituye el actual sistema de salud colombiano.

---

<sup>11</sup> Súper salud, 2007.

La salud pública en Colombia se financia con recursos del presupuesto general de la nación, con recursos del sistema general de participaciones y con recursos propios de las entidades territoriales. Dentro de los indicadores para el año 2006, se tiene que el gasto público per-cápita en salud es de \$116, que el gasto nacional en salud por año en proporción al PIB fue del 7,8% y la cobertura en salud por año en proporción al PIB fue del 7,8% y la cobertura en salud dada por el sistema nacional de seguridad social es del 88,4% perteneciente al régimen Subsidiado y al Contributivo (Min. Protección, 2008). Ahora bien, en cuanto a la clasificación de la UNCTAD (2002) para los servicios de salud, se encuentra como servicios sociales y de salud y como servicios profesionales. Los primeros abarcan los servicios de salud de hospital, los prestados bajo la dirección de los médicos, principalmente a pacientes internados con la finalidad de curar, reanimar y mantener la salud; servicios de ambulancia, de instituciones residenciales de salud; y servicios sociales con o sin alojamiento. Por su parte, los segundos incluyen los servicios médicos y dentales y los servicios proporcionados por algunos profesionales de manera particular. De todos los servicios prestados directamente al cliente final, los de salud son los de mayor esencialidad y, por ese mismo motivo, tienen en el acceso en condiciones de igualdad a los mismos, la calidad del servicio y el uso eficaz y eficiente de los recursos, son temas claves para un correcto funcionamiento y prestación de los mismos.

Por su parte, el sector salud tiene particularidades que lo diferencian de otros sectores dentro de los cuales cabe mencionar (Hernández, 2007): el cliente es el paciente; el cliente no decide que va a comprar, no paga el producto o servicio que recibe, pero sí evalúa la calidad percibida; el cliente percibe mayor calidad del servicio cuanto más tiempo invierte en su atención; el producto no siempre sigue igual en secuencia de proceso; el médico y no el paciente es el que decide la demanda de servicios, tratamientos y atenciones; existe gran variabilidad en la

atención sanitaria y la práctica clínica; la existencia de indicadores propios del sector para medir su eficacia, eficiencia y calidad en el servicio<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Tomado de Modelo para el mejoramiento de los Procesos de prestación de servicio: Caso Clínicas y Hospitales, Tesis de Grado Maestría en Ingeniería Industrial, MSc. Lupita Serrano Gómez año 2011.

### **3. METODOLOGÍA DE TRABAJO**

Una vez definido el marco conceptual para la investigación y revisados los antecedentes del tema objeto de estudio, es el momento de definir la estrategia para llevar a cabo la investigación, por tanto, se contempla en este capítulo la metodología de investigación estableciendo el tipo, las actividades y las técnicas a utilizar para lograr alcanzar cada uno de los objetivos establecidos.

#### **3.1 DISEÑO METODOLÓGICO**

En relación con el diseño metodológico, se siguió la metodología de un estudio de tipo exploratorio descriptivo, cumpliendo con una revisión minuciosa de la normatividad legal vigente en salud en Colombia, la cual es actualizada de forma periódica en el país, así como del proceso de auditoría en el ICF, respecto a la revisión de los documentos ya existentes creados por la empresa, en cuanto a la caracterización, flujo gramas, informes y demás documentos de soporte del área de auditoría de la organización; lo anterior con la finalidad de captar la realidad de la manera más objetiva posible y recolectando de manera sistemática la información, para permitir un análisis válido con suficiente potencia explicativa<sup>13</sup>, y de tipo transversal, ya que los datos tomados, comprenden un periodo de tiempo específico.

Como segundo elemento se realizó un estudio de campo con respecto a la revisión de procesos con otras áreas y se dispuso de un tiempo determinado para la revisión de los mismos con las personas involucradas en su realización.

---

<sup>13</sup>Anguera, 1986.

Teniendo en cuenta lo anterior, las fuentes para la recolección de la información fueron primarias, ya que dentro del trabajo de campo se realizaron entrevistas a los líderes de los procesos que hacen parte del área de auditoría del ICF y mediante la observación directa y análisis de la información recolectada, se proponen planes de mejora para todos los servicios involucrados en la aceptación de glosas y devoluciones del Instituto del Corazón de Floridablanca.

Debido a que se trata de una investigación con carácter descriptivo exploratorio, se utilizaron métodos y técnicas que permitieran lograr los propósitos, algunas de manera general y otras específicas asociadas para alcanzar cada uno de los objetivos propuestos; dentro de los métodos y técnicas generales están los propuestos por Miles y Huberman (1994), en cuanto a la reducción de datos para categorizar, codificar, identificar, diferenciar y seleccionar parte del material recogido. Las fases que se estructuraron y siguieron para llevar a cabo la investigación, se visualizan en la siguiente figura.

**Figura 1. Metodología de la Investigación.**



Fuente: Autora. Elaboración propia.

Se hace necesaria la compilación de todos los datos e información obtenida en la primera etapa de referenciación y con base en los criterios de relevancia realizar el filtro respectivo sin omitir, que el objetivo se centra en la identificación y análisis de las principales causales de glosa efectiva en el ICF, con la finalidad de generar estrategias para el mejoramiento de los procesos y actividades involucrados en la aceptación de las mismas. En esta etapa se contabilizaron y clasificaron las glosas efectivas más repetitivas dentro del ICF durante el periodo comprendido de enero del 2011 a diciembre del 2012, posteriormente y con la finalidad de priorizar y atacar la causa raíz de las glosas, por medio del Diagrama de Pareto se identificaron las glosas efectivas más repetitivas durante el periodo comprendido de enero del 2011 a diciembre del 2012, así como centros de costos involucrados más frecuentemente dentro del ICF y las Entidades Responsables del Pago (ERP) más generadoras de glosas.

Con base en los resultados obtenidos se procedió a la categorización de las aceptaciones por su representación económica, y a realizar un análisis detallado de las principales causales, teniendo en cuenta los lineamientos normativos del sector salud, organizacionales, la información recolectada y la experiencia de la autora, obteniéndose como resultado un diagnóstico real del proceso de auditoría del ICF, a partir del cual se pudieron generar Planes de Mejora en los procesos involucrados en la prestación de los servicios a los pacientes.

Teniendo en cuenta lo anterior se determinaron de forma detallada las actividades más adecuadas para llevar a cabo en el desarrollo del Plan de Mejora planteado, con un enfoque en el mejoramiento y estandarización de procesos, así como de la comprensión de los fundamentos argumentados como importantes para lograr los resultados esperados.

La etapa de aplicación está sujeta al tiempo de desarrollo del trabajo y a las limitantes dadas por el mismo. Para esta fase se utilizó el caso de estudio como herramienta metodológica, y para alcanzar este objetivo, se realizó una descripción general del caso ICF, la observación de los eventos relacionados con los procesos, la recolección de los datos y su análisis, el planteamiento de las propuestas de mejora y la presentación de los resultados esperados, al aplicar las mejoras recomendadas en este trabajo de aplicación.

## **4. CONTEXTO DEL OBJETO DE ESTUDIO**

En este capítulo se hace una breve reseña del Instituto del Corazón de Floridablanca y del área de auditoría de la institución, teniendo en cuenta su evolución a través del tiempo, como objeto de estudio en el presente trabajo.

### **4.1 INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA – FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA**

La Fundación Cardiovascular de Colombia, es una organización empresarial sin ánimo de lucro que provee servicios y productos de salud de alta calidad para el desarrollo del sector buscando permanentemente el bienestar de la comunidad.

La Fundación Cardiovascular de Colombia remonta al año 1982 cuando el Variet Childrens Life o Línea de ayuda a los niños programa de Variety Club Internacional, inspiró la creación del comité Corazón a Corazón de Nueva York liderada en Colombia por el Dr. Franklin Roberto Quiroz. En 1985 un grupo de especialistas y personalidades de Bucaramanga se propuso crear una entidad privada sin ánimo de lucro dedicada a tratar las enfermedades del corazón, logrando que un grupo de médicos iniciara las actividades de consulta y prueba de esfuerzo en la Fundación Tercera Edad de la Congregación Mariana, y las primeras cirugías cardiovasculares en la Clínica Bucaramanga en 1987.

La FCV en el año 1992 entró a formar parte de la Clínica Carlos Ardila Lulle, adquiriendo el cuarto piso, ampliando así todos los servicios diagnósticos e intervencionistas de cardiología y cirugía vascular periférica, utilizando salas de cirugía, unidad de cuidados intensivos y hospitalización de esta moderna clínica.

Posteriormente en octubre de 1997 se inauguró la nueva sede del Instituto del Corazón, un moderno edificio de 14 pisos con una capacidad de 123 camas de hospitalización distribuidas entre la unidad de Cuidados Intensivos Post-quirúrgica, unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, unidad de Cuidados Intermedios Adultos, tres pisos de hospitalización, 4 salas de cirugía, 2 salas de Hemodinamia y 1 del servicio de urgencias durante las 24 horas del día cumpliendo así con todos los requisitos y normas exigidas por el Ministerio de salud relacionadas con enfermedades cardiovasculares. Obtiene en este mismo año el Premio nacional de Cardiología”; y se crea la “Corporación Instituto Colombiano de investigaciones Biomédicas ICIB”.

En el año 2000, resultado del direccionamiento estratégico, se propone la diversificación concentrada en la satisfacción de las necesidades del sector Salud, creando 5 nuevas empresas (unidades estratégicas de negocios) FCV Soft, FCV Comercializadora, FCV Administración Hospitalaria, FCV Productos Hospitalarios y FCV Instituto de Investigaciones.

En el año 2001 La FCV inauguró su primer servicio de Administración delegada en la ciudad de Ibagué, con la cual se abrieron las puertas de la nueva Clínica Calambeo, este proyecto permitió adquirir el punto de equilibrio financiero y posicionar académicamente la clínica como de alto nivel en la ciudad de Ibagué, así como generar más de 356 empleos directos e indirectos.

En el Año 2003, en Asamblea Extraordinaria celebrada el 27 de marzo se aprueba la modificación de estatutos y cambiar el nombre de la Institución de Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano a Fundación Cardiovascular de Colombia.

A finales de este año con el fin de desarrollar una empresa de base tecnológica en salud dentro de la región, que innovara en soluciones de equipamiento médico a la medida de las necesidades hospitalarias del país nació la UEN Bioingeniería, en

Noviembre de 2004 se realiza la 1ra versión del ¼ Maratón Ciudad de Bucaramanga “Ponle Tenis a tu Corazón” en donde se contó con la asistencia de más de 10.500 participantes. Evento que dio origen a FCV. Eventos y Mercadeo.

En el año 2005 El 1 Agosto Nace el Contact Center de la Salud, con el fin de mejorar la oportunidad y calidad de la información que se les brindaba a los pacientes de manera telefónica al solicitar citas médicas.

En el año 2006 Nace en Noviembre la Unidad Empresarial de Negocios FCV Telemedicina, para contribuir a la optimización y modernización de los servicios de Salud en Colombia para beneficio prioritario de las poblaciones excluidas y dispersas, a través de la incorporación de tecnologías de información y comunicación (TICS).

En el año 2006 se inauguró el Centro Tecnológico Empresarial (CTE) con más de 5500 metros cuadrados construidos, espacio otorgado a las unidades estratégicas de negocio productivas con el fin de desarrollar tecnología y conocimiento. El 27 de diciembre del este mismo año se dio inicio a la operación de la clínica Instituto del Corazón Santa Marta habiendo recibido 28 camas de las cuales 4 eran de cuidados intensivos adulto, se atienden servicios de II, III y IV nivel de complejidad en 24 especialidades clínicas.

Durante el segundo semestre del año 2006, la Junta Directiva realizó el ejercicio de revisión de las definiciones estratégicas de la Institución. Así mismo, de acuerdo con la nueva dimensión de la Fundación y en respuesta a la necesidad imperiosa de disponer de la estructura capaz para acometer los proyectos actuales y futuros, surgen nuevas UEN's (FCV Bioingeniería, FCV Telemedicina) y se modifica la estructura organizacional de la FCV.

En el 2007 la Fundación Cardiovascular de Colombia recibe la visita de Recertificación ISO 9001 por parte del ente certificador ICONTEC, abre su nueva sala de neonatos, la nueva unidad de cuidado crítico y se consolida la UEN FCV Telemedicina como la más grande institución en este campo a nivel nacional.

En el mes de septiembre las áreas administrativas como Dirección de Apoyo y Servicios, Dirección de Desarrollo Organizacional, Dirección Financiera, Dirección de Informática se trasladan a la sede Centro Tecnológico Empresarial en Floridablanca Santander. FCV Instituto del Corazón recibe nuevamente la certificación de la Clínica del Dolor.

En el 2008, se finaliza la construcción del Centro Internacional de Trasplantes, se consolida la Unidad de Neurociencias y se continúa con el desarrollo de la Nueva Unidad de Gastroenterología y la construcción del Helipuerto como herramienta soporte para la oportunidad y accesibilidad en el transporte de pacientes y órganos. Se recibe la visita de Re acreditación por parte de ICONTEC, con el fin de evaluar el cumplimiento de estándares de calidad y la atención en salud enfocada a la seguridad del paciente; igualmente por los procesos de mejora continua en su gestión ambiental recibe el Premio Hospital Verde con Excelencia.

En el 2009 FCV-Instituto del Corazón en concordancia con su visión institucional de ser una institución de referencia nacional e Internacional en la prestación de servicios para enfermedades de alta complejidad, logra la acreditación del modelo internacional Joint Commission International en el mes de Agosto. Se continúa con la consolidación de la Oficina de Servicios Internaciones creada a finales del 2008 como estrategia para facilitar el manejo de pacientes internacionales hacia la institución. Igualmente se gesta el desarrollo de convenio institucional con la Universidad de Pittsburg para la especialización de grupo de enfermeras y médicos en Cardiología Pediátrica y la trasmisión de mejores prácticas para el Diseño y Construcción de la Nueva Clínica de Alto Nivel de Complejidad de FCV-

Instituto del Corazón. Igualmente se da inicio en el mes de Febrero a la Consultoría en Diseño y Estructuración de una Universidad Corporativa basados en la Cultura Organizacional de la FCV-IC, para el desarrollo de competencias del personal, el fortalecimiento de la educación a nivel nacional y la generación de mayor investigación en áreas de la salud, de acuerdo a las necesidades de nuestros pacientes y la región, que a su vez le permita contribuir al desarrollo económico del país, siendo coherentes con las estrategias competitivas para el logro de los objetivos institucionales.

En el año 2011 se dio inicio a la Unidad Estratégica de Negocios Transporte medicalizado con la adquisición de un avión Westwind, un Learjet y un Helicóptero Robinson, con el objetivo de aportar en pro de la internacionalización de los servicios de la FCV, durante este año también se dio inicio a la oficina de biotecnología innovación y desarrollo tecnológico en busca de fortalecer la innovación e investigación en la FCV.

Hoy la FCV se fortalece como líder en el país gracias al desarrollo de sus 13 Unidades Estratégicas de Negocio apoyadas por 7 direcciones todas en busca de fortalecer a la FCV como una organización reconocida por la excelencia e innovación de sus productos y servicios orientados principalmente al sector salud.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Tomado de la Página Web de la FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA: [www.fundacioncardiovascular.com](http://www.fundacioncardiovascular.com)

## **4.2 ÁREA DE AUDITORIA DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA**

A continuación una breve reseña del proceso actual del área de auditoría del Instituto del Corazón de Floridablanca, que es donde se analizará y aplicará el resultado del presente trabajo.

El área de auditoría del Instituto del Corazón de Floridablanca, desde el año 2009 como entidad pionera, arrancó con un modelo de auditoría único en la región, que implementa 2 tipos de auditoría:

- ✓ Auditoria Concurrente, realizada por las Subgerencias Clínicas del ICF y
- ✓ Auditoría de Cuentas Medicas, realizada posterior a la presentación de las facturas ante las diferentes ERP.

La auditoría concurrente es la que se realiza en caliente, cuando el paciente se encuentra hospitalizado en el ICF, y está a cargo de los subgerentes clínicos del ICF. El ICF tiene actualmente 3 subgerentes encargados de 4 áreas diferentes: Pediatría, Adultos, Cirugía y ambulatorios y Urgencias con referencia y contra referencia. Entre las funciones desempeñadas por este grupo de profesionales (médicos auditores) se encuentran:

- Ventas de las estancias por criterios en donde se encuentran los pacientes, lo anterior como soporte al área de facturación en la venta correcta de la misma.
- Gestión del giro cama con los médicos tratantes y las diferentes ERP.
- Revisión de las justificaciones NO POS realizadas por los diferentes especialistas en el ICF.
- Conciliación de glosas médicas con las ERP que tienen auditoría concurrente en el ICF.

Para esta labor se encuentran apoyados por 2 auxiliares de Cuentas Médicas que realizan la respectiva labor con las glosas técnicas. El área de Cuentas Médicas por su parte, es la encargada de recepcionar y tramitar lo concerniente a las respuestas a glosas realizadas por todas las ERP cuantas veces sean presentadas ante el ICF, además de llevar a cabo los procesos de conciliación cuando no se logra llegar a ningún acuerdo en la Conciliación de concurrencia y las diferentes respuestas emitidas. Para realizar esta labor el área cuenta con un Coordinador médico del área y 3 auditoras médicas (2 de 48 horas semanales y 1 de 30 horas semanales), 3 técnicos encargados del montaje de glosas y devoluciones en el sistema, así como de registrar en el software todo el trámite que se le realiza a la misma hasta subsanarla. Además se cuenta con un auxiliar técnico encargado del manejo de toda la información del área.

Para el manejo de la información del área en lo referente al tema de Glosas y Devoluciones se evidencian varias oportunidades de mejora dadas principalmente por la no sistematización de algunas tareas que podrían realizarse de forma más ágil si estuviesen sistematizadas en el software del ICF (Sistema de Administración Hospitalaria Integrado –SAHI), sobre las cuales se está trabajando, pero que aún se encuentran en proceso de desarrollo.

En cuanto a los procesos del área, se evidenciaron procesos inadecuados y no estandarizados, además de no socializados al personal involucrado en la realización diaria de los mismos en el ICF. Para el tema puntual de las TICS se encontró desigualdad en la información entre las áreas, lo que está generando reprocesos continuos al tener que revisar la información de forma manual.

Finalmente, y teniendo en cuenta el área de Calidad, si bien hoy día se están llevando los Indicadores del área de Cuentas Médicas; los mismos, no son socializados ni retroalimentados al personal involucrado con la finalidad de hacer

seguimiento, control y evaluación, buscando el mejoramiento continuo a través de la concientización y establecimiento de metas.

## **5. DIAGNÓSTICO DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES EN EL ÁREA DE AUDITORÍA DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA Y SUS PRINCIPALES CAUSAS**

En este capítulo se desarrolla el diagnóstico de la situación actual en el área de auditoría, con respecto al tema de glosas y devoluciones teniendo en cuenta la normatividad legal vigente sobre el tema, aplicado al Instituto del Corazón de Floridablanca y se realiza de igual manera, la identificación de las principales causales de glosa efectiva aplicando metodologías comprobadas.

### **5.1 ANÁLISIS DE LAS GLOSAS Y SUS PRINCIPALES CAUSALES POR PERIODO**

Teniendo en cuenta la información recolectada y la validez de la misma, el estudio se realizó en el periodo comprendido de enero del 2011 a diciembre del 2012. Ahora bien, con el objetivo de priorizar, se escogieron tres variables a estudiar: Causal de glosa, centro de costo y entidad responsable; haciéndose énfasis en la referente a la Causalidad de la Glosa teniendo en cuenta que si se soluciona la causa raíz de la misma, de forma indirecta incidirá las otras variables a estudiar como lo son Centros de Costos involucrados en la aceptación y las Entidades Responsables del Pago con más incidencias de Glosa.

Teniendo en cuenta también la cantidad de información recolectada y analizada, se decidió entre las múltiples herramientas estadísticas aplicar la técnica denominada Pareto para identificar las principales causales de glosa efectiva en el Instituto del Corazón de Floridablanca, ya que es una herramienta de análisis de datos ampliamente utilizada, comprobada y es por lo tanto útil, en la determinación de la causa principal durante un esfuerzo de resolución de problemas. Esta

metodología permite ver cuáles son los problemas más grandes, permitiéndole a los grupos establecer prioridades.

El principio de Pareto es también conocido como la Regla del 80/20 o el “principio del factor de parquedad” (factor sparsity) es uno de los conceptos más útiles para la focalización de actividades. Recibe su nombre en honor al sociólogo, economista y filósofo italiano Wilfredo Pareto (1848-1923), quien formuló la teoría en el año 1895.<sup>15</sup>

Pareto enunció el principio basándose en el denominado conocimiento empírico. Estudió que la gente en su sociedad se dividía naturalmente entre los «pocos de mucho» y los «muchos de poco»; se establecían así dos grupos de proporciones 80-20 tales que el grupo minoritario, formado por un 20% de población, ostentaba el 80% de algo y el grupo mayoritario, formado por un 80 % de población, el 20 % de ese mismo algo.

Pareto establece que el 20% de “x” causal producirá el 80% de los efectos, mientras que el 80% restante solo cuenta para el 20% de los efectos. Las cifras no pueden ser exactas y variar. Su aplicación reside en la descripción de un fenómeno y, como tal, es aproximado y adaptable a cada caso en particular.

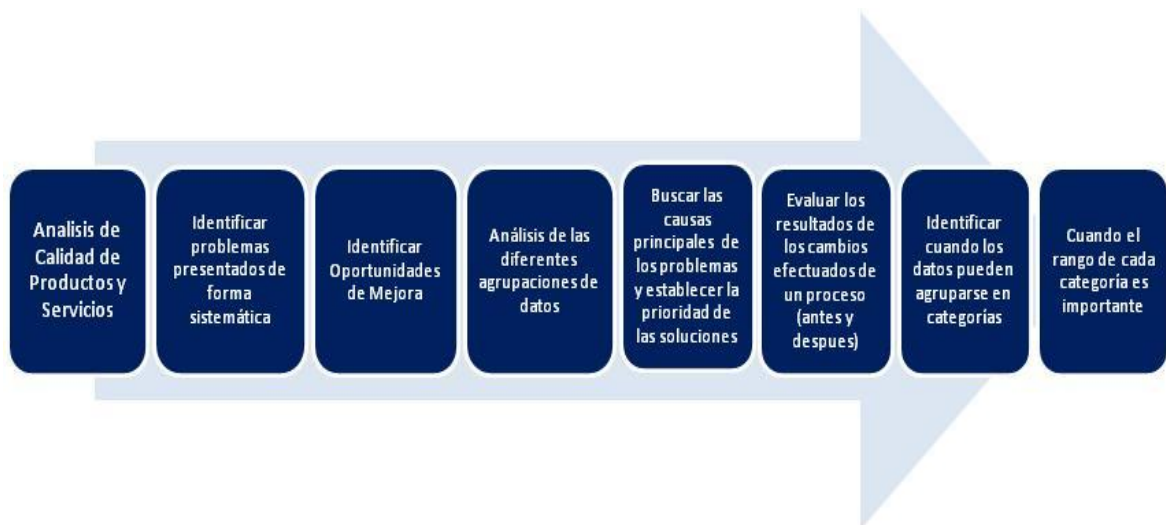
A principios de los años 50’s, el Dr. Joseph Juran descubrió la evidencia para la regla del “80-20” en una gran variedad de situaciones. En particular, el fenómeno parecía existir sin excepción en problemas relacionados con la calidad. Una expresión común de la regla 80/20 es que el “ochenta por ciento de nuestro negocio proviene del 20% de nuestros clientes”.

---

<sup>15</sup> El Principio del 80/20% de Richard Koch

El principio de Pareto es una técnica que separa los “pocos vitales” de los “muchos triviales”. En el área de Calidad, permite utilizar herramientas de gestión como el *Diagrama de Pareto*, que se usa ampliamente en temas relacionados con el control de calidad (el 80% de los defectos radican en el 20% de los procesos). Se ha planteado su aplicabilidad básicamente para diferentes aspectos como los observados en la Figura 2.

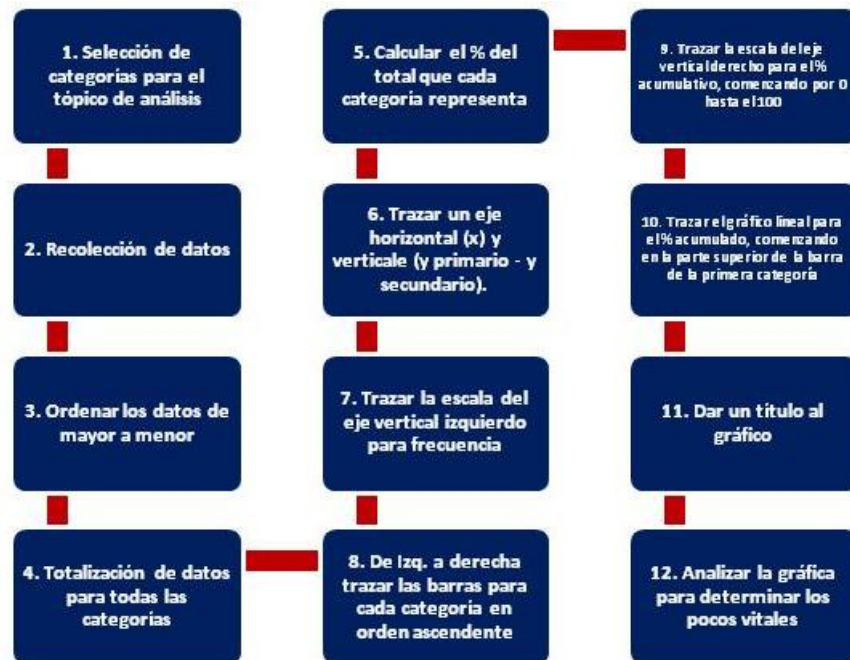
**Figura 2. Aplicabilidad Principio de Pareto.**



Fuente: Autora. Elaboración propia.

Se escogió esta metodología para mostrar las principales causales de glosa, teniendo en cuenta que si se el área de auditoría enfoca la atención en los pocos vitales, puede obtener la mayor ganancia potencial a los esfuerzos por mejorar la calidad de glosas efectivas. Para su aplicación se realizaron los siguientes pasos en cada una de las tres variables antes mencionadas de mayor incidencia en el tema abordado.

**Grafico 1. Pasos para la aplicación del Principio de Pareto.**

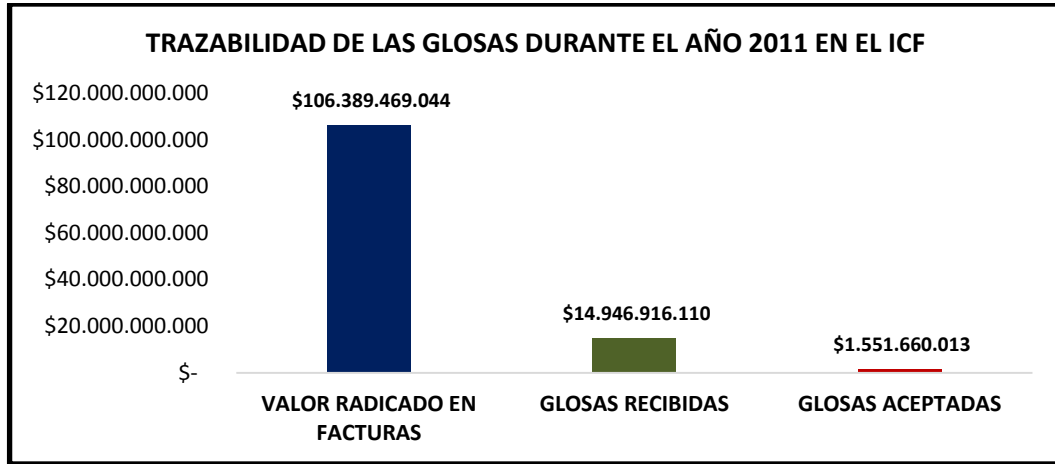


Fuente: autora. Elaboración propia.

A continuación se muestra la información obtenida y analizada año a año, con el propósito de evidenciar su comportamiento y las variables a analizar y las principales causas de su ocurrencia.

**5.1.1 Diagnóstico de Causales De Glosa Año 2011.** Para el año el año 2011 la radicación de facturas por parte del Instituto del Corazón de Floridablanca ante las diferente Entidades Responsables de Pago fue de \$106.389.469.044, de los cuales \$14.946.916.110 fueron glosados por las diferentes aseguradoras, lo que representa el 14% de la facturación. De esta suma el Instituto del Corazón de Floridablanca aceptó Glosas por valor de \$1.551.660.013 lo que representa el 10% de las Glosas y el 1,4% con respecto a la Facturación, disminuyendo la rentabilidad de la IPS de forma considerable.

**Gráfica 2. Trazabilidad de las Glosas durante el año 2011 en el ICF.**



Fuente: Informe Notas Crédito. Elaboración propia.

Posteriormente, se procedió a la organización y complementación de la información existente en el informe de Notas Crédito por valor, codificación<sup>16</sup>, ERP y los Centros de Costos definidos en el ICF para el cargue de las glosas.

### **Glosas Aceptadas Por Variable Uno: Causal**

Se inició estudiando como primer variable la Causalidad de la Glosa, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual Único de Glosas Anexo Técnico No. 6 del Decreto 3047 del 2008. Ver Anexo A Manual Único de Glosas.

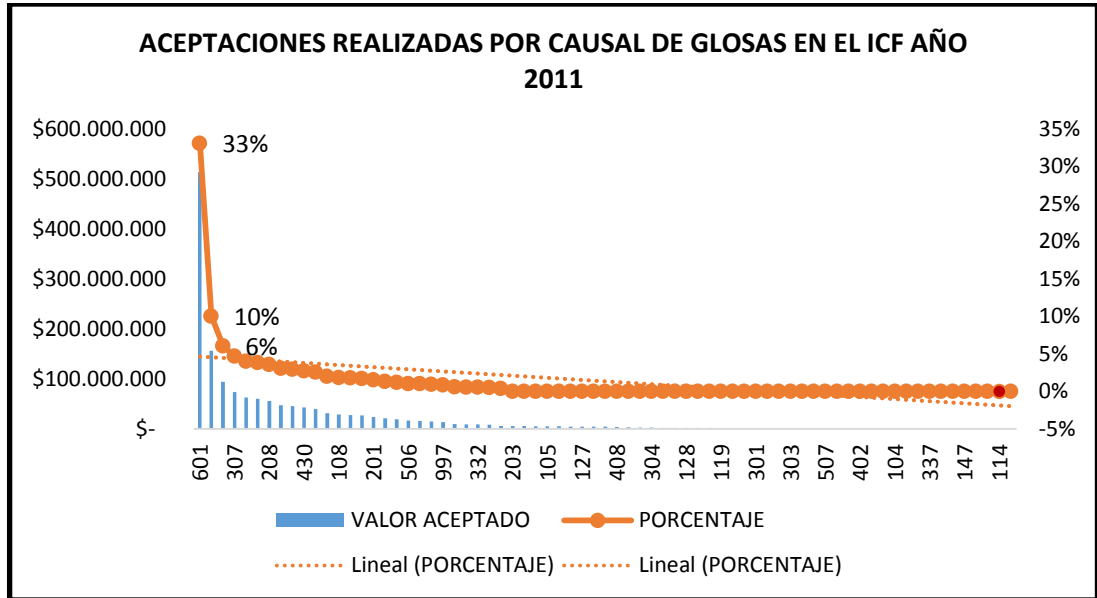
Se evidencio que de forma repetitiva se encontraban 71 Códigos glosados. Ver Anexo No. B Codificación de Glosas ICF año 2011.

Posteriormente, se procedió a la realización del Diagrama de Pareto, lo anterior con la finalidad de identificar los Pocos Vitales y descartar los muchos triviales, encontrando lo siguiente:

---

<sup>16</sup> Teniendo en cuenta Codificación establecida en la normatividad vigente en salud: Resolución 3047 del 2008, Anexo Técnico No. 6 Manual Único de Glosa.

**Gráfico 3. Aceptaciones realizadas por Causal de glosa en el ICF año 2011.**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2011. Elaboración propia.

Se encontró que de los \$1.551.660.013 aceptados y clasificados por causal, el 20% lo que corresponde a 14 motivos representan el 82% del valor de todas las glosas, lo que equivale a \$1.278.789.289, distribuidos así como se observa en el cuadro 1.

**Cuadro 1. Participación la principales causales de Glosa año 2011 ICF.**

<b>PRINCIPALES CAUSALES DE GLOSA AÑO 2011</b>	<b>VALOR GLOSA</b>
<b>601 PERTINENCIA</b> ESTANCIA NO PERTINENTE	\$ 513,227,695
<b>116 FACTURACIÓN</b> USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN O RESPONSABLE	\$ 155,899,856
<b>223 TARIFAS</b> PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$ 94,239,146
<b>307 SOPORTES</b> MEDICAMENTOS	\$ 73,291,124
<b>107 FACTURACIÓN</b> MEDICAMENTOS	\$ 62,624,533
<b>308 SOPORTES</b> AYUDAS DIAGNOSTICAS	\$ 59,877,398
<b>208 TARIFAS</b> AYUDAS DIAGNOSTICAS	\$ 55,791,021
<b>847 DEVOLUCIONES.</b> FALTAN SOPORTES DE JUSTIFICACION PARA RECOBROS	\$ 47,549,191
<b>206 TARIFAS</b> MATERIALES	\$ 45,561,064
<b>430 AUTORIZACIÓN</b> DE SERVICIOS ADICIONALES	\$ 42,654,691
<b>106 FACTURACIÓN</b> DE MATERIALES	\$ 39,959,804
<b>123 FACTURACIÓN</b> POR PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$ 31,526,054
<b>108 FACTURACIÓN</b> DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	\$ 28,887,139
<b>816 DEVOLUCIONES</b> USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN O RESPONSABLE	\$ 27,700,573
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1,278,789,289</b>

Fuente: Informe Nota Crédito. Elaboración propia.

Se evidenció que el Motivo de Glosa más repetitivo y por ende de más importancia en el año 2011 fue la Glosa por Pertinencia, más exactamente la glosa por pertinencia de estancia por valor de \$513.227.695, representando un 33% de todo el valor aceptado, seguido por la Glosa de Facturación de usuario o servicio corresponde a otro plan responsable por valor de \$155.899.856, sin embargo, revisando más detalladamente y al tener en cuenta los rubros establecidos normativamente<sup>17</sup> que son: Facturación, Tarifas, Soportes, Autorización, Cobertura, Pertinencia y Devoluciones, se observa que el código Facturación le sigue a

---

<sup>17</sup> Resolución 3047 del 2008 Anexo Técnico N0. 6 Manual Único de Glosas.

Pertinencia, en un valor de \$318.897.386, si se tienen en cuenta los rubros previamente mencionados y al enmarcarse dentro de este grupo varios códigos aceptados (Facturación servicios adicionales, de materiales, de procedimiento o actividad y de ayudas diagnósticas).

Continúan en orden de importancia las glosas aceptadas por Tarifas, soportes y autorizaciones por valor de \$139.800.210, 133.168.522 y \$73.261.637 respectivamente, aclarando que en los dos últimos grupos de introdujeron los aceptados en el rubro de Devoluciones, teniendo en cuenta que la causal de fondo estaba basada en soportes insuficientes y servicios en su mayoría no autorizados o con mal direccionamiento de la autorización.

### **Glosas Aceptadas Por Variable dos: Centros de Costos**

Para estudiar esta variable, se tuvieron en cuenta los Centros de Costos creados por el área de Calidad del ICF para el cargue de las glosas. Ver Anexo No. C Centros de Costos ICF.

Se evidenciaron 31 Centros de Costos involucrados en la aceptación de la glosa, lo que refleja que en algún momento durante el proceso de atención se cometieron fallas administrativas o asistenciales en los servicios. Los Centros de Costos involucrados en la aceptación de la glosa se resumen en el Cuadro No. 2.

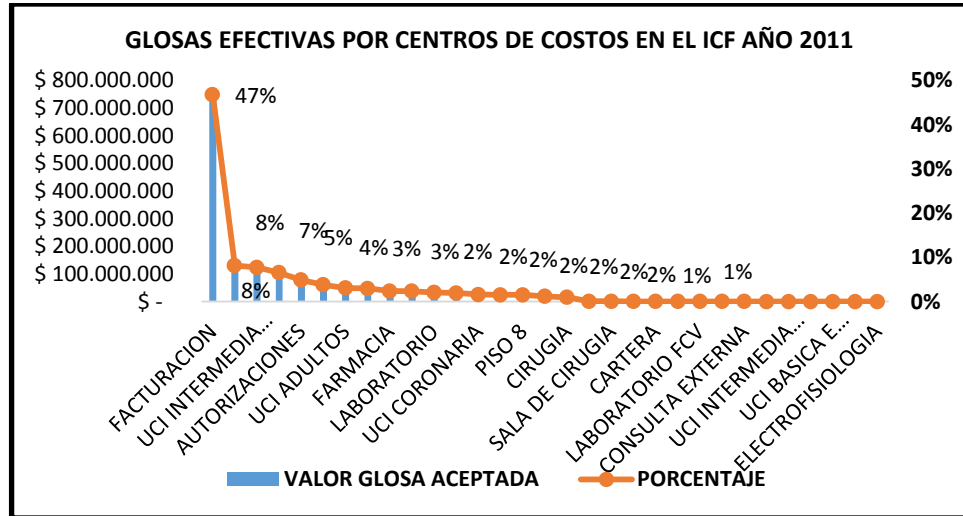
**Cuadro 2. Centros Involucrados en la aceptación de la Glosa ICF año 2011**

<b>CENTRO DE COSTOS</b>	<b>VALOR GLOSA ACEPTADA</b>
AUTORIZACIONES	\$ 75.581.974
BANCO SANGRE	\$ 28.572
CARTERA	\$ 719.933
CIRUGIA	\$ 15.254.287
CONSULTA EXTERNA	\$ 303.559
DIACORSA	\$ 211.818
ELECTROFISIOLOGIA	\$ 17.112
FACTURACION	\$ 726.780.834
FARMACIA	\$ 37.227.710
FARMACIA CIRUGIA	\$ 374.637
GASTROENTEROLOGIA	\$ 707.873
HEMODINAMIA	\$ 1.158.301
LABORATORIO	\$ 32.036.724
LABORATORIO CLINICO	\$ 185.499
LABORATORIO FCV	\$ 475.938
NEUROLOGIA	\$ 817.580
PISO 10	\$ 126.419.295
PISO 8	\$ 23.322.807
PISO 9	\$ 36.694.218
SALA DE CIRUGIA	\$ 1.040.204
UCI ADULTOS	\$ 47.886.261
UCI BASICA	\$ 18.614.585
UCI BASICA E INTERMEDIA NEONATAL	\$ 138.725
UCI CORONARIA	\$ 24.510.302
UCI INTERMEDIA ADULTO	\$ 120.406.384
UCI INTERMEDIA PEDIATRICA	\$ 185.791
UCI NEUROLOGICA	\$ 23.557.050
UCI PEDIATRICA	\$ 101.630.169
UCI POSTOPERATORIA	\$ 46.056.135
UNIDAD DE TRANSPLANTES	\$ 59.167.795
URGENCIAS	\$ 30.147.941
<b>TOTAL GLOSA ACEPTADA</b>	<b>\$ 1.551.660.013</b>

Fuente: Informe Notas Crédito año 2011. Elaboración propia.

Al procesar la información encontrada en el Diagrama de Pareto, se evidenció lo siguiente.

**Gráfico4. Glosas efectivas por Centro de Costo en el ICF año 2011.**



Fuente: Informe Notas Crédito ICF 2011. Elaborado por la autora.

Se encontró que de los \$1.551.660.013 aceptados por glosas, \$ 1.209.986.451 se encuentran distribuidos en 6 Centros de Costos, representando el 78% de del 100% de los mismos, así:

**Cuadro 3. Principales Centros de Costos involucrados en la aceptación de glosa año 2011 ICF.**

CENTRO DE COSTOS	VALOR GLOSA ACEPTADA	PORCENTAJE
FACTURACION	\$ 726.780.834	47%
PISO 10	\$ 126.419.295	8%
UCI INTERMEDIA ADULTO	\$ 120.406.384	8%
UCI PEDIATRICA	\$ 101.630.169	7%
AUTORIZACIONES	\$ 75.581.974	5%
UNIDAD DE TRANSPLANTES	\$ 59.167.795	4%

Fuente: Informe Notas Crédito año 2011. Elaboración propia.

El Centro de Costos con más Glosas aceptadas fue Facturación con glosas efectivas por valor de \$726.780.834, lo que representa el 47% del total de las aceptaciones, seguido del Piso 10 con \$126.419.295, UCI Intermedia con \$120.406.384, UCI Pediátrica con \$101.630.169, Autorizaciones con \$75.581.974

y Unidad de Trasplantes con \$59.167.795. Lo anterior, pone de manifiesto que las glosas de origen administrativo representan un porcentaje importante del total de las objeciones, teniendo una participación superior a las glosas generadas en los centros de costos asistenciales, aun cuando las mismas representan una porción inferior del total de los centros de costos. En el cuadro No. 2 se puede observar como Facturación y Autorizaciones suman aceptaciones de \$802.362.808 versus el resto de servicios asistenciales (4 en este caso), cuya suma asciende a \$407.623.643.

### **Glosas Aceptadas Por Variable tres: Entidades Responsables**

En este ítem se tuvieron en cuenta las ERP que generaron más glosas efectivas por los servicios prestados en el ICF, considerándose este punto muy importante, pues podría revelar información relevante para tener en cuenta al momento de las negociaciones con las mismas.

En el ICF se atienden pacientes de todas las aseguradoras, teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad legal vigente<sup>18</sup>, actualmente se tiene una base de datos de 156 Entidades Responsables del Pago, a las cuales a través de sus pacientes se ha facturado y prestado un servicio. De las 156 entidades atendidas en el año 2011 en el ICF se tiene que 80 realizaron glosas efectivas así:

---

<sup>18</sup>Ley 1438 del 2011 Artículo 53.

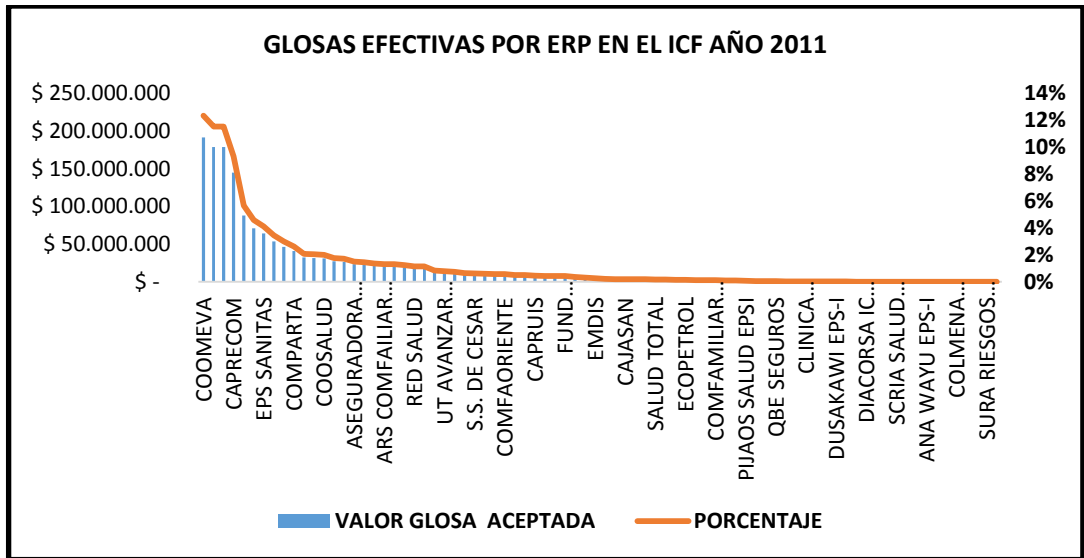
**Cuadro 4. ERP generadoras de Glosas efectivas en el ICF año 2011.**

ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO	VALOR GLOSA ACEPTADA
COOMEVA	\$ 191.695.536
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER	\$ 178.936.680
SOLSALUD	\$ 178.900.603
CAPRECOM	\$ 144.844.848
SALUDCOOP	\$ 88.023.799
NUEVA EPS	\$ 71.156.988
EPS SANITAS	\$ 64.002.124
FOSCAL	\$ 53.547.659
FUNDACION MEDICO PREVENTIVA	\$ 46.441.743
COMPARTA	\$ 40.740.629
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DEL NORTE DE SANTANDER	\$ 32.152.090
COMFENALCO	\$ 31.694.407
COOSALUD	\$ 31.179.917
COOMEVA MP	\$ 27.404.865
FAMISANAR	\$ 26.472.105
ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS	\$ 23.445.098
COLSANITAS	\$ 22.549.166
ALIANSALUD	\$ 21.153.312
ARS COMFAILIAR HUILA	\$ 20.391.830
CAFESALUD EPS	\$ 20.174.811
NEFROLOGOS ASOCIADOS	\$ 19.367.479
RED SALUD	\$ 17.880.545
FAMISALUD COMFANORTE	\$ 17.661.006
ECOOPSOS	\$ 13.114.369
UT AVANZAR MEDICO REGION UNO	\$ 12.296.878
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA	\$ 11.315.078
ASMET	\$ 10.143.685
S.S. DE CESAR	\$ 9.799.983
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR BOYACA	\$ 9.332.217
UNIDAD ESPECIAL ADMINISTRATIVA DE SALUD DE ARAUCA	\$ 8.728.539
COMFAORIENTE	\$ 8.726.341
SALUD COLPATRIA	\$ 7.823.386

Fuente: Informe Notas Crédito ICF año 2011. Elaboración propia.

Al procesar esta información aplicando el 80- 20 de Pareto, se observa lo siguiente.

**Gráfico 5. Pareto de las Glosas efectivas por ERP año 2011 ICF.**



Fuente: Informe Notas Crédito ICF. Elaboración propia.

También, se encontró que de los \$1.551.660.013 aceptados por glosas, el 79% de las Glosas (\$1.213.639.091) fueron realizadas por 16 ERP, lo que representa el 20% del universo de las aseguradoras. Ver Cuadro No. 5. La entidad responsable del pago con más glosas efectivas al ICF fue COOMEVA EPS con \$191.695.536, seguida de la Secretaria de Salud de Santander con \$178.936.680, SOLSALUD EPS con \$178.900.603, CAPRECOM EPS con \$144.844.848, SALUDCOOP EPS con \$88.023.799, NUEVA EPS con \$71.156.988, EPS SANITAS con \$64.002.124, entre otras, con una mezcla muy equitativa entre el régimen subsidiado y régimen contributivo.

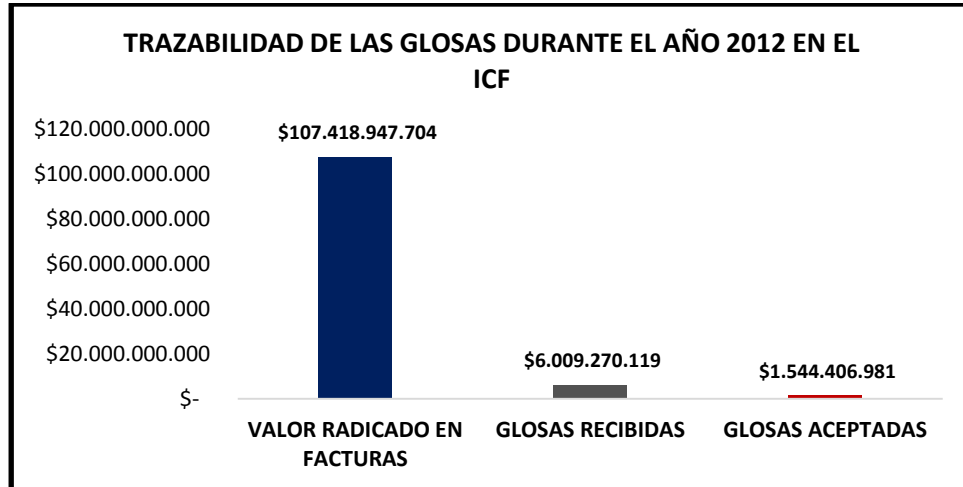
**Cuadro 5. Principales ERP con glosas aceptadas por el ICF año 2011 ICF.**

ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO	VALOR GLOSA ACEPTADA	PORCENTAJE
COOMEVA	\$ 191,695,536	12%
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER	\$ 178,936,680	12%
SOLSALUD	\$ 178,900,603	12%
CAPRECOM	\$ 144,844,848	9%
SALUDCOOP	\$ 88,023,799	6%
NUEVA EPS	\$ 71,156,988	5%
EPS SANITAS	\$ 64,002,124	4%
FOSCAL	\$ 53,547,659	3%
FUNDACION MEDICO PREVENTIVA	\$ 46,441,743	3%
COMPARTA	\$ 40,740,629	3%
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DEL NORTE DE SANTANDER	\$ 32,152,090	2%
COMFENALCO	\$ 31,694,407	2%
COOSALUD	\$ 31,179,917	2%
COOMEVA MP	\$ 27,404,865	2%
FAMISANAR	\$ 26,472,105	2%
ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS	\$ 23,445,098	2%

Fuente: Informe Notas Crédito año 2011 ICF. Elaboración propia.

**5.1.2 Diagnóstico de Causales De Glosa Año 2012.** Durante el año 2012 la radicación de facturas por parte del Instituto del Corazón de Floridablanca ante las diferentes Entidades Responsables de Pago fue de \$107.418.947.704, de los cuales, \$16.554.382.428 fueron glosados por las diferentes ERP, lo que representa el 15% de la facturación; de esta suma el Instituto del Corazón de Floridablanca aceptó Glosas por valor de \$1.544.406.981 lo que equivale al 9% de las Glosas y el 1,4% con respecto a la Facturación, como se muestra en el siguiente gráfico.

**Grafico 6. Trazabilidad de la Glosas durante el año 2012 en el ICF.**



Fuente: Informe Notas Crédito del ICF año 2012. Elaboración propia.

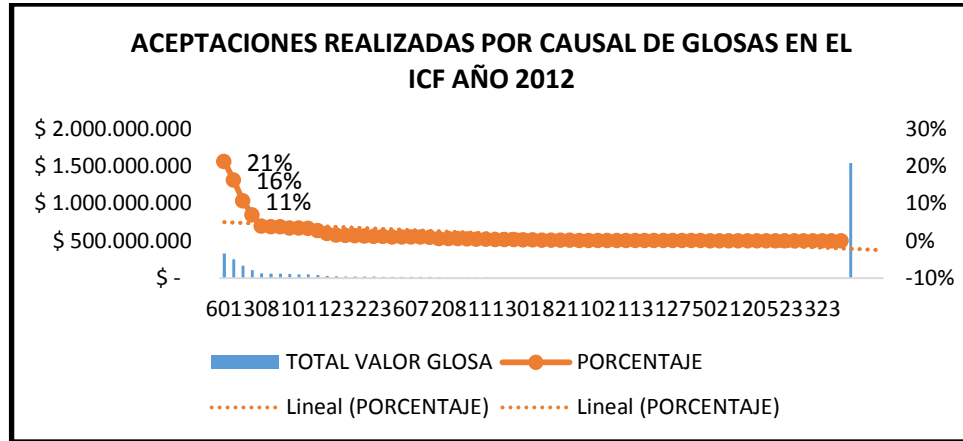
Con respecto a la información de este año, también se procedió a su organización en las variables escogidas para evaluar. Se inició con el análisis de variable de causalidad de glosa, teniendo en cuenta también lo establecido en la normatividad legal vigente en salud.

### **Glosas Aceptadas Por Variable Uno: Causa**

Se encontró que de forma repetitiva se hallaban 67 Códigos glosados (ver Anexo D Codificación de Glosas año 2012) que ascendían a la suma ya conocida de \$1.544.406.981 aceptados por objeciones efectivas.

Posteriormente se procedió a la realización del Diagrama de Pareto, encontrando lo siguiente:

**Grafico 7. Aceptaciones realizadas por causal de Glosa en el ICF año 2012.**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2012 ICF. Elaboración propia.

Se encontró que de los \$ 1.544.406.981 aceptados y clasificados por causal, el 20% lo que corresponde a 13 motivos, lo que representa el 83% valor de todas las glosas, y equivale a \$1.281.641.939 distribuidos así:

**Cuadro 6. Centros Involucrados en la aceptación de la Glosa ICF año 2012.**

CAUSAL	VALOR GLOSA
601 PERTINENCIA. ESTANCIA NO PERTINENTE	\$ 328,627,555
423. AUTORIZACIÓN. PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$ 251,424,029
116 FACTURACIÓN. USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN O RESPONSABLE	\$ 165,523,151
207 TARIFAS. MEDICAMENTOS	\$ 106,819,616
308 SOPORTES. AYUDAS DIAGNOSTICAS	\$ 61,120,560
816 DEVOLUCIONES. USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN O RESPONSABLE	\$ 57,616,622
430 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ADICIONALES	\$ 57,290,316
206 TARIFAS. MATERIALES	\$ 53,145,838
101 FACTURACIÓN. ESTANCIA	\$ 52,137,072
307 SOPORTES. MEDICAMENTOS	\$ 51,393,538
106 FACURACIÓN DE MATERIALES	\$ 42,331,954
507 COBERTURA POR MEDICAMENTOS	\$ 30,380,940
123 FACTURACIÓN POR PROCEDIMIENTOS O ACTIVIDAD	\$ 23,830,748
<b>TOTAL VALOR GLOSA</b>	<b>\$ 1,281,641,939</b>

Fuente: Informe Notas Crédito año 2012 ICF. Elaboración propia.

Para este año se evidenció que la Glosa por Pertinencia de estancia, siguió siendo la más prevalente, aun cuando disminuyó su presentación considerablemente con respecto al año inmediatamente anterior, las pérdidas por esta causal ascendieron a \$328.627.55, lo que representa el 21% de la totalidad de las glosas aceptadas.

En este año la glosa por autorización de estancia ascendió a \$251.424.029 lo que equivale al 16% de las glosas efectivas, seguidamente de Facturación por usuario o servicio corresponde a otro plan responsable con \$165.523.151 (11%), Tarifas por medicamentos por valor de \$106.819.616 (7%) y Soporte de ayudas diagnosticas por valor de \$61.120.560 (4%), entre otros.

### **Glosas Aceptadas Por Variable dos: Centro de Costos**

Se evidenciaron 30 Centros de Costos involucrados en la aceptación de la glosa que se resumen en el siguiente cuadro.

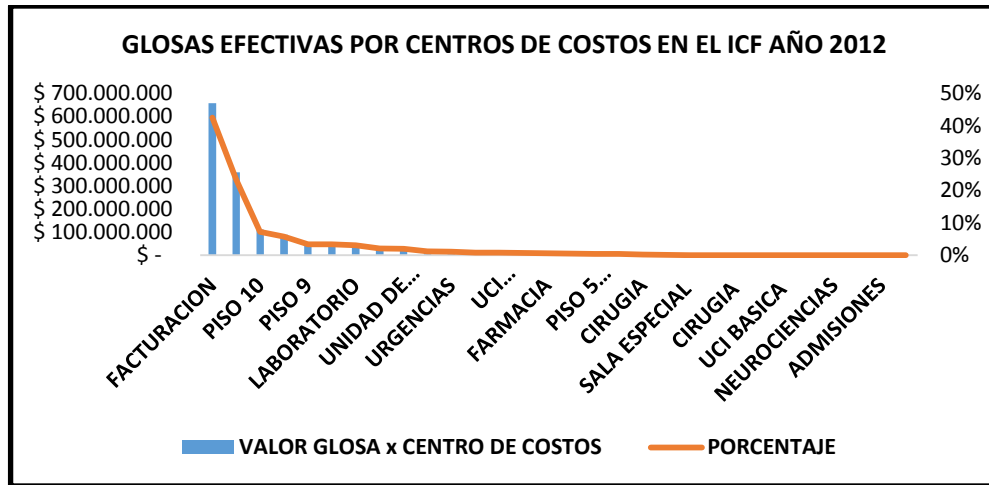
**Cuadro 7. Centros de Costos involucrados en la aceptación de la aceptación de Glosas en el ICF año 2012.**

<b>CENTRO DE COSTOS</b>	<b>VALOR GLOSA x CENTRO DE COSTOS</b>
ADMISIONES	\$ 102.929
AUTORIZACIONES	\$ 358.915.991
CIRUGIA	\$ 3.712.535
CIRUGIA	\$ 381.107
CONSULTA EXTERNA	\$ 122.649
DIAGNOSTICO Y TERAPIA	\$ 645.160
FACTURACION	\$ 657.184.341
FARMACIA	\$ 9.622.550
FARMACIA	\$ 343.200
HEMODINAMIA	\$ 1.529.616
LABORATORIO	\$ 47.451.011
NEUMOLOGIA	\$ 80.556
NEUROCIENCIAS	\$ 155.341
PISO 10	\$ 111.374.851
PISO 5 RECUPERACION	\$ 5.925.909
PISO 8	\$ 11.842.936
PISO 9	\$ 52.396.574
SALA ESPECIAL	\$ 805.481
UCI ADULTOS	\$ 32.080.504
UCI BASICA	\$ 324.208
UCI CORONARIA	\$ 13.381.513
UCI INTERMEDIA ADULTOS	\$ 88.671.323
UCI INTERMEDIA NEONATAL	\$ 5.768.615
UCI INTERMEDIA PEDIATRICA	\$ 188.812
UCI NEONATAL	\$ 8.788.260
UCI NEUROLOGICA	\$ 12.980.964
UCI PEDIATRICA GENERAL	\$ 52.298.886
UCI POP ADULTOS	\$ 19.091.489
UNIDAD DE TRASPLANTES	\$ 30.551.536
URGENCIAS	\$ 17.688.134
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1.544.406.981</b>

Fuente: Informe Notas Crédito año 2012. Elaboración propia.

Al procesar la información encontrada en el Diagrama de Pareto, se observa lo siguiente.

**Gráfico 8. Glosas efectivas por Centro de Costos en el ICF año 2012.**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2012 ICF. Elaborador por la autora.

De los \$1.544.406.981 aceptados en glosas, \$1.320.841.966 se encuentran distribuidos en 6 Centros de Costos, representando el 86% de del 100% de los mismos, así:

**Cuadro 8. Principales Centros de Costos involucrados en la aceptación de glosa año 2012 ICF.**

CENTRO DE COSTOS	VALOR GLOSA x CENTRO DE COSTOS	PORCENTAJE
FACTURACION	\$ 657.184.341	43%
AUTORIZACIONES	\$ 358.915.991	23%
PISO 10	\$ 111.374.851	7%
UCI INTERMEDIA ADULTOS	\$ 88.671.323	6%
PISO 9	\$ 52.396.574	3%
UCI PEDIATRICA GENERAL	\$ 52.298.886	3%

Fuente: Informe Notas Crédito año 2012 ICF. Elaborador por la autora.

Por segundo año consecutivo persistió el centro de costos de Facturación como el servicio con más glosas efectivas, ascendiendo a la suma de \$657.184.341, lo que corresponde al 43% del total de las aceptaciones, seguido de Autorizaciones con \$358.915.991 (23%), Piso 10 con \$111.374.851 (7%), UCI Intermedia Adultos con \$88.671.323 (6%), Piso 9 con \$52.396.574 (3) y UCI Pediátrica General con

\$52.298.886 (3%); continuando las glosas de origen administrativas como la principal fuente de glosas efectivas.

### Glosas Aceptadas Por Variable tres: Entidades Responsables

Para este año se evidenció la participación de 70 aseguradoras, como entidades generadoras de glosa en el ICF. Ver Anexo No. E, ERP con glosas efectivas durante el año 2012 ICF.

Al procesar esta información en el Diagrama de Pareto, se muestra lo siguiente:

**Gráfico 9. Glosas efectivas por ERP en el ICF año 2012.**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2012 ICF. Elaborado por la autora.

Se encontró que de los \$1.544.406.981 aceptados por glosas, el 83% de las Glosas (\$1.284.435.956) fueron realizadas por 14 ERP, lo que representa el 20% de las 70 aseguradoras que realizaron glosa efectiva durante el año 2012 en el ICF. Ver Cuadro No. 9

### **Cuadro9.Principales ERP con glosas aceptadas por el ICF año 2011 ICF.**

<b>ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO</b>	<b>VALOR GLOSA ACEPTADA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
COMPARTA	\$ 350.358.959	23%
COOMEVA EPS	\$ 207.168.162	13%
ECOOPSOS	\$ 102.571.363	7%
SECCIONAL DE SANIDAD SANTANDER	\$ 77.892.275	5%
FOSCAL	\$ 74.868.754	5%
INSTITUTO DPTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	\$ 74.195.452	5%
NUEVA EPS	\$ 68.291.548	4%
SALUD TOTAL	\$ 63.913.864	4%
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA	\$ 59.010.461	4%
EPS SANITAS	\$ 46.455.094	3%
UO AZV UITVOERINGSORGAAN ALGEMENE ZIEKTEKOSTEVEN	\$ 43.346.721	3%
COMFENALCO SANTANDER	\$ 40.786.693	3%
SOLSALUD	\$ 36.333.085	2%
SALUDCOOP EPS	\$ 34.561.735	2%

Fuente: Informe Notas Crédito año 2012. Elaborado por la autora

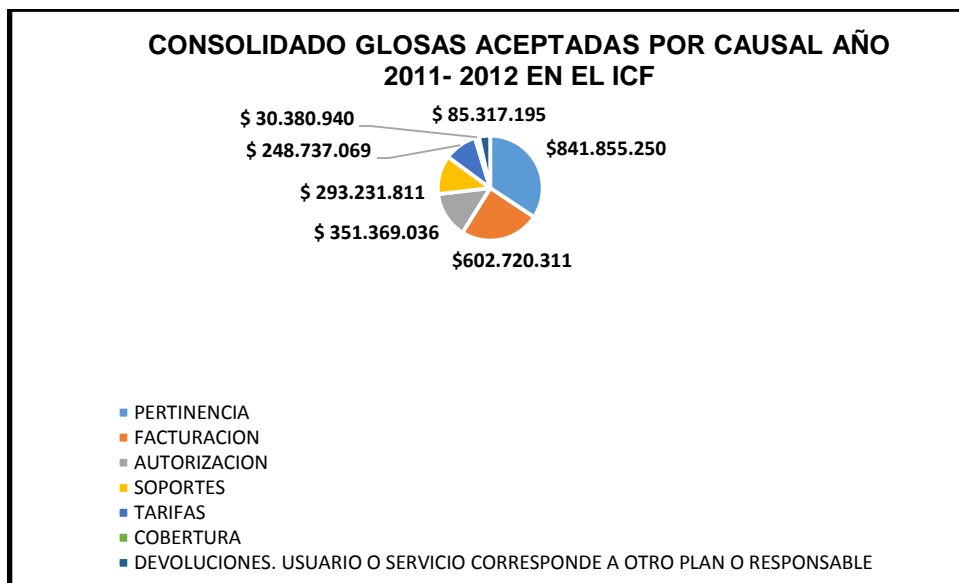
En el año 2012, la EPS con más glosas efectivas fue COMPARTA, evidenciándose una aceptación del 23% sobre el total de las glosas aceptada, lo que corresponde a \$350.358.959, seguido de COOMEVA EPS, entidad que a pesar de haber pasado al segundo lugar presentó un incremento en el número de glosas aceptadas por parte del ICF a \$201.168.162 (13%), continua ECOOPSOS con \$102.571.363 (7%), Seccional de Sanidad de Santander con \$77.892.275 (5) y FOSCAL con \$74.868.754 (5%), entre otras.

## **5.2 DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE LAS GLOSAS POR LA VARIABLE CAUSALIDAD**

Después de analizar periodo a periodo, en esta sesión se muestra la integralidad del análisis realizando el diagnóstico general del área de auditoría en el tema de glosas y sus devoluciones, así como la principal variable analizada, la causalidad.

En este apartado se estudiaron las glosas aceptadas dependiendo de su causalidad, para esto se consolidó toda la información como se observa en el gráfico 8.

**Gráfica 10. Consolidado de Glosas aceptadas por Causal en el ICF años 2011-2012.**



Fuente: Pareto propio. Elaborado por la autora.

También se organizó por su participación de mayor a menor como se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro 10. Consolidado de Aceptación por Motivo años 2011 – 2012 ICF.**

<b>CONSOLIDADO DE ACEPTACION POR CAUSAL EN EL ICF AÑO 2011-2012</b>	
<b>CAUSAL</b>	<b>VALOR GLOSA EFECTIVA AÑO 2011 -2012</b>
<b>601 PERTINENCIA. ESTANCIA NO PERTINENTE</b>	\$ 841,855,250.00
<b>116 FACTURACIÓN. USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN RESPONSABLE</b>	\$ 321,423,007.00
<b>423 AUTORIZACIÓN. PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD</b>	\$ 251,424,029.00
<b>307 SOPORTES. MEDICAMENTOS</b>	\$ 124,684,662.00
<b>308 SOPORTES. AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>	\$ 120,997,958.00
<b>207 TARIFAS. MEDICAMENTOS</b>	\$ 106,819,616.00
<b>430 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ADICIONALES</b>	\$ 99,945,007.00
<b>223 TARIFAS. PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD</b>	\$ 94,239,146.00
<b>816 DEVOLUCIONES. USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN O RESPONSABLE</b>	\$ 85,317,195.00
<b>106 FACTURACIÓN DE MATERIALES</b>	\$ 82,291,758.00
<b>107 FACTURACIÓN MEDICAMENTOS</b>	\$ 62,624,533.00
<b>208 TARIFAS AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>	\$ 55,791,021.00
<b>123 FACTURACIÓN POR PROCEDIMIENTOS O ACTIVIDAD</b>	\$ 55,356,802.00
<b>206 TARIFAS MATERIALES</b>	\$ 98,706,902.00
<b>101 FACTURACIÓN ESTANCIA</b>	\$ 52,137,071.69
<b>847 DEVOLUCIONES. FALTA SOPORTES DE JUSTIFICACION PARA RECOBROS</b>	\$ 47,549,191.00
<b>507 COBERTURA DE MEDICAMENTOS</b>	\$ 30,380,940.00
<b>108 FACTURACIÓN AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>	\$ 28,887,139.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 2,560,431,228</b>

Fuente: Pareto propio. Elaborado por la autora

Teniendo en cuenta los hallazgos evidenciados en la priorización por valor se procedió a la separación de la información por rubros, teniendo en cuenta la codificación normativa establecida en la Resolución 3047 del 2008 Anexo Técnico No. 6 Manual Único de Glosas. En resumen, se presenta que según la causalidad, así se comporta el valor de la glosa aceptada.

**Cuadro 11. Clasificación de la Glosa efectiva por Grupo año 2011-2012 ICF.**

<b>CAUSAL</b>	<b>VALOR GLOSA ACEPTADA</b>
PERTINENCIA	\$ 841.855.250
FACTURACION	\$ 3.134.264.399
AUTORIZACION	\$ 351.369.036
TARIFAS	\$ 355.556.685
SOPORTES	\$ 258.198.514

CAUSAL	VALOR GLOSA ACEPTADA
COBERTURA	\$ 28.887.139
DEVOLUCIONES. USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN O RESPONSABLE	\$ 85.317.195

Fuente: Pareto propio. Elaborado por la autora

Ahora bien, para profundizar en el diagnóstico de manera integral, se entrará en la explicación detallada de cada una de las principales causales para comprender mejor la situación actual presentada.

**5.2.1. Glosas Efectivas Por La Causal: Pertinencia.** Durante el año 2011 y 2012, las glosas efectivas por Pertinencia fueron la causal con más relevancia en el ICF, más específicamente la Pertinencia de estancia, ítem que por sí solo en el año 2011 representó pérdidas de \$513.227.695 y para el año 2012 de \$328.627.555, teniendo como resultado final \$841.855.250 aceptados en estos dos periodos. Ver gráfico siguiente.

**Gráfico 11. Evolución Glosas por Pertinencia 2011 Vs 2012 en el ICF.**

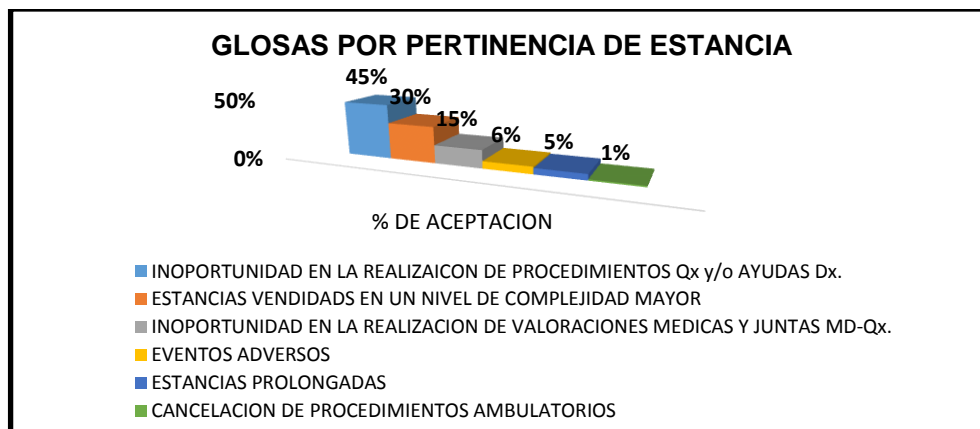


Fuente: Pareto propio. Elaboración de la autora.

Lo anterior es de suma importancia, porque se trata de servicios efectivamente prestados, que si representan pérdida para el ICF. Se puede evidenciar una disminución en el número de glosas efectivas por pertinencia; sin embargo, el

rango de porcentaje sigue siendo alto y lidera en el año 2012 todavía como el principal motivo de glosas aceptadas. Dentro del estudio realizado, se evidencia que la primera causal para la aceptación de una estancia como No Pertinente tiene que ver con aspectos como los relacionados a continuación.

**Gráfico 12. Glosas efectivas por estancia No Pertinente.**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2011-2012. Elaboración propia.

La inoportunidad en la realización de procedimientos quirúrgicos o ayudas diagnósticas. Estos casos son muy frecuentes y representan el 43% de las glosas por Estancia No pertinente. Se dan principalmente en pacientes a la espera de procedimientos de Hemodinamia y la realización de ayudas diagnósticas tales como Resonancias Magnéticas. Esto se debe a la programación de los procedimientos 48 horas posterior a su ordenamiento en la Historia Clínica Electrónica (HCE), o cuando en la (HCE) no se fundamenta otra razón, para que el paciente este hospitalizado, encontrándose “a la espera de procedimiento quirúrgico” por ejemplo. También, se presenta en una proporción importante en pacientes que se encuentran a la espera de cumplimiento de Protocolo quirúrgico y a la terminación del mismo no es programado, sin citar en la HCE como la razón de fondo de la no programación.

Las estancias vendidas en un nivel de complejidad mayor al que se describe en las evoluciones médicas. Esta situación se presenta básicamente por dos situaciones: los pacientes vendidos por las subgerencias clínicas como UCI o UCI Intermedia y tienen criterios de estancia, basándose en lo escrito en la HCE por el médico tratante de una estancia menor; y los pacientes bien vendidos por las Subgerencias clínicas, con criterios claros de estancia en la unidad vendida, pero que el médico en sus evoluciones destina a una estancia inferior. Esta situación representa el 30% de los casos de Estancia no pertinente y se presenta básicamente por un problema de comunicación entre la parte administrativa y la asistencial.

La inoportunidad en la realización de valoraciones médicas y realización de Juntas Médico-Quirúrgicas. Se presenta en pacientes que tienen pendiente para definición de conducta la valoración por determinada especialidad tratante la cual puede ser o no de las ofertadas por la FCV y se demoran en su realización más de 24 horas para las institucionales y 72 horas para las extra-FCV, quedando el paciente a la espera de la misma, sin definición de manejo. En cuanto a las Juntas, se tiene el inconveniente en que por ejemplo en el área de pediatría las juntas de cirugía cardiovascular se realizan solo los viernes; es así, que si un paciente ingresa un viernes por la tarde debe esperar hasta la siguiente semana para su definición. Esa situación se presenta en el 15% de los casos.

Los Eventos Adversos. Se trata de pacientes que aun cuando tienen una estancia plenamente justificada, durante el transcurso de la misma presentaron un evento que prolongo la duración de la misma y que fue imputable al prestador. Esta situación se presentó en el 6% de los casos.

El tema relacionado con la Estancia Prolongada, se refiere a situaciones en que en la evolución médica no se describe la necesidad o causal de la hospitalización, básicamente se presenta en pacientes que según lo referido por el médico tratante

se encuentran “hemodinámica mente estables, tolerando vía oral, sin soportes” y con manejo oral o que puede aparentemente ser realizado en casa. Esta situación se presenta en el 5% de los casos y básicamente se da por la no profundización en la evolución médica del paciente.

La cancelación de procedimientos ambulatorios. El 1% se da por pacientes que ingresan de forma ambulatoria al ICF para la realización de un procedimiento quirúrgico y por causa de una urgencia que requiere la utilización del quirófano, su cruzada debe ser postergada, quedando esta estancia como “muerta” y obviamente no asumida por parte de la ERP.

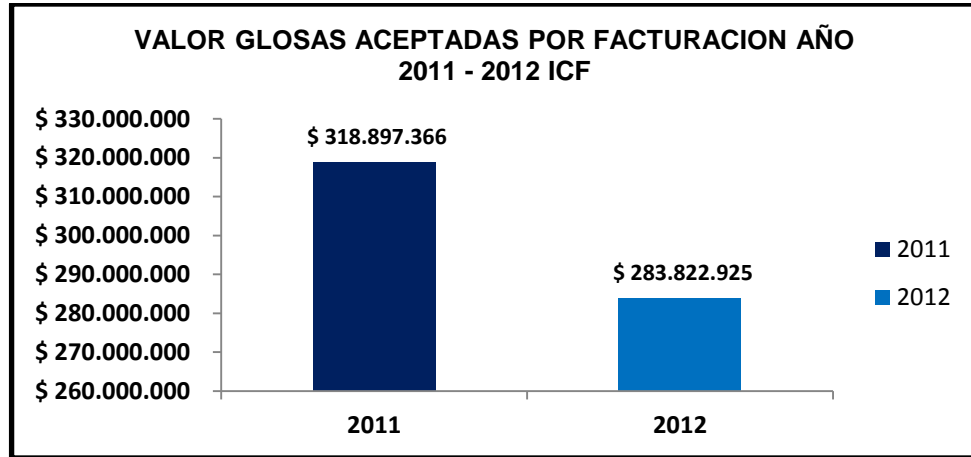
**Grafico 13. Distribución causal de Glosa por Pertinencia de estancia.**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2011-2012. Elaborado por la autora.

**5.2.2 Glosas Efectivas Por La Causal: Facturación.** Durante el año 2011 y 2012 las glosas efectivas por el grupo Facturación representaron una porción bastante importante de aceptación, generando pérdidas para el ICF en el año 2011 de \$318.897.366 y de \$283.822.925 en el año 2012.

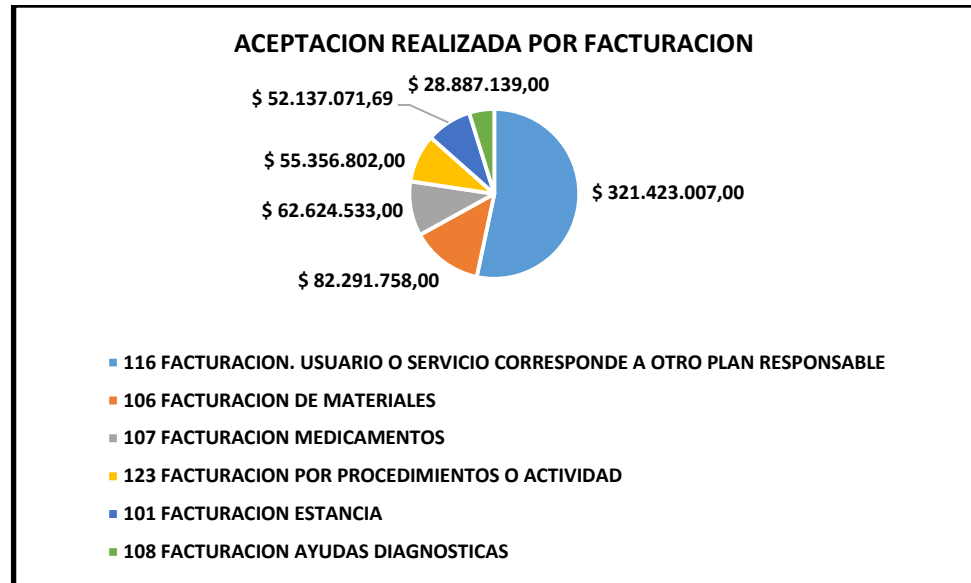
**Gráfico 14. Evolución Glosas por Facturación 2011 Vs 2012 en el ICF.**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2011 – 2012 ICF. Elaboración propia.

Para un total de glosas aceptadas por Facturación de \$602.720.311, repartidos en los rubros que se enuncian a continuación.

**Gráfico 15. Glosas efectivas por el Grupo Facturación.**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2011- 2012. Elaborado por la autora

Explicando y analizando cada una de estas causales se encuentra la siguiente situación.

***La facturación por usuario o servicio corresponde a otro plan responsable.***

Este motivo representó pérdidas para el ICF de \$321.423.007 durante el periodo de tiempo estudiado, lo que corresponde al 53% de todas las glosas por el grupo. Se presenta básicamente cuando se realizan aceptaciones por pacientes que se facturan a una aseguradora determinada y el usuario pertenece a otra. Esta situación se ha evidenciado principalmente en 6 situaciones, así:

En pacientes que a su ingreso al ICF aparecen en el FOSYGA sin afiliación a ninguna EPS y al finalizar la misma o durante el transcurso de la estancia son afiliados; siendo la estancia de la afiliación, no reconocida por la Secretaría de Salud y tampoco reconocida por la EPS, al no haberse solicitado las autorizaciones a tiempo. Esta situación se presenta de forma bastante regular teniendo en cuenta que la información aportada por el FOSYGA es actualizada cada 3 meses, y más aún cuando con la primera autorización emitida por parte de una aseguradora se confía y se sigue solicitando a la misma, sin más verificaciones en esta página. Estos casos representan el 27% del total de glosas efectivas por el rubro de Facturación de usuario o servicio corresponde a otro plan responsable.

En Pacientes con cambio de EPS durante su hospitalización. Este es un caso muy parecido al anterior y se presenta primordialmente en pacientes neonatos, quienes durante el primer mes de vida su atención es asumida por la EPS materna con posterior cambio de EPS, lo cual no es reportado por los familiares ni por las entidades interesadas, siendo cargada la continuidad de una atención a la aseguradora inicial aun cuando el paciente ya había sido afiliado a otra. También se evidencia de forma muy frecuente en pacientes remitidos por una ERP determinada, especialmente Secretarías de Salud, con autorizaciones para su atención por esta entidad, aun cuando tienen EPSS, y que al radicar la cuenta no es asumida por el ente territorial aduciendo que es una atención POS y por lo tanto debe ser asumida por la EPSS y que la autorización emitida está sujeta a

auditoria médica. Estos casos representan el 21% del total de glosas efectivas por el rubro de Facturación de usuario o servicio corresponde a otro plan responsable.

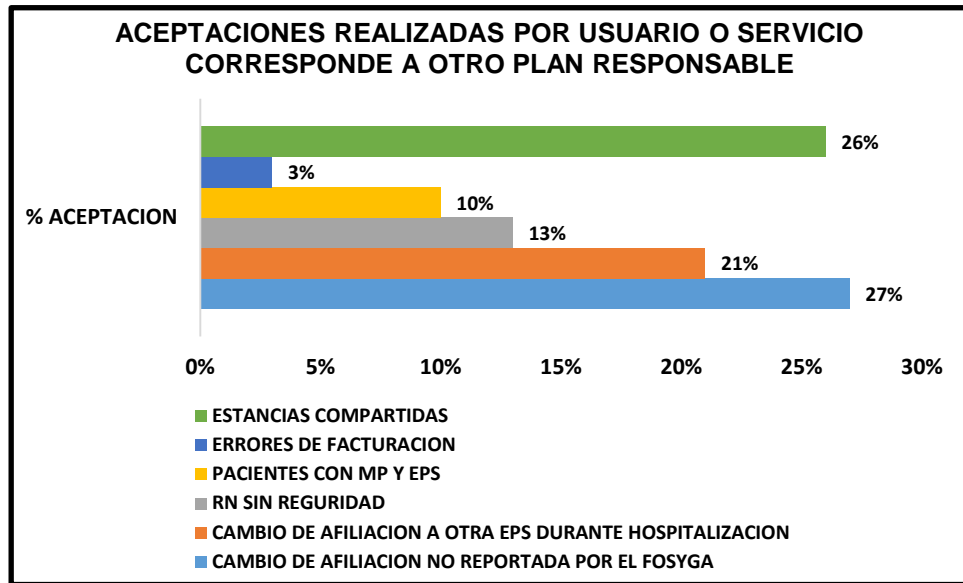
En Pacientes recién nacidos con madre activa en el régimen subsidiado y padre activo en régimen contributivo, sin ser afiliados durante el primer mes de vida a ninguna aseguradora. Aun cuando es responsabilidad de los padres y de las respectivas EPS la afiliación de sus usuarios (núcleo familiar), son las IPS, en este caso el ICF quien se perjudica al no haber claridad con respecto a la ERP, ya que se está sujetos a la voluntad de la familia y a que la información sea reportada al área de autorizaciones de la IPS. Estos casos representan el 13% del total de aceptaciones por este ítem.

En Pacientes con Medicina Propagada y EPS, cuya atención es facturada dependiendo del plan a una u otra entidad. En este punto es muy importante que el área de autorizaciones sea muy clara con las solicitudes y las gestiones realizadas ante la entidad, así como el apoyo por parte de auditoría de la EPS para dar claridad a las dudas. Este caso se presenta en el 10% de los casos.

En Error de facturación. Se presenta principalmente en la facturación de servicios ambulatorios, en los cuales se factura a otra EPS diferente a la del usuario. Estos casos se presentan en menor proporción y representan el 3% de los casos.

Y en Pacientes hospitalizados, con estancias a cargo del ente territorial y EPS. Aun cuando representa un porcentaje importante de casos, se dejó de último teniendo en cuenta que debido posterior a la unificación del POS con el Acuerdo 009 en diciembre del 2011 ya no se tiene este problema para la facturación de las estancias. Representando en el estudio el 26% de los casos.

**Grafico 16. Aceptaciones realizadas por el Motivo: Usuario corresponde a otro plan responsable.**



Fuente: Informe de Notas Crédito año 2011 – 2012 ICF. Elaborado por la autora

**La facturación de materiales.** Esta situación se presenta en el 14% de las glosas aceptadas por el grupo Facturación y se presentan principalmente por cuatro causales, así:

En Pacientes con Medicina Prepagada cuyo procedimiento es cubierto por la MP y los insumos se encuentran a cargo de la EPS.

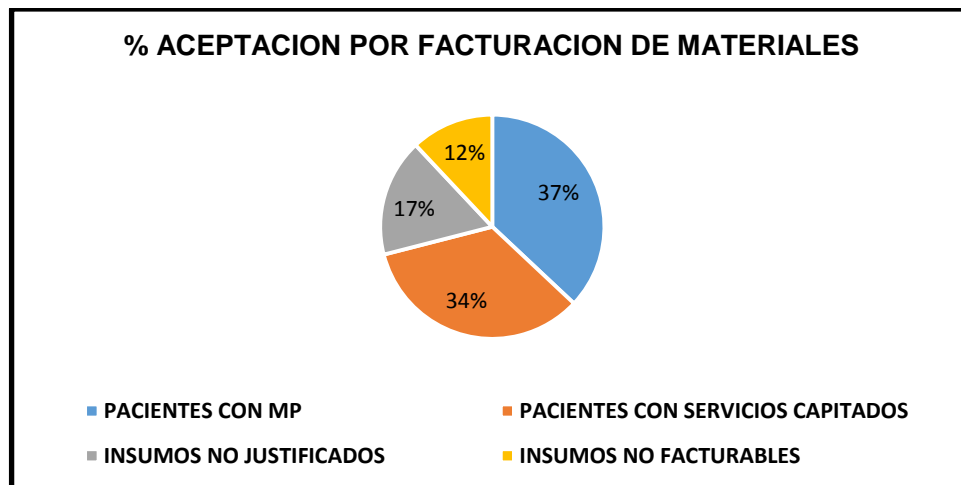
En Pacientes con atención capitada. Se trata de pacientes afiliados a determinada EPS, la cual a su vez tercerizó los servicios a X IPS, cuya estancia puede estar contratada con la IPS, pero los procedimientos Quirúrgicos no, al tratarse de procedimientos de Nivel IV de complejidad, no capitados.

En Insumos facturados en determinado servicio o procedimiento y no justificado su uso durante el mismo. Esta situación se presenta cuando por error del área de farmacia es vendido un insumo durante un procedimiento quirúrgico que no fue utilizado en el paciente. Representa el 17% de los casos.

Y en Insumos no facturables, pero facturados por el ICF, situación que representa el 12% de los casos.

En resumen, con respecto a esta situación se observa.

**Gráfico 17. Glosas efectivas por el Motivo: Facturación de Materiales.**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2011-2012 ICF. Elaborado por la autora.

**La facturación por Medicamentos.** Este código representa pérdidas para el ICF de \$62.624.533, lo que equivale al 10% del grupo de Facturación y se presenta por aspectos como:

Los Medicamentos POS en pacientes capitados. Esta situación se presenta en pacientes afiliados a una determinada EPS que a su vez tercerizó la atención de los mismos, pero durante la contratación quedaron algunos medicamentos explícitamente sin cobertura y/o por la antigüedad de los mismos y la actualización

periódica del Plan Obligatorio de Salud (POS) <sup>19</sup> (inclusión de algunos medicamentos al POS) quedaron por fuera de la contratación, siendo estos facturados por el ICF en la cuenta de la atención y glosados por la ERP para su re-facturación a la EPS correspondiente. Esta situación representa el 63% de los casos y aunque no representa pérdidas efectivas de dinero ya que los medicamentos son asumidos por la EPS capitadora, representa un reproceso importante que implica tiempo y desgaste administrativo, afectando de forma indirecta el flujo de caja del ICF.

En Medicamentos NO POS sin cobertura por Medicina Prepagada. Esta situación se da principalmente cuando se manejan pacientes por Medicina Prepagada y no se solicita CTC para la autorización de los medicamentos NO POS, siendo facturados en la cuenta de la Medicina Prepagada y glosados por la entidad por tener cobertura del plan. Se presenta en el 29% de los casos.

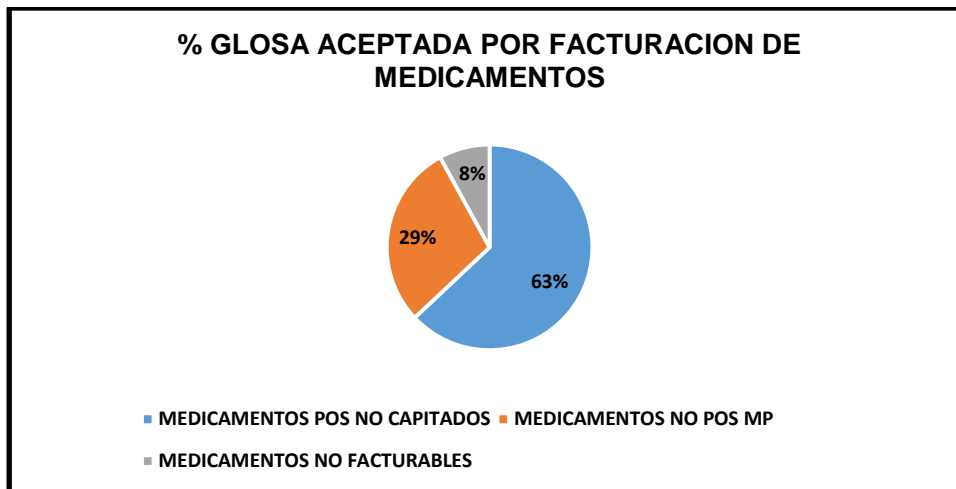
En Medicamentos no facturables como por ejemplo agentes anestésicos y/o los incluidos en los derechos de sala. Se presenta cuando se facturan medicamentos no facturables, teniendo en cuenta lo establecido en los manuales contratados. Se da en el 8% de los casos.

En resumen, en esta causal se observa lo siguiente.

---

<sup>19</sup> Acuerdo 029 del 2011 Anexo 1 de Medicamentos.

**Gráfico 18. Glosas efectivas por el Motivo de Facturación de Medicamentos**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2011 y 2012. Elaborado por la autora.

***La facturación por procedimientos o actividad.*** Representa el 9% de las Glosas aceptadas por el rubro de Facturación, lo que corresponde a \$55.356.802. Y se presenta por las siguientes casuales:

Procedimiento o Actividad No contratada. Se presenta en la mayoría de los casos por CUPS no contratados por determinadas aseguradoras y que son cobertura de otra ERP, se da muy frecuentemente en atenciones a usuarios capitados. Representa el 52% de los casos.

Procedimiento o Actividad sin cobertura. Se presenta en el 33% de los casos, corresponde generalmente a procedimientos realizados a pacientes afiliados a un plan complementario, pero cuya actividad realizada no tiene cobertura por el mismo.

Procedimiento o actividad no facturable. Se presenta cuando se facturan procedimientos no facturables en determinada estancia y representan el 15% de los casos.

Estos casos, se presentan como se observa a continuación.

**Grafica 19. Porcentaje de Glosas efectivas por la Facturación de Procedimientos o actividad**



Fuente: Informe de Notas Crédito año 2011-2012 ICF. Elaborado por la autora

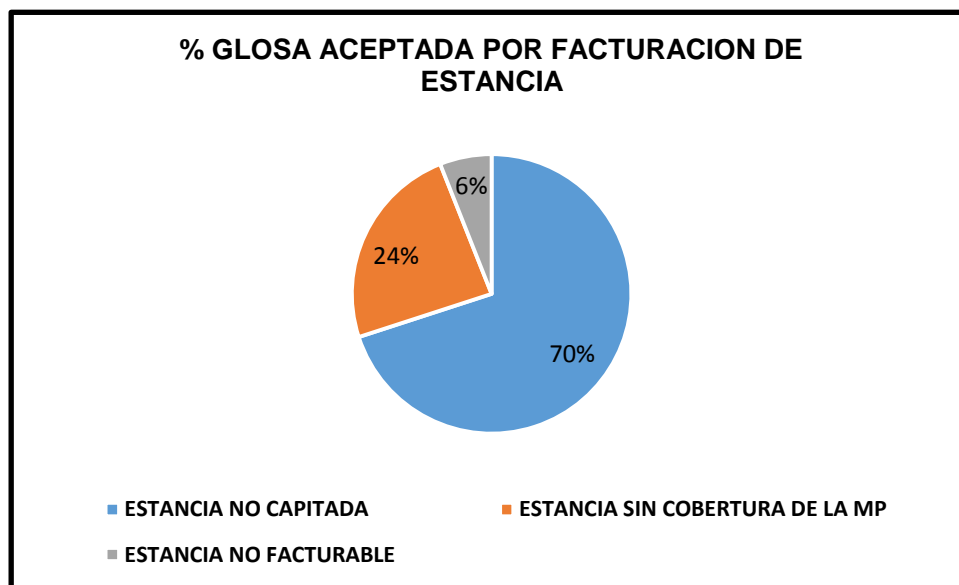
**La facturación Estancia.** Este motivo representa otro 9% de las Glosas efectivas por Facturación, lo que equivale a \$52137.072. Se presenta básicamente por las razones a continuación mencionadas.

Estancia no capitada. Se presenta básicamente en pacientes capitados por servicios o con cobertura de capitación solo por ciertos días determinados, los cuales deben ser aceptados y re-facturados al pagador correspondiente. Representa el 70% de los casos.

Estancia sin cobertura de MP. Pacientes a los cuales la MP le autoriza determinados días, quedando el resto de la estancia a cargo de la EPS, teniendo que aceptarse la misma y re-facturarse si es posible (depende de si se realizó o no la solicitud de autorización) ante la EPS correspondiente. Representa el 24% de los casos.

Estancia no facturable. Se presenta cuando se realiza sobrefacturación o doble facturación de un día de estancia, cuando se factura el día de egreso del paciente y cuando se factura un día sin evolución médica. Representa el 6% de los casos.

**Grafico 20. Porcentaje de Glosas efectivas por Facturación de estancia.**



Fuente: Informe de Notas Crédito año 2011-2012 ICF. Elaborado por la autora.

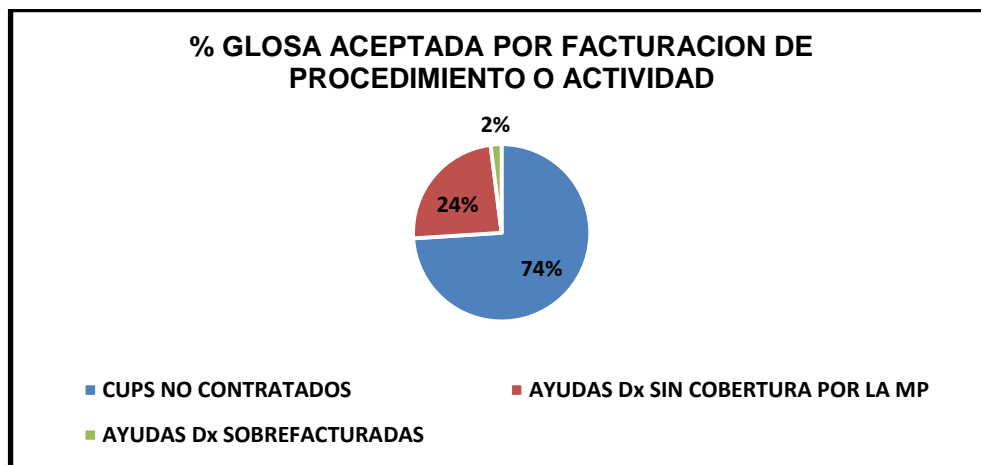
**La facturación por Ayudas Diagnósticas.** Corresponde al 5% de las Glosas efectivas por Facturación lo que representa la suma de \$28.887.139 aceptados por este motivo. Se presenta básicamente por las siguientes causas.

CUPS (Clasificación única de Procedimientos en salud) no contratados. Se debe principalmente a ayudas POS y NO POS sin cobertura por la aseguradora a la que se facturó el servicio. Este caso se presenta en su mayoría por cups no capitados, los cuales deben aceptarse y re-facturarse a la ERP correspondiente. Corresponde al 74% de las aceptaciones realizadas por este motivo.

Ayudas Diagnósticas sin cobertura por MP. Se presenta en los casos de ayudas Dx. NO POS sin cobertura por Medicina Prepagada y que deben ser facturadas a la EPS del paciente. Corresponde al 24% de los casos.

Ayudas Diagnósticas Sobre facturadas. Corresponde a los casos en que por error de venta y facturación se facturan más ayudas Dx a las realizadas. Corresponde al 6% de los casos.

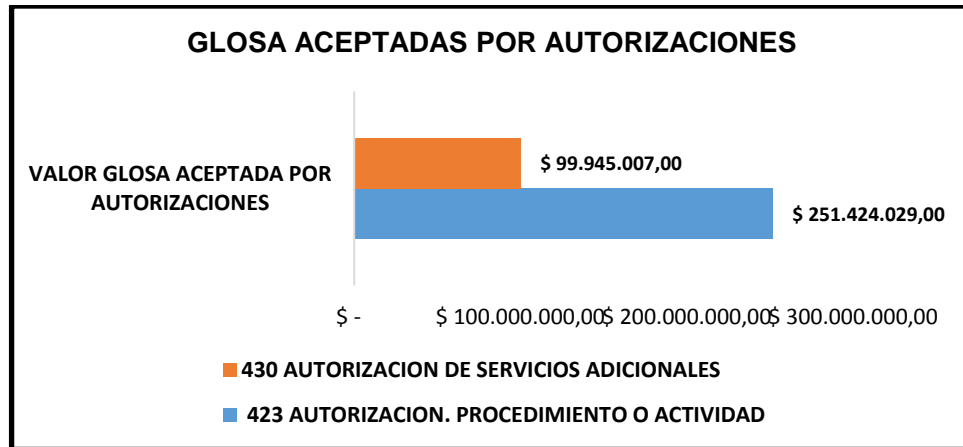
**Gráfico 21. Porcentaje de Glosas efectivas por Facturación de Ayudas Diagnósticas.**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2011-2012 ICF. Elaborado por la autora

**5.2.3 Glosas Efectivas Por La Causal: Autorizaciones.** En el grupo de autorizaciones se estudiaron básicamente las glosas efectivas por dos motivos: Autorización de Servicios Adicionales y Autorización de Procedimiento o Actividad, teniendo en cuenta los resultados evidenciados en el Pareto realizado.

**Gráfico 22. Glosas aceptadas por Autorizaciones**



Fuente: Informe de Notas Crédito año 2011- 2012. Elaborado por la autora

En su explicación detallada, se encuentra lo siguiente.

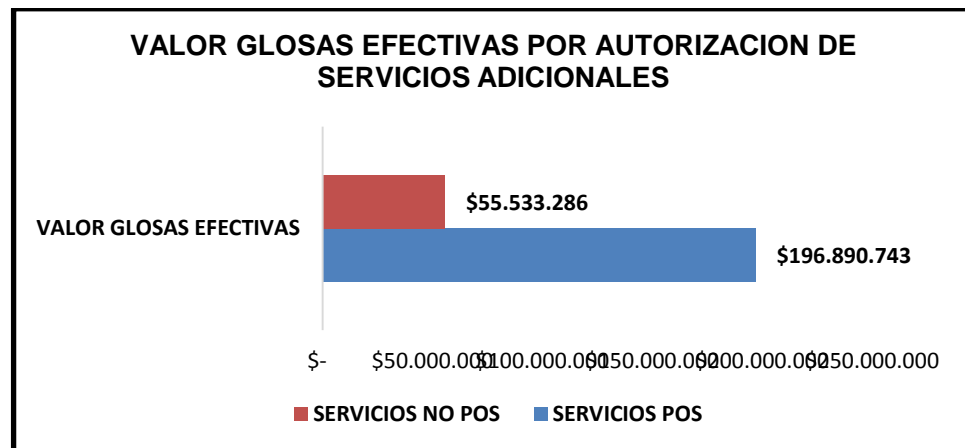
***Autorización De Procedimiento O Actividad.*** Este motivo representó pérdidas para el ICF durante los 2 periodos de tiempo estudiados de \$252.424.029, lo que corresponde al 72% de las glosas aceptadas por el Grupo de Autorizaciones teniendo en cuenta el Pareto realizado. Y se puede analizar así:

Los Servicios POS, que representan el 22% de los casos y se presenta básicamente por no solicitud de autorización de un procedimiento POS o la realización de la misma de forma extemporánea. La causa raíz en el 90% de los casos es la no descripción por parte del personal médico de la realización del mismo o el no ordenamiento en el sistema de HCE, no siendo visualizado el mismo por el personal técnico de autorizaciones y por lo tanto sin solicitud ante la ERP.

Y los Servicios NO POS, que representa el 78% de los casos, lo que equivale a \$196.890.743. Se presenta básicamente por las mismas razones que el anterior ítem, pero se podría decir que se trata de una situación más compleja al tratarse de servicios que si se solicitan por fuera de los tiempos establecidos en la

normatividad legal vigente en salud para los servicios NO POS<sup>20</sup>, se tornan extemporáneos, lo que imposibilita su recobro ante el FOSYGA y finalmente torna más difícil la situación a la hora de la negociación de los mismos durante un procesos conciliatorio entre ambas entidades. Se presenta en una menor proporción cuando los pacientes acuden de forma ambulatoria al ICF para la realización de un procedimiento o actividad y durante la intervención quirúrgica teniendo en cuenta los hallazgos evidenciados durante la misma se cambia el manejo quedando el mismo sin autorización.

**Gráfico 23. Glosas efectivas por Autorización de servicios adicionales.**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2011-2012 ICF. Elaboración propia.

**Autorización De Servicios Adicionales.** Sucede exactamente lo mismo al caso anterior, y representan el 28% de los casos seleccionados en el Pareto, lo que equivale a \$99.945.007. Se trata en el 100% de los casos, de insumos NO POS utilizado durante procedimientos NO POS y que no fueron solicitados oportunamente por el ICF ante la ERP. Se pueden presentar 3 situaciones claves, a saber:

<sup>20</sup>Resolución 548 Del 2010.

Solicitud extemporánea de insumos NO POS. Se presenta por dos razones básicas: el médico diligenció el NO POS de forma extemporánea; o el médico diligenció el NO POS oportunamente, pero el área de autorizaciones no lo diligenció oportunamente ante la entidad.

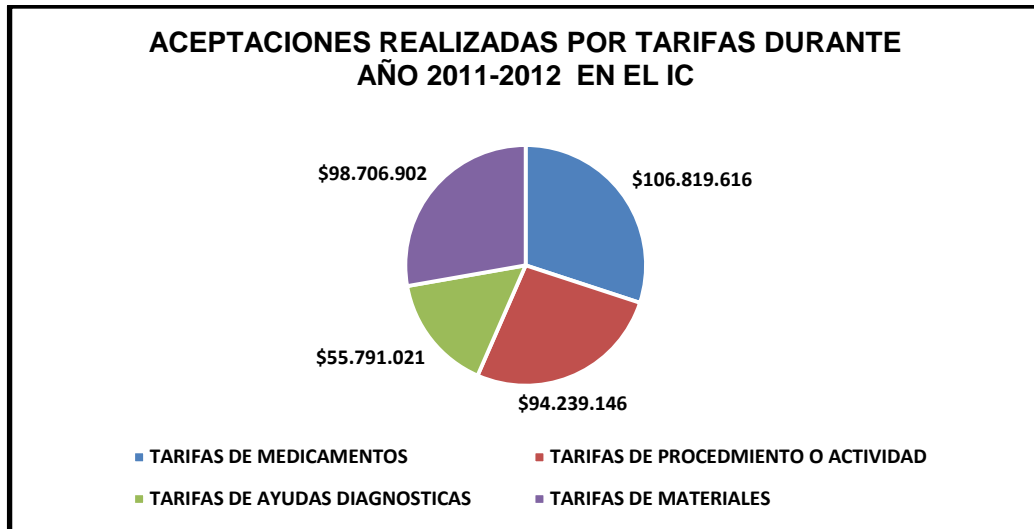
También por la No solicitud del Insumo NO POS. Se presenta por las dos razones previas mencionadas.

NO POS Devueltos. Se trata de servicios NO POS prestados y devueltos por el Comité Técnico Científico de la EPS, teniendo como ICF dos días hábiles para su respuesta, y no generando la misma a tiempo. La causal de fondo se da por motivos administrativos en el 80% de los casos y la razón de fondo es la ampliación de justificación en el 62% y dosificación en el 30%, seguido por otras causales con menos incidencia.

Se puede concluir, que las razones son más de procesos y estandarización de los mismos en los servicios en cuanto al control de los servicios NO POS y la trazabilidad que se debe llevar para que todos sean solicitados de forma oportuna ante las diferentes aseguradoras.

**5.2.4 Glosas Efectivas Por La Causal: Tarifas.** Este grupo de Glosas representa el 14% de las Glosas efectivas totales del Pareto realizado y equivale a \$355.556.685. Las causales de fondo están dadas principalmente por: tarifas de medicamentos que equivale al 30% de los casos, las tarifas de materiales con el 28% de los casos, tarifas por procedimiento o actividad que equivale al 27% de los casos y las tarifas de ayudas diagnósticas, con el 16% de los casos.

**Gráfico 24. Glosas efectivas por el grupo de Tarifas.**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2011-2012. Elaboración propia.

Estos motivos no se discriminan por separado ya que comparten la misma causa raíz como son:

Tarifas no pactadas. En el sector salud es muy complejo el tema de contratación, pues cada entidad (EPS) pretende tener sus propias políticas, las cuales incluso en muchas ocasiones, están por fuera de lo establecido en la normatividad legal vigente en salud. Para el ICF este siempre ha sido un tema álgido, el cual, con el pasar del tiempo está cobrando más importancia, ya que cada vez son más difíciles las contrataciones a las tarifas que pretenden pagar las EPS y que por el nivel de complejidad que maneja el ICF son insuficientes para su sostenimiento.

Anualmente el ICF realiza un incremento a las tarifas pactadas con todas las ERP, siendo entonces necesaria la negociación de las mismas con las aseguradoras. El problema radica en que la mayoría de la ERP pospone las negociaciones y no aceptan las tarifas propuestas por el ICF, teniendo la FCV de forma unilateral realizar el aumento respectivo de las tarifas. Al realizarse el aumento de tarifas sin el consentimiento de las diferentes ERP se generan las glosas por Tarifas,

aduciendo las aseguradoras un mayor valor cobrado por tarifas no acordadas en todos los servicios facturados.

Este es un problema que con el paso está cobrando más fuerza y generando reprocesos para la parte administrativa del ICF. En el año 2013 con la finalidad de solucionar esta problemática el ICF realizó su propio manual tarifario institucional (MUT) teniendo como base la normatividad vigente y los manuales previos existentes: Manual ISS 2001 y Decreto 2423 de 1996, este último actualizado anualmente.

Actualmente el ICF está trabajando en la contratación y aceptación del MUT con las diferentes EPS, sin embargo a la fecha menos del 30% de las mismas han aceptado de forma contractual el manual realizado por la FCV, continuando el ICF con la problemática planteada al inicio de este apartado.

**5.2.5 Glosas Efectivas Por La Causal: Soportes.** Representan el 10% de las Glosas efectivas en el diagrama de Pareto, lo que equivale a \$258.198.514 perdidos por este grupo. Las casuales de fondo más importantes son:

***Soportes De Medicamentos.*** Representan pérdidas de \$124.684.662 dentro del grupo de glosas efectivas por soportes, lo que equivale al 43% de las mismas.

***Soporte De Ayudas Diagnósticas.*** Generó pérdidas durante el periodo estudiado de \$120.997.958, lo que equivale al 41% del total del grupo.

Estos dos motivos tienen causales de fondo iguales, las cuales se pueden dividir en los medicamentos no aplicados y/o ayudas diagnósticas no realizadas y los medicamentos aplicados pero no soportada su aplicación en HCE (igual sucede con las ayudas diagnósticas).

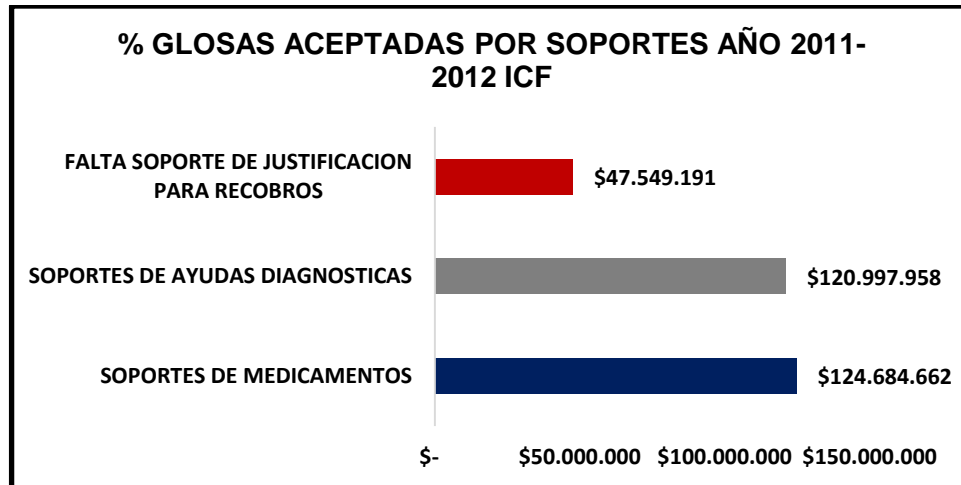
La primera situación ocurre por un error en la venta del medicamento o ayuda

diagnostica por el área correspondiente, en estos casos farmacia y laboratorio clínico principalmente, aunque también se presenta en el caso de los medicamentos cuando el mismo no es devuelto al área correspondiente por el personal encargado. Se presenta en el 65% de los casos de glosas por este motivo.

La segunda situación, se presenta en el 35% de los casos y se presenta cuando un medicamento es efectivamente aplicado o un laboratorio realizado, pero no es registrado por el personal encargado. Esta situación es más preocupante que la primera porque estos casos si representan perdida de dinero al ICF por servicios efectivamente prestados, mientras que en el primer caso genera reprocesos.

***Devolución Por Soportes De Justificación Para Recobros.*** Aunque normativamente este motivo se encuentra enmarcado bajo el grupo de Devoluciones, se decidió incluirlo en este rubro teniendo en cuenta que la causal de fondo es la misma, básicamente no soporte de los servicios efectivamente prestados, aunque este motivo en específico se refiere a servicios NO POS. Por si solo este motivo generó pérdidas para el ICF en el periodo estudiado por \$47.549.191, muchas veces no recuperables teniendo en cuenta los limitantes y el tiempo establecido en la normatividad vigente para la presentación del NO POS y la realización del recobro ante el FOSYGA.

**Gráfico 25. Glosas efectivas por Soportes en el ICF año 2011 – 2012.**



Fuente: Informe Notas Crédito año 2011-2012 ICF

**5.2.6 Glosas Efectivas Por La Causal: Cobertura.** Del grupo de Cobertura solo se incluyó la relevancia que representa por sí sola, la glosa por Cobertura de Medicamentos, la cual generó el 1% de las glosas más importantes del Pareto con \$30.380.940. Esta glosa se presenta básicamente en la atención brindada a pacientes capitados y de Medicina Prepagada cuyo plan excluye la aplicación de determinados medicamentos (75% NO POS), los cuales deben ser re-facturados a la EPS del paciente. El problema radica cuando no se tiene la información clara y por ende no se solicita la autorización de los medicamentos a la EPS responsable, lo que representa no solo un reproceso, sino pérdida efectiva de dinero al ICF.

**5.2.7 Glosas Efectivas Por La Causal: Devoluciones. Usuario o Servicio Corresponde a otro Plan o Responsable.** Las glosas por este motivo representan el 3% de las glosas lo que equivale a pérdidas por \$85.317.195 durante el periodo estudiado. Esta situación se presenta básicamente por dos razones, así:

Los pacientes que cambian de ERP durante el periodo de hospitalización teniendo en cuenta información aportada por FOSYGA. Esta situación representa el 80% de los casos y se da cuando no hay claridad de la ERP ya que cuando ingresa el paciente está afiliado a una determinada aseguradora o pertenece a la población vinculada y durante el trascurso de atención es afiliado a otra, sin reporte del cambio al ICF quien tampoco genera solicitudes a la nueva entidad a cargo del paciente. Estos casos son muy parecidos a las causales de glosa por Facturación. Los errores de facturación. Se presenta en el 20% de los casos y que el 98% de los casos se presenta en pacientes con atenciones ambulatorias. Esta situación genera reprocesos más no pérdidas al ICF ya que las cuentas son re-facturadas a la ERP.

De esta forma se concluye el diagnóstico de la situación actual en el área de auditoría, con respecto al tema de glosas y devoluciones teniendo en cuenta la normatividad legal vigente sobre el tema, aplicado al Instituto del Corazón de Floridablanca y su análisis con las principales causas de glosa efectiva aplicando herramientas estadísticas comprobadas que facilitaron dicho análisis.

## **6. PLANES DE MEJORA SOBRE LOS PROCESOS INSTAURADOS EN EL ÁREA DE AUDITORÍA DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA**

En este capítulo se plantean los planes de mejora para dar soluciones a las problemáticas evidenciadas apoyadas en los hallazgos en el estudio de causales de glosa en el ICF. Estos planes están apoyados en su acción para implementar los cambios necesarios del área de auditoría y la definición de procesos de trazabilidad y retroalimentación hacia el personal asistencial, médico y administrativo involucrado en la aceptación, con el propósito de lograr una cultura de concientización y cero errores.

### **6.1 PLAN DE MEJORA PARADISMINUCIÓN DE GLOSAS POR LA CAUSAL- PERTINENCIA**

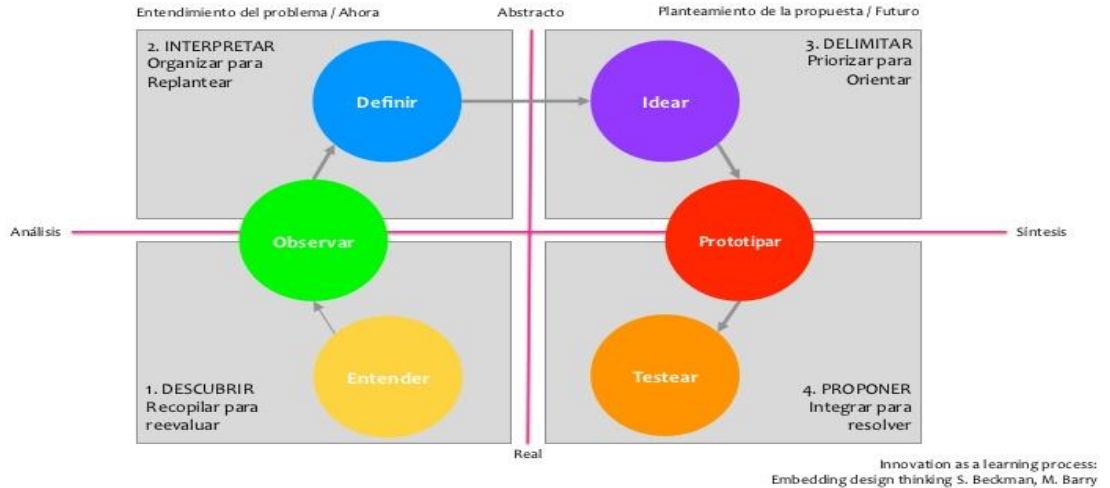
Para realizar todas las propuestas de mejora se fundamentaron teniendo en cuenta la metodología de Design Thinking<sup>21</sup>, las cuales consisten en reuniones periódicas con el equipo de auditoría del ICF, para generar Lluvia de Ideas, teniendo en cuenta el aporte de todos y se procedió a clasificar las ideas dependiendo de la variable Causal de Glosa que afectaba y proponer el escenario ideal para cada caso.

---

<sup>21</sup>Change By Design año 2009, Tim Brown

**Figura 3. Proceso de diseño DesignThinking**

**Proceso de diseño Design thinking resumido en 4 pasos**

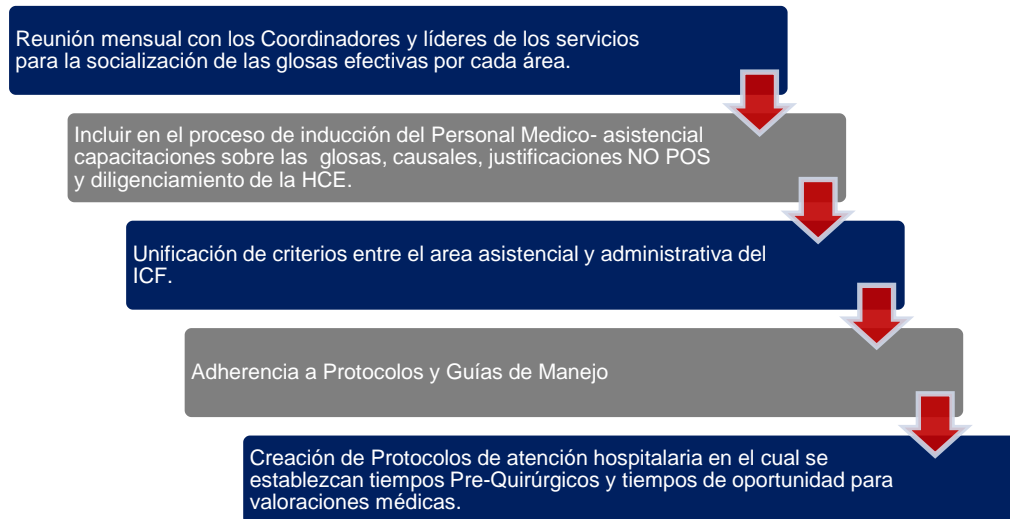


Tomado de la Presentación Pensamiento de Diseño. Elaborado por Diego Carbonel.

A continuación se plantean acciones generales para cada causal analizada, sin embargo, en el Anexo F, se encuentra en detalle el Plan de Acción a ejecutar para cada acción planteada según su causal. Ver Anexo No. f: Plan de Acción Auditoría de Cuentas Médicas.

**6.1.1 Sensibilización del Personal Médico en la Importancia de la Redacción de la Historia Clínica Electrónica.** Teniendo en cuenta los hallazgos evidenciados, más del 50% de las glosas por “Pertinencia de estancia” se producen por problemas de redacción y registro en la HCE, en donde el personal médico-asistencial no justifica de forma contundente la razón de la hospitalización del paciente o el porqué del manejo instaurado. Es aquí, donde se deben tomar correctivos, proponiendo las siguientes actividades, en el plan de mejora respectivo.

#### Figura 4. Actividades para cumplimiento de la estrategia: Sensibilización del Personal Médico.



Fuente: Propia. Elaborado por la autora.

En la primera actividad de socialización de las glosas efectivas por servicio, se busca la concientización del personal médico y asistencial del ICF de las pérdidas generadas por el registro incompleto o la no justificación de la conducta tomada durante la atención del paciente. En la primera etapa de implementación, estas reuniones se realizarán en los servicios en que se generan más glosas efectivas dentro del ICF, buscando que el personal del área se involucre en el tema, entendiendo la importancia de su labor y todo los reprocesos que implica la omisión de una tarea. Se espera durante esta actividad que el personal se comprometa y genere ideas, planes de mejora para evitar que este tipo de situaciones se sigan presentando.

Con la inclusión en el Proceso de Inducción de capacitaciones al personal nuevo del ICF sobre el correcto diligenciamiento de la HCE, de las glosas más frecuentes y su causa raíz, se busca desde el principio concientizar al personal asistencial de la situación actual de la institución en este tema y las repercusiones que podría

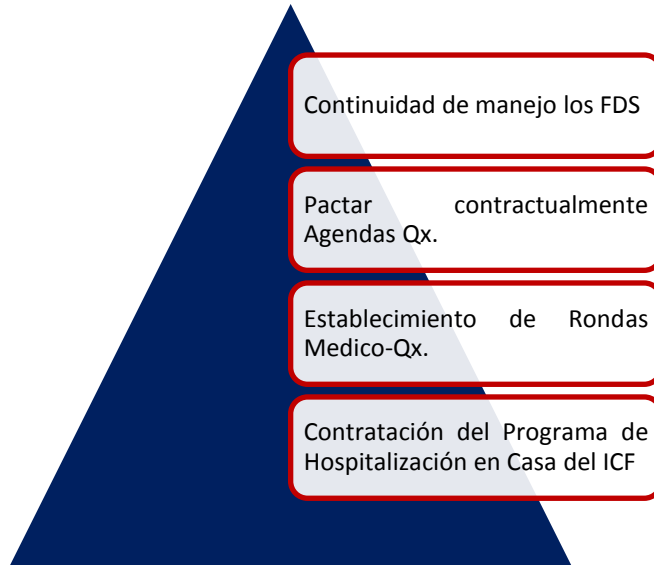
tener la no realización o documentación de una actividad. Esta es una acción preventiva que busca en un futuro la desaparición de glosas por este motivo.

Con la unificación de criterios entre el área asistencial y administrativo, se busca disminuir las brechas de conocimiento y la definición de posiciones claras ante las entidades con respecto a la venta de estancias de los pacientes hospitalizados en el ICF y el manejo determinado por el médico tratante. Esta actividad va de la mano con la siguiente tarea planteada en el trabajo de aplicación, y está dada por la adherencia a los Protocolos y Guías de manejo institucionales, los cuales deben quedar contratados en los acuerdos de voluntades celebrados con las diferentes ERP. Para llevar a cabo esta actividad se debe hacer una revisión de los Protocolos y Guías de manejo por los coordinadores de los servicios, en conjunto con su equipo de trabajo y actualizarlos de ser necesario para su posterior socialización con el personal involucrado en la atención del paciente.

Finalmente en la última actividad, con la creación de Protocolos Pre-Quirúrgicos y de oportunidad para la valoración médica institucional, se busca dejar claridad sobre los tiempos idóneos para las valoraciones y que se enciendan alarmas cuando sobrepasamos estos tiempos, siendo entonces, el personal asistencial el encargado de dejar claridad en la historia clínica electrónica la justificación de la hospitalización del paciente y definir conducta al respecto, apoyándose siempre del área administrativa para la gestión, si es necesaria, ante otras áreas del Instituto del Corazón de Floridablanca o ante las diferentes aseguradoras.

**6.1.2 Disminución en Días de Estancia.** Para cumplir con este propósito se proponen básicamente las siguientes actividades.

**Figura 5. Actividades para la disminución de Glosas de estancia.**



Fuente: Propia. Elaborado por la autora.

Con la contratación del Programa de hospitalización en casa del Instituto del Corazón de Floridablanca se busca disminuir los tiempos de estancia hospitalaria, dando continuidad de forma ambulatoria a los pacientes estables, que pueden ser manejados de esta manera y que se encuentran solo para control o cumplimiento del manejo instaurado por el médico tratante. Lo atractivo de esta actividad para las diferentes aseguradoras consiste en la disminución de costos al ahorrarse días de estancia y manejos hospitalarios, así como la disminución del riesgo de infecciones nosocomiales al encontrarse el paciente más tiempo en la institución, y para el Instituto, la rotación de pacientes lo que aumenta de forma directa el giro cama institucional. Se propone, que este servicio sea incluido en todos los acuerdos contractuales celebrados con las diferentes aseguradoras, dándoles el plus y la garantía que con su contratación no solo disminuirían costos, sino que garantizaran la continuidad del manejo de sus pacientes de IV nivel de complejidad con la calidad y el respaldo que brinda el ICF.

La segunda actividad consiste en la realización obligatoria diaria de rondas médico-quirúrgicas entre el personal médico asistencial y las subgerencias clínicas encargadas de cada servicio. Esta actividad se viene implementando en el Instituto del Corazón de Floridablanca de forma más regular desde el año 2012, evidenciándose por esta razón una disminución significativa en el número de glosas efectivas por inoportunidad e incluso pertinencia de estancia, al empoderarse el subgerente clínico de su servicio y realizar la gestión correspondiente para garantizar el manejo ordenado por el médico tratante de forma intrahospitalaria y extraFCV.

La tercera actividad planteada consiste básicamente en dejar claridad en los acuerdos contractuales con las diferentes entidades responsables del pago, que cuando un paciente ingrese por el servicio de urgencias y sea estabilizado su estado de salud, el mismo ingresa a la Programación pre quirúrgica institucional (si este es el manejo ordenado por el especialista tratante) teniendo en cuenta los tiempos pre quirúrgicos establecidos en el ICF y lo apretada de esta agenda, al ser el Instituto una clínica de IV nivel de complejidad, que realiza cirugías de vanguardia, únicas en la región.

Dar continuidad al manejo ordenado por el médico tratante los fines de semana, en lo referente a ayudas diagnósticas tales como resonancias magnéticas, arteriografías coronarias y demás procedimientos menores que puedan ser realizados los sábados, lo cual impactaría de forma positiva en la oportunidad de la realización de procedimientos ordenados, disminuyendo los días de estancia al definirse de forma más oportuna el manejo del paciente y aumentando el giro cama, y por ende, las glosas efectivas por inoportunidad.

## 6.2 PLAN DE MEJORA PARA LA DISMINUCIÓN DE GLOSAS EFECTIVAS POR LA CAUSAL -AUTORIZACIONES

Para disminuir las glosas efectivas por Autorizaciones se proponen básicamente dos acciones.

**Figura 6. Estrategias para la disminución de Glosas efectivas por Autorizaciones.**



Fuente: Propia. Elaborado por la autora.

**6.2.1 Creación de un Equipo de Servicios No Pos.** Teniendo en cuenta que el 84% de las Glosas efectivas por la causal Autorizaciones corresponden a servicios NO POS efectivamente prestados, se propone la creación de un equipo de servicios NO POS que se encargue de todo el proceso NO POS que va desde el ordenamiento del servicio en la historia clínica electrónica hasta la consecución de la autorización ante las diferentes aseguradoras.

Con la creación de este equipo se busca disminuir de forma impactante las glosas efectivas por este grupo, las cuales con el pasar del tiempo se están convirtiendo en pérdidas económicas importantes para el instituto.

Entre las funciones que se asignarían a este equipo se encuentran:

- Revisión diaria de todos los servicios NO POS realizados en la institución. Esta revisión incluye verificación del ordenamiento en el sistema, verificación de la realización de la justificación, mención en las evoluciones, descripciones quirúrgicas (si aplica) soporte de aplicación y/o utilización.

- Realización de plantillas de justificaciones para los NO POS más frecuentes utilizados o realizados en el Instituto, los cuales deben ser cargados al software para que sirvan como guía al médico tratante en la realización de la justificación. Estas plantillas deben estar enlazadas con literatura que soporte el porqué del uso del NO POS.
- Realización oportuna de las solicitudes de Comité Técnico Científico para los servicios NO POS prestados en el instituto a las entidades responsables del pago.
- Revisión periódica de la parametrización de los medicamentos NO POS.
- Elaboración del listado de ayudas diagnósticas NO POS más realizadas en el Instituto del Corazón de Floridablanca.
- Elaboración del listado de Cirugías NO POS más frecuentemente realizadas en la institución.
- Listado de insumos NO POS más frecuentemente usados.
- Seguimiento de las solicitudes NO POS realizadas ante las diferentes aseguradoras.
- Respuesta oportuna a las devoluciones de servicios NO POS o a las solicitudes de ampliación de justificación solicitada por el Comité Técnico Científico de la entidad.
- Creación de indicadores NO POS.
- Retroalimentación de la información al personal interesado.

Para llevar a cabo esta labor se requiere la asignación de personal idóneo y capacitado en el tema, con los siguientes perfiles:

- Auditor Médico: Sería el encargado de la Coordinación del proceso, retroalimentación de la información, creación de plantilla y emisión de conceptos de pertinencia de los servicios NO POS prestados.

- Auxiliar de Enfermería: Entre sus funciones estarían la revisión del soporte de los medicamentos NO POS aplicados, junto con la correcta dosificación, posología y verificación de registro INVIMA.
- Instrumentador Quirúrgico: Estaría encargado de las salas de cirugía, procedimientos, insumos y todo lo concerniente a la justificación de los mismos en la HCE.
- Auxiliares de Autorizaciones: Tres encargados (actualmente se cuenta con dos), de la realización de solicitud de la realización del Comité Técnico Científico de los servicios NO POS a todas las aseguradoras y su respectivo seguimiento.
- Auxiliares de Farmacia NO POS (actualmente se encuentra con uno), dos encargado de la revisión de los insumos y medicamentos NO POS aplicados y/o utilizados.

Si bien, la creación de este equipo implicaría una inversión económica para el instituto, es claro que la relación costo-efectiva del mismo hace viable esta propuesta.

**6.2.2 Fortalecimiento De Las Tics.**Evidentemente la sistematización del área representa una ventaja competitiva para el instituto, teniendo en cuenta que lo anterior disminuye el número de errores humanos que se presentan por omisión en la verificación, diligenciamiento, oportunidad, identificación, solicitud y demás actividades que se pueden simplificar con estructuración de estas tareas en el software.

Entre las actividades a desarrollar por el área de Soft del instituto se plantean:

- Desarrollo en el sistema de alertas para la identificación de ayudas diagnosticas NO POS, con la finalidad de exigir al médico tratante la realización inmediata de la justificación en el sistema.

- Identificación de los procedimientos NO POS en el sistema, así como de los insumos.
- Creación de recordatorios al personal médico para la realización de las descripciones quirúrgicas.
- Creación de alertas de seguimiento a las solicitudes de servicios POS y NO POS no autorizadas por las entidades responsables del pago una semana posterior a su solicitud.
- Teniendo en cuenta el vencimiento de términos para la emisión de las autorizaciones por parte de las entidades responsables del pago, establecidos en la normatividad legal vigente en salud<sup>22</sup>, emisión automática de comunicados a las aseguradoras informando el vencimiento de términos y dando por autorizado el servicio solicitado.

### **6.3 PLAN DE MEJORA PARA LA DISMINUCIÓN DE GLOSAS EFECTIVAS POR LA CAUSAL -TARIFAS**

Para disminuir las glosas efectivas por tarifas los esfuerzos se deben concentrar en el área de contratación, proponiéndose para este efecto la siguiente acción

#### **6.3.1 Contrataciones Efectivas con las Entidades Responsables del Pago.**

Para lograr la disminución y eliminación de glosa por diferencia en tarifas se propone básicamente la realización de las siguientes actividades.

---

<sup>22</sup> Decreto 4747 del 2007 y Lay 1438 del 2011 Art 27.

**Figura 7. Actividades para la disminución de Glosas efectivas por Tarifas.**



Fuente: Propia. Elaborado por la autora.

Para lograr contrataciones efectivas con las diferentes entidades responsables del pago, se propone la creación de un Modelo de Contratación por parte del Instituto del Corazón de Floridablanca, el cual debe ser adaptable a cada asegurador, teniendo como base los lineamientos establecidos en la normatividad legal vigente en salud y las políticas institucionales de la Fundación Cardiovascular de Colombia. En este modelo debe quedar clara la contratación de las Guías de manejo médico institucional, así como los Protocolos de recambio de insumos. Además, debe ser muy enfático en la exigencia del cumplimiento de la norma en cuanto a los tiempos establecidos de respuesta para el área de autorizaciones y Cuentas Médicas, sin permitir la inclusión de las políticas propias de las aseguradoras que están por fuera de la norma.

La tercera actividad consiste en elaborar un Cronograma de trabajo de contratación con las entidades responsables del pago aliadas y que más facturan en el Instituto del Corazón de Floridablanca. Este cronograma debe realizarse como un Plan de Trabajo, el año previo a negociar junto con el ajuste de las nuevas tarifas para tener un panorama claro a la hora de sentarse con las diferentes aseguradoras. Debe arrancar a principios de año teniendo en cuenta las largas jornadas de negociación que conllevan este tipo contratos, evitando prorrogar los ajustes tarifarios anuales que realiza el ICF, teniendo en cuenta que

los mismos no deberían realizarse de forma unilateral ya que genera reprocesos y glosas efectivas al facturar tarifas no pactadas entre ambas entidades.

Se propone además la realización de propuestas atractivas de contratación sobre todo a las aseguradoras SOAT, entidades a las cuales por norma no se les puede aplicar las tarifas institucionales<sup>23</sup>. Se hace esta recomendación teniendo en cuenta que para estas entidades es más atractivo contratar el Manual SOAT vigente que las tarifas institucionales.

Se plantea además la contratación de los manuales actuales con vigencia del año en curso, teniendo en cuenta que la contratación de contratos con vigencias previas generará inconvenientes con las aseguradoras como solicitud para la autorización de tarifas especiales por insumos, medicamentos y/o actividades no incluidas en el manual contratado y que si aparecen en el actual. Además de pérdida de dinero por tarifas desactualizadas.

Finalmente, se recomienda la parametrización sistematizada de las tarifas contratadas lo que disminuiría el número de errores que se presentan por el cargue manual de las mismas.

## **6.4 PLAN DE MEJORA PARA LA DISMINUCIÓN DE GLOSAS POR SOPORTES**

**6.4.1 Generación de Facturas Limpias para Pago.** Actualmente en el ICF los soportes son adjuntados y revisados por áreas; para lograr la generación de facturas limpias para pago, con 0 devoluciones por la causal de soportes, es importante la centralización de la revisión de todos los soportes que deben ir adjuntos a la factura. Con la finalidad de poder disminuir las glosas por esta causa es necesaria la implementación de la Auditoría Pre-factura, que consiste en la

---

<sup>23</sup> Decreto 2423 de 1996.

revisión técnica de los soportes, resultados de laboratorios, descripciones quirúrgicas, medicamentos, autorizaciones y demás soportes que deben ser adjuntados a la factura teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad legal vigente<sup>24</sup> y que son causal de glosa efectiva.

Para realizar esta labor es indispensable la disposición de talento humano adecuado y entrenado en la revisión de facturas dentro del ICF. Se plantea que inicialmente esta labor puede ser desempeñada por un auxiliar de enfermería y un auxiliar técnico. Con este personal no solo se evitarían pérdidas efectivas de dinero al ICF, también disminuirían reprocesos y los días cartera al evitar la devolución y/o glosa de la factura por ausencia de un soporte.

---

<sup>24</sup> Resolución 3047 del 2008, Anexo Técnico No. 5.

## 7. CONCLUSIONES

- La Fundación Cardiovascular de Colombia, es una organización empresarial sin ánimo de lucro que provee servicios y productos de salud de alta calidad para el desarrollo del sector buscando permanentemente el bienestar de la comunidad. El Instituto del Corazón de Floridablanca, fue la primera de las Unidades Estratégicas de Negocio de la organización, alrededor de la cual se han planeado las estrategias de crecimiento empresarial.
- El proceso de auditoría del Instituto del Corazón de Floridablanca es pilar fundamental para el funcionamiento de la IPS bajo los estándares de más alta calidad, teniendo en cuenta que a través de este proceso se evalúan las diferentes áreas, identificando Oportunidades de Mejora que inciden sobre la calidad del servicio y la rentabilidad de la institución; este trabajo permite tener un diagnóstico claro de la problemática del área y el plantear soluciones efectivas para mejorar su desempeño incidiendo en la mejora y lucro de la Institución.
- Para realizar este trabajo, se realizó una revisión detallada de todas las notas crédito, resultado de las aceptaciones realizadas en el Instituto del Corazón de Floridablanca durante el año 2011 y 2012, lo que permitió tener un panorama real de las causas base de las Glosas efectivas, apoyado en la estratificación de la información mediante la herramienta estadística de Pareto, que evidenció que solo 14 de los motivos de glosa establecidos en la normatividad legal vigente en salud, son los responsables del 82,5% de las glosas efectivas en el Instituto del Corazón de Floridablanca evidenciándose aspectos como el 65% de las glosas más importantes (\$1.671.026.787) corresponden a Glosas Técnicas (Tarifas, Facturación, Soportes, cobertura, autorización) y el 35% restante a Glosas médicas (Pertinencia y falta de soporte de justificación para

recobro), lo que conlleva a replantear la necesidad y fortalecimiento del área con personal técnico que realice labores técnicas de verificación de soportes, autorizaciones, conteo de medicamentos, entre otras actividades, y así disminuir uno de los principales motivos de Glosa efectiva durante los dos periodos de tiempo estudiados relacionado por Pertinencia de Estancia, el cual tiene como razón de fondo el no diligenciamiento de la HCE de forma correcta por el personal médico-asistencial y la inoportunidad en la realización de procedimientos quirúrgicos ayudas diagnósticas.

- Teniendo en cuenta la información recolectada se puede concluir que el Instituto del Corazón de Floridablanca adolece de un adecuado proceso de auditoría concurrente que se enfoque en la prevención de glosas y de un sistema informático confiable que cuente con las herramientas básicas para brindar información oportuna y veraz.
- El área de auditoría del Instituto del Corazón de Floridablanca está subutilizando las horas médico al desgastar a los profesionales de este proceso en actividades tales como el conteo de medicamentos, búsqueda de soportes, revisión de tarifas, tareas todas, que puede desarrollar el personal técnico. La reasignación de las funciones técnicas al personal técnico del Instituto del Corazón de Floridablanca, permitiría que el médico se enfoque en su campo y pueda realizar una retroalimentación efectiva de los hallazgos evidenciados durante el proceso de auditoría del ICF, trabajando en conjunto con las subgerencias clínicas y el personal asistencial involucrado en la aceptación de la glosa, lo anterior con la finalidad de realizar acciones preventivas que eviten reprocesos y nuevas glosas por la misma causal.
- En los 2 años estudiados la glosa que tuvo más repercusión fue la glosa por pertinencia de estancia, cuya causal base más importante fue la inoportunidad en la realización de procedimientos intervencionistas y la realización de ayudas

diagnósticas tales como RNM, seguido de desarticulación existente entre la evolución médica y las ventas realizadas subgerentes clínicos. El segundo grupo con glosas más representativas son las glosas por Facturación, cuya causa raíz más importante es la Facturación de Usuario o Servicio corresponde a otro plan responsable, lo que depende principalmente de una adecuada admisión del paciente y seguimiento de mismo por el área de autorizaciones ante la entidad responsable del pago correspondiente. El tercer grupo con glosas efectivas más importante es la glosa por Autorizaciones, la cual corresponde en más de un 80% a glosas efectivas por Servicios NO POS efectivamente prestados. Seguidamente están las Glosas por Tarifas que dependen de negociaciones efectivas y oportunas con las diferentes aseguradoras y finalmente las glosas por Soportes que se presentan por la no justificación en la HCE de algunos servicios facturados.

- De acuerdo a la información recolectada se plantean Propuestas de Mejora que buscan la optimización de los recursos, de tal manera que se logre un rendimiento superior en términos de eficiencia de procesos y rentabilidad institucional, dando un mayor valor agregado a la IPS.

## 8. RECOMENDACIONES

- Se recomienda con la finalidad de realizar una disminución real en el número de glosas efectivas en el Instituto del Corazón de Floridablanca la realización de varios Planes de Mejora que buscan incidir sobre la causa raíz de las glosas, y cuya finalidad sería realizar una labor preventiva en las diferentes áreas, buscando la concientización del personal involucrado y evitando y/o disminuyendo la presentación de las mismas. Esta labor debe quedar a cargo de la Subgerencia Médica del Instituto del Corazón y debe realizarse anualmente.
- Para disminuir las glosas por pertinencia de estancia se plantea como primera actividad la socialización del Informe mensual de Notas Crédito ante el personal que interviene en la aceptación de las glosas, lo anterior con la finalidad de concientizar al personal involucrado de la importancia de su labor y de pro actividad en evitar la generación de reprocesos y pérdidas de dinero por servicios efectivamente presados en el Instituto del Corazón de Floridablanca.
- Para el personal asistencial contratado se recomienda una re inducción sobre el correcto diligenciamiento de la HCE y de las justificaciones NO POS, y lo respectivo para el personal nuevo pero en el proceso de inducción.
- Se recomienda la revisión y actualización si es necesario, de los Protocolos de atención institucionales (de manejo médico, de procedimientos, de insumos, de enfermería, tiempos Qx, etc) e inclusión de los mismos en los acuerdos contractuales celebrados con las diferentes Entidades Responsables del Pago.

- Para disminuir las glosas por inoportunidad en la realización de procedimientos y ayudas diagnosticas realizadas por el área de Hemodinamia se recomienda dar continuidad de manejo los fines de semana, así como protocolizar las valoraciones a menos de 24 horas para el personal institucional y máximo 48 horas a las especialidades externas (extra-FCV). Lo anterior debe quedar claro en las contrataciones realizadas con las diferentes ERP.
- Las Glosas por el área de Facturación, en un 90% no dependen del servicio mismo, sino de otras áreas que participan en la atención del paciente, como son autorizaciones, convenios y los servicios asistenciales, por ello para disminuir las Glosas por Facturación de estancia se recomienda al área de autorizaciones hacer un seguimiento periódico de los pacientes hospitalizados en el ICF en la página del FOSYGA, independientemente de que estén siendo autorizados por determinadas aseguradora, con la finalidad de identificar de forma oportuna cambios de asegurador. Así mismo en los acuerdos contractuales dejar claras las coberturas por las diferentes aseguradoras (Medicina Prepagada y Capitaciones) con la finalidad de evitar reprocesos de re facturación o peor aún pérdidas económicas por servicios solicitados y facturados a otra ERP.
- Para disminuir las glosas por Facturación también se recomienda hacer una revisión y actualización de los insumos facturables y medicamentos incluidos en salas, así como la elaboración de una lista de chequeo en el área de cirugía que concuerde con lo entregado por el área de farmacia con la finalidad de evitar la facturación de insumos no utilizados y de incluir en la factura todo lo realmente utilizado.
- Otra oportunidad de mejora para disminuir las glosas efectivas cargadas al área de Facturación consiste en la parametrización de tarifas una vez se hayan pactado las mismas mediante un acuerdo contractual entre las partes y no por decisión unilateral. Lo anterior, se logra fortaleciendo la relación comercial con

las diferentes entidades responsables del pago y logrando contrataciones efectivas.

- Teniendo en cuenta que las Glosas efectivas por Autorizaciones se producen en un 84% por servicios NO POS no autorizados, se considera la creación de un equipo NO POS institucional, que se encargue de todo el proceso que implica la gestión, solicitud, seguimiento y aprobación de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud<sup>25</sup> con la finalidad de garantizar la autorización y pago por parte de las aseguradoras.
- Se recomienda el fortalecimiento de las TIC's en el proceso de autorizaciones. Lo anterior, teniendo en cuenta que es muy importante llevar un seguimiento sistematizado del estado del paciente administrativamente hablando, el cual nos debe permitir la visualización de las autorizaciones solicitadas Vs lo no solicitado y Vs las solicitadas pero no emitidas por las diferentes ERP. La anterior información debe generar un reporte automático de los pendientes por parte de la entidad y reforzar mediante comunicados automáticos ante las mismas esta información, dejando claro que teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad legal vigente<sup>26</sup> se da por autorizado lo solicitado, no pudiéndose constituir como su inoportunidad en un reproceso y en causal de glosa efectiva para el ICF. Además se busca la creación de alertas en el sistema que le recuerden al personal asistencial los pendientes por diligenciar (justificaciones NO POS, descripción de procedimientos, entre otros), teniendo en cuenta la oportunidad en la solicitud de autorizaciones tanto para los servicios POS como los NO POS. Este seguimiento debe continuar en el área de autorizaciones.

---

<sup>25</sup> Establecido en el Acuerdo 029 de diciembre del 2011.

<sup>26</sup> Decreto 4747 del 3007, Resolución 3047 del 2008 Anexo Técnico No. 5 y Ley 1438 del 2011 Art 27.

- Las glosas por Tarifas representan una causal importante de “pérdida” para el Instituto, lo anterior se debe a la no contratación efectiva con las diferentes entidades responsables del pago. Con la finalidad de disminuir y eliminar esta causal de glosas, se propone la creación de un modelo y cronograma de negociación con las diferentes entidades responsables del pago, adaptable a las características de cada una, en donde queden claras las Políticas institucionales del ICF, la contratación de sus protocolos y guías de manejo y el compromiso de las entidades en el cumplimiento de los parámetros establecidos en la normatividad legal vigente, principalmente en lo referente al tema de respuesta a las solicitudes de autorizaciones y respuesta de glosas. Así mismo, se propone la parametrización sistematizada de tarifas y no el cargue manual de las mismas lo cual actualmente genera reprocesos y errores humanos importantes.
  
- Para eliminar las glosas por soporte se propone la implementación de la auditoría pre-factura por parte del Instituto del Corazón de Floridablanca, con la cual se realizaría una revisión técnica minuciosa e integral de la cuenta antes de ser radicada ante la Entidad Responsable del Pago correspondiente, generando facturas limpias para pago al evidenciar posibles inconsistencias antes de su radicación, lo cual evitaría reprocesos y demora en el pago de la cuenta.
  
- Para lograr mejorar el desempeño del área de auditoría del Instituto y disminuir la brecha entre lo real y lo esperado, se propone la implementación de un Plan de Acción que busca la estandarización adecuada de procesos, involucrando el talento humano y requiriendo el soporte de las TICS, para eliminar errores que incidan en correcto funcionamiento de los servicios involucrados y la generación de facturas limpias para pago, ya que al eliminar las causas efectivas de glosa, se disminuirán los días cartera, lo que mejorará el flujo de caja de la institución.

## BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ HEREDIA, Francisco; ÁLVAREZ HEREDIA, Aurelia; BARRAGÁN, Juan Carlos; ESCALANTE ÁNGULO, Carlos; ESPAÑA ARENAS, David; FAIZALGEAGEA, Enriqueta; RODRÍGUEZ M., Nelsy y SIEGEL S., Hans-Dieter (Colaboradores). Calidad y auditoria en salud. Segunda Edición Editorial ECOE, 2007.

Artículo publicado en la Revista Economía especial Hospitales & Clínicas, Septiembre del 2013, Página 36.

Auditoria en Salud, Diagnósticos médicos, publicado en enero 2012 Auditorias Medicas.

Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. MPS. 2004.

BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Auditoría en Entidades de Salud. Universidad Nacional de Colombia.

BROWN, Tim. Change by Design año 2009.

COLOMBIA. COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. Acuerdo 008 del 2009, por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

\_\_\_\_\_. Acuerdo 029 del 2011, por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011. Bogotá, D.C.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4747, regula aspectos entre prestadores de salud y entidades responsables del pago de servicios salud. Bogotá, D.C. 2007.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100, Sistema General de Riesgos profesionales. En: Diario Oficial No. 41.148, Bogotá, D.C. 1993.

\_\_\_\_\_. Ley 1438, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011. Bogotá, D.C.

\_\_\_\_\_. Decreto 4747 del 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario 46.835, Bogotá, D.C. de diciembre 07 de 2007.

\_\_\_\_\_. Ley 1122, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario 46.506, Bogotá, D.C. 2007.

\_\_\_\_\_. Resolución 3047 del 2008, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario 47.082, Bogotá, D.C. de diciembre 15 de agosto de 2008.

\_\_\_\_\_. Resolución 548 Del 2010, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario 47.621, Bogotá, D.C. de febrero 12 del 2010.

\_\_\_\_\_. Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: Diario Oficial No. 47.957, Bogotá, D.C. 2011.

\_\_\_\_\_. Decreto 2423 de 1996, modificado anualmente a través de Consultor salud.

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Decreto 1295, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. En: Diario Oficial No. 41.405, Bogotá, D.C. 1994.

GUÍA DE DISEÑO Y MEJORA CONTINÚA DE PROCESOS ASISTENCIALES, elaborado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2001.

INFORME DEL GOBIERNO NACIONAL A LA CORTE CONSTITUCIONAL SOBRE LA SUPERACIÓN DEL ESTADO DE COSAS INCONSTITUCIONAL DEL DECLARADO MEDIANTE LA SENTENCIA T-025 del 2004.

KOCH Richard. El Principio del 80/20, edición 2009, Editorial PAIDOS.

MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; GALÁN MORERA, Ricardo; GALÁN MORERA, Ricardo y PONTÓN LAVERDE, Gabriel. AUDITORIA EN SALUD Para una Gestión Eficiente.

MARCUM, David. Prácticas de Auditoria. 2009.

PINILLA FORERO, José Dagoberto. Auditoría de Sistemas en Funcionamiento. Editorial Roesga. 1992.

Tomado de Modelo para el mejoramiento de los Procesos de prestación de servicio: Caso Clínicas y Hospitales, Tesis de Grado Maestría en Ingeniería Industrial, MSc. Lupita Serrano Gómez año 2011.

Tomado de la Página Web de la FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA:[www.fundacioncardiovascular.com](http://www.fundacioncardiovascular.com)

## ANEXOS

### ANEXO A. Resolución 3047 del 2008 y 416-09

**ANEXO TÉCNICO No. 6**  
**MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS**  
**UNIFICACION**  
**Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009**

#### DEFINICIONES

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

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

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

**Respuesta a Glosas y Devoluciones:** Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

#### Objetivo

El objetivo del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas.

#### Elementos de la codificación

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

General	Específico
6	53

**Tabla No. 1. Codificación Concepto General**

Código	Concepto General	Aplicación
1	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
2	Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
3	Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4	Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago, o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.
5	Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
6	Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
8	Devoluciones	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio efectivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.
9	Respuestas a glosas o devoluciones	Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

**Codificación del concepto específico**

Los dos dígitos siguientes al dígito del concepto general corresponden a los conceptos específicos relacionados con el concepto general, tales como la estancia, consulta, interconsulta, derechos de sala, materiales, medicamentos, procedimientos y ayudas diagnósticas, entre otros.

Cada concepto específico puede estar en un concepto general o en varios. Cada uno de los conceptos específicos tiene una codificación de dos dígitos.

**Tabla No. 2. Codificación Concepto Específico**

<b>Código</b>	<b>Concepto Específico</b>
01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
03	Honorarios médicos en procedimientos
04	Honorarios otros profesionales asistenciales
05	Derechos de sala
06	Materiales
07	Medicamentos
08	Ayudas diagnósticas
09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
12	Factura excede topes autorizados
13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
14	Error en suma de conceptos facturados
15	Datos insuficientes del usuario
16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
17	Usuario retirado o moroso
18	Valor en letras diferentes a valor en números
19	Error en descuento pactado
20	Recibo de pago compartido.
21	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud
22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
23	Procedimiento o actividad
24	Falta firma del prestador de servicios de salud
25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
26	Usuario o servicio corresponde a capitación
27	Servicio o procedimiento incluido en otro
28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
29	Recargos no pactados
30	Autorización de servicios adicionales
31	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
32	Detalle de cargos
33	Copia de historia clínica completa
34	Resumen de egreso o epícrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma.
35	Formato Accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
36	Copia de factura o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SQAT
37	Orden o fórmula médica
38	Hoja de traslado en ambulancia
39	Comprobante de recibido del usuario
40	Registro de anestesia
41	Descripción quirúrgica
42	Lista de precios
43	Orden o autorización de servicios vencida
44	Profesional que ordena no adscrito
45	Servicio no pactado
46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SQAT o del POSYGA
47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
48	Informe atención inicial de urgencias
49	Factura no cumple requisitos legales
50	Factura ya cancelada

Código	Concepto Específico
51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.
52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación.
53	Urgencia no pertinente.
54	Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.
<b>RESPUESTAS DE GLOSA O DEVOLUCION</b>	
96	Glosa o devolución injustificada
97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) <sup>1</sup>
98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
99	Subsanada (Glosa no aceptada)

En la Tabla No. 3 se presenta la combinación de los códigos generales con los específicos.

**Tabla No. 3. Código de Glosa**

General	Especif.	Descripción
<b>Facturación</b>		
1	01	Estanda
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
	11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
	12	Factura excede topes autorizados
	13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
	14	Error en suma de conceptos facturados
	15	Datos insuficientes del usuario
	16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
	17	Usuario retirado o moroso
	19	Error en descuento pactado
	20	Recibo de pago compartido
	22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
	23	Procedimiento o actividad
	24	Falta firma del prestador de servicios de salud
	25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
	26	Usuario o servicio corresponde a capitación
	27	Servicio o procedimiento incluido en otro
	28	Orden canalada al prestador de servicios de salud
	51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
	52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación
54	Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad pactadas en el contrato por capitación	
<b>Tarifas</b>		
2	01	Estanda
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales

<sup>1</sup> Circular 035 de 2000, Contaduría General de la Nación.

<b>General</b>	<b>Especif.</b>	<b>Descripción</b>
	05	Derechos de sala
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	23	Procedimiento o actividad
	29	Recargos no pactados
<b>Soportes</b>		
	01	Estanda
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
	20	Recibo de pago compartido
	30	Autorización de servicios adicional
<b>3</b>	31	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
	32	Detalle de cargos
	33	Copia de historia clínica completa
	35	Formato accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
	36	Copia de factura o detalle de cargos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
	37	Orden o fórmula médica
	38	Hoja de traslado en ambulancia
	39	Comprobante de recibido del usuario
	40	Registro de anestesia
	41	Descripción quirúrgica
	42	Lista de precios
	43	Orden o autorización de servicios vendida
<b>Autorización</b>		
	01	Estanda
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	06	Materiales
	08	Ayudas diagnósticas
<b>4</b>	23	Procedimiento o actividad
	30	Autorización de servicios adicionales
	38	Traslado en ambulancia
	43	Orden o autorización de servicios vendida
	44	Médico que ordena no adscrito
<b>Coberturas</b>		
	01	Estanda
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
	06	Materiales
	07	Medicamentos
<b>5</b>	08	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad
	27	Servicio o procedimiento incluido en otro
	45	Servicio no pactado
	46	Cobertura sin agotar en la póliza Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)
<b>Pertinencia</b>		
	01	Estanda
	02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
<b>6</b>	03	Honorarios médicos en procedimientos
	04	Honorarios otros profesionales asistenciales
	05	Derechos de sala

General	Especif.	Descripción
	06	Materiales
	07	Medicamentos
	08	Ayudas diagnósticas
	23	Procedimiento o actividad
	53	Urgencia no pertinente
<b>Devoluciones</b>		
	16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
	17	Usuario retirado o moroso
	21	Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud
	34	Resumen de egreso o epícrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
8	44	Médico que ordena no adscrito
	47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas )
	48	Informe de atención inicial de urgencias
	49	Factura no cumple requisitos legales
	50	Factura ya cancelada
<b>Respuestas a Glosas o Devoluciones</b>		
	96	Glosa o devolución injustificada
9	97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) <sup>2</sup>
	98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
	99	Subsanada (Glosa o devolución no aceptada)

## Manual de Uso

El Manual de Uso está dirigido especialmente al personal encargado en la entidad responsable del pago y del prestador de servicios de salud de las glosas, devoluciones y respuestas a las mismas.

### 1. Facturación

Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, períodos de carencia u otros). También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita, o cuando se descuenta por incumplimiento de las metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.

101	Estancia	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El cargo por estancia, en cualquier tipo de internación, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en estancia que la entidad responsable del pago no tiene que asumir de acuerdo con lo pactado por las partes.</li> </ol>
102	Consultas, interconsultas y visitas médicas	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.</li> <li>3. Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas en los honorarios médicos post-quirúrgicos.</li> <li>4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento del parto, según lo pactado entre las partes.</li> <li>5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en</li> </ol>

<sup>2</sup> Circular 035 de 2000, Contaduría General de la Nación.

		consultas, interconsultas y visitas médicas que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
103	Honorarios médicos en procedimientos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
104	Honorarios de otros Profesionales	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades facturadas.</li> <li>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
105	Derechos de sala	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
106	Materiales	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral.</li> <li>3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
107	Medicamentos	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li> </ol>
108	Ayudas diagnósticas	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> <li>2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra.</li> </ol>
109	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	<p>Aplica cuando:</p> <p>El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.</p>
110	Servicio o insumo incluido en paquete	<p>Aplica cuando:</p> <p>El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos adicionales que se encuentran incluidos en un procedimiento de atención integral de acuerdo con lo pactado</p>

111	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado.</li> <li>2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos.</li> <li>3. El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con pactado.</li> </ol>
112	Factura excede topes autorizados	<p>Aplica cuando:</p> <p>La factura presenta excedentes sobre los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención inicial de urgencias o cuando se haya emitido autorización.</p>
113	Facturar por separado por tipo de recobro (CTC, ATEP, tuteladas)	<p>Aplica cuando el prestador en una misma factura, registra servicios que previamente se ha pactado que se facturarán en forma independiente, como facturas de recobro por reaseguro, Comité técnico científico o tuteladas.</p>
114	Error en suma de conceptos facturados	<p>Aplica cuando la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias con los subtotales o el total de los servicios facturados, incluyendo los detalles de los soportes comparados con los subtotales de la factura.</p>
115	Datos insuficientes del usuario	<p>Aplica cuando el prestador del servicio no relaciona en la factura suficiente información del usuario al cual se le prestó el servicio (nombres, apellidos, identificación, plan o programa, entre otros) necesarios para el registro de información por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente la factura y se ha acordado contractualmente.</p>
116	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	<p>Aplica cuando la factura incluye varios pacientes y es de trámite parcial</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En la factura se relacionan usuarios o servicios de los cuales uno o varios corresponden a otra entidad responsable y/o a otro plan de beneficios.</li> </ol> <p>NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes planes de beneficio (POS y medicina prepagada o planes complementarios) así sea de la misma entidad responsable del pago, los cuales deben ser facturados en forma independiente.</p>
117	Usuario retirado o moroso	<p>Aplica cuando en la factura se relacionan usuarios que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago.</p> <p>Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.</p> <p>No aplica cuando la entidad responsable del pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación del comprobante de descuento por parte del empleador.</p>
119	Error en descuento pactado	<p>Aplica cuando hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado. Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.</p>
120	Recibo de pago compartido	<p>Aplica cuando</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados.</li> <li>2. Los recaudos de cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados.</li> </ol>
122	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes	<p>Aplica cuando</p> <p>El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales.</p>
123	Procedimiento o actividad	<p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li> </ol>

		De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.
124	Falta firma del prestador de servicios de salud	Aplica cuando 1. La factura no tiene la firma del prestador.
125	Examen o actividad pertenece a detección temprana o protección específica	Aplica cuando: Se factura una actividad de detección temprana y/o protección específica en una factura de servicios asistenciales y esta actividad hace parte de un paquete de servicios de prevención o protección específica.
126	Usuario o servicio corresponde a capitación	Aplica cuando se factura por evento un servicio prestado a un usuario capitado. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.
127	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura.
128	Orden cancelada al prestador de servicios de salud	Aplica cuando el prestador de servicios de salud factura un servicio ya cancelado en la factura o en otra anterior por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.
151	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.	Aplica cuando se realizan descuentos al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que por motivo de atención de urgencias, remisión de la IPS contratista o imposibilidad de prestarlo, el servicio es efectivamente prestado por otro prestador.
152	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación	Aplica cuando el número de personas incluidas en la capitación es disminuido porque una autoridad competente excluye a algunas de las personas de la base de datos de beneficiarios de subsidios.
154	Incumplimiento en las metas pactadas en cobertura, resolutivez y oportunidad.	Aplica cuando el prestador incumple o no demuestra el cumplimiento en las metas pactadas en cobertura, oportunidad y resolutivez pactadas en el contrato por capitación. El valor de la glosa, será la proporción que se haya acordado, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.

## 2. Tarifas

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

201	Estancia	Aplica cuando el cargo por estancia, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con los valores que fueron pactados o establecidos normativamente, vigentes al momento de la prestación del servicio.
202	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con los valores que fueron pactados.
203	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados, vigentes al momento de la prestación del servicio.

204	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
205	Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
206	Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
207	Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
208	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
209	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura un mayor valor en el cobro del caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, o presenta cargos detallados cuya sumatoria final resulta superior a la tarifa pactada. No aplica cuando se haya pactado, o en la normatividad vigente se encuentre establecido el cobro adicional de servicios que exceden el paquete.
223	Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
229	Recargos no pactados	Aplica cuando en la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre la entidad responsable del pago y el prestador de servicios de salud.

### 3. Soportes

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

301	Estancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la estancia.
302	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la consulta, interconsulta y/o visita médica.
303	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura. 2. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
304	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de los profesionales en salud, diferente a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
307	Medicamentos	Existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios Existe inconsistencia en los contenidos de la factura o documento equivalente frente a relacionados en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios

308	Ayudas diagnósticas	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de ayudas diagnósticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura. Incluye la ausencia de lectura del profesional correspondiente, cuando aplica.
309	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
320	Recibo de pago compartido	Aplica cuando se le esté cobrando el 100% de la factura. Aplica cuando no se anexan a la factura los soportes de los bonos, vouchers o vales por periodos de carencia, cuotas moderadoras, de recuperación, copagos, que recibió el prestador de servicios de salud.
331	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones	Aplica cuando se evidencia que los vouchers o los bonos presentan enmendaduras, tachones o no se encuentran debidamente firmados por el paciente o un acudiente en el caso de imposibilidad para firmar. Solo aplica en caso de cobro del 100% de la factura a la entidad responsable del pago.
332	Detalle de cargos	Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian el detalle de cargos, de los valores facturados. 2. Se anexan detalle de cargos de usuarios diferentes al registrado en la factura.
333	Copia de historia clínica completa	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la copia de la historia clínica completa para el recobro. Aplica sólo en los eventos de alto costo.
335	Formato ATEP	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el formulario del IPAT (Informe del Presunto Accidente de Trabajo), en los casos que los eventos correspondan a un accidente de trabajo o enfermedad profesional ATEP. En caso de no contarse con el IPAT, este soporte se sustituye por el informe que haga el prestador de servicios de salud al asegurador del presunto origen laboral para que el asegurador solicite el formulario. Decreto 2463/2001 Art. 25.
336	Copia de la factura o detalle de cargos para excedentes de SOAT	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en las copias de las facturas enviadas a la compañía de seguros SOAT, al encargo fiduciario de FOSYGA con sus respectivos detalles, cumpliendo los topes.
337	Orden o fórmula médica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula médica.
338	Hoja de traslado en ambulancia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado.
339	Comprobante de recibido del usuario	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el comprobante de recibido del usuario como evidencia de haber recibido el servicio.
340	Registro de anestesia	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el registro de anestesia.
341	Descripción quirúrgica	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.

342	Lista de precios	Aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador y el pagador y el prestador debe adjuntar la parte del documento que relaciona los precios de compra del prestador para los medicamentos e insumos incluidos en la factura. No aplica en los casos en que existe contrato entre el pagador y el prestador ya que esta lista de precios debe ser un anexo del contrato, a menos que se requiera actualizar la información
-----	------------------	--

#### 4. Autorizaciones

Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones territoriales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.

401	Estancia	Aplica cuando: 1. El número de horas en observación, o días en habitación, que vienen relacionados en la factura presenta diferencia con los días autorizados. 2. El tipo de estancia prestado no corresponde al autorizado.
402	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionada y/o justificada en los soportes de la factura presenta diferencias con lo autorizado.
406	Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los autorizados.
408	Ayudas Diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con lo autorizado.
423	Procedimiento o Actividad	Aplica cuando el procedimiento o actividad prestada relacionada y/o justificada en los soportes de la factura, difiere de la autorizada.
430	Autorización de servicios adicional	Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la autorización de algunos servicios no incluidos en el evento principal del plan de manejo o de la solicitud formulada oportunamente por el prestador y no respondida en los términos de la presente resolución. No aplica cuando durante la realización de un procedimiento quirúrgico debidamente autorizado, el cirujano considera necesaria la realización de un procedimiento adicional derivado de los hallazgos intraoperatorios, siempre y cuando la conducta asumida justifique la realización de dicho procedimiento adicional a la luz de la sana crítica de la auditoría médica.
438	Traslado	Aplica cuando: 3. El traslado en ambulancia no cuenta con la autorización pactada en el acuerdo de voluntades. 4. No aplica en caso de traslados de urgencias.
443	Orden o autorización de servicios vendida	Aplica cuando: 1. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha superado el límite de días de vigencia. 2. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha sido reemplazada por solicitud del prestador de servicios de salud.
444	Profesional que ordena no adscrito	Aplica en aquellos casos que se presten servicios ordenados por un profesional que no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable del pago.

#### 5. Cobertura

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

501	Estancia	Aplica cuando el número de días en observación o habitación, que vienen relacionados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando
-----	----------	---

		adicionalmente.
502	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionadas no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
506	Materiales	Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
507	Medicamentos	Aplica cuando los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
508	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
523	Procedimiento o actividad	Aplica cuando en la factura se cobra un procedimiento o una actividad que no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
527	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.
545	Servicio no pactado	Aplica cuando en la factura se cobra un servicio que no se encuentra establecido entre las partes.
546	Cobertura sin agotar en la póliza (SOAT)	Aplica cuando se facturan servicios a la entidad responsable del pago sin agotar los toques cubiertos por las pólizas de Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito y el administrador fiduciario de FOSYGA.

#### 6. Pertinencia

Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

601	Estancia	Aplica cuando el cargo por estancia, sea ésta en observación o habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
602	Consultas, interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
603	Honorarios médicos en procedimientos	Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
604	Honorarios de otros profesionales asistenciales	Aplica cuando los cargos por honorarios de otros profesionales asistenciales diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
605	Derechos de sala	Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
606	Materiales	Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
607	Medicamentos	Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.

608	Ayudas diagnósticas	Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
623	Procedimiento o actividad	Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
653	Urgencia no pertinente	Aplica cuando los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.

#### **8. Devoluciones**

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

816	Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable.	Aplica cuando: 1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago 2. La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago 3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
817	Usuario retirado o moroso	Aplica cuando la factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago o se encuentra moroso en el pago. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud	Aplica cuando se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios. Cuando la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.
834	Resumen de egreso o epícrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	Aplica cuando: 1. No se anexa a la factura de internación o de urgencias con observación la epícrisis. 2. Para el caso de facturas de atención de urgencias, cuando no se anexa la hoja de atención de urgencias 3. Para el caso de facturas de atención odontológica, cuando no se anexa el odontograma. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
844	Profesional que ordena no adscrito	Aplica cuando el profesional que ordena el servicio no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable de pago. No aplica en caso de atención inicial de urgencias.
847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP)	Aplica cuando no se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de comité técnico científico, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normatividad vigente.
848	Informe atención inicial de urgencias	Aplica cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos. No aplica en los casos que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias. Se consideran informadas aquellas atenciones comunicadas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.
849	Factura no cumple	Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales.

	requisitos legales	
850	Factura ya cancelada	Aplica cuando la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago

### **9. Respuestas a glosas y devoluciones**

Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago

996	Glosa o devolución injustificada	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
997	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
998	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.
999	Subsanada (Glosa o Devolución No Aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente..

**ANEXO B. Codificación glosas instituto del corazón de Floridablanca año  
2011**

CODIGOS MOTIVO AÑO 2011	TOTAL VALOR GLOSA
101 FACTURACIÓN DE ESTANCIA	\$ 9.295.302
102 FACTURACIÓN CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS	\$ 3.122.725
103 FACTURACIÓN HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS	\$ 966.185
104 FACTURACIÓN DERECHOS DE SALA	\$ 310.883
105 FACTURACIÓN MATERIALES	\$ 5.244.065
106 FACTURACIÓN MEDICAMENTOS	\$ 39.959.804
107 FACTURACIÓN AYUDAS DIAGNOSTICAS	\$ 62.624.533
108 FACTURACIÓN ATENCION INTEGRAL (Caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico).	\$ 28.887.139
111 FACTURACIÓN SERVICIO O INSUMO INCLUIDO EN ESTANCIA O DERECHOS DE SALA	\$ 5.967.399
112 FACTURACIÓN POR FACTURA EXCEDE TOPES AUTORIZADOS	\$ 700.057
114 FACTURACIÓN POR ERROR EN SUMA DE CONCEPTOS FACTURADOS	\$ 12.869
116 FACTURACIÓN USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN RESPONSABLE	\$ 155.899.856
119 FACTURACIÓN ERROR EN DESCUENTO PACTADO	\$ 1.570.705
120 FACTURACIÓN RECIBO DE PAGO COMPARTIDO	\$ 4.280.321
123 FACTURACIÓN PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$ 31.526.054
127 FACTURACIÓN SERVICIO O PROCEDIMIENTO INCLUIDO EN OTRO	\$ 4.684.581
128 FACTURACIÓN ORDEN CANCELADA AL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	\$ 1.823.596
147 FACTURACIÓN SOPORTES DE JUSTIFICACIÓN PARA RECOBROS	\$ 24.880
201 TARIFA ESTANCIA	\$ 23.760.671
202 TARIFA CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS	\$ 8.430.229
203 TARIFA HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS	\$ 5.860.036
204 TARIFA HONORARIOS OTROS PROFESIONALES AISTENCIALES	\$ 943.532
205 TARIFAS DERECHOS DE SALA	\$ 1.822.651
206 TARIFAS MATERIALES	\$ 45.561.064
207 TARIFAS MEDICAMENTOS	\$ 5.280.807
208 TARIFAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS	\$ 55.791.021
209 TARIFAS ATENCIÓN INTEGRAL (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	\$ 1.426.480
223 TARIFAS PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$ 94.239.146
229 TARIFAS RECARGOS NO PACTADOS	\$ 442.153
301 SOPORTES ESTANCIA	\$ 994.261
302 SOPORTES CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS	\$ 605.805
303 SOPORTES HONORARIOS MÉDICOS EN PROCEDIMIENTOS	\$ 892.710
304 SOPORTES HONORARIOS OTROS PROFESIONALES ASISTENCIALES	\$ 2.369.611
306 SOPORTES MATERIALES	\$ 18.952.933
307 SOPORTES MEDICAMENTOS	\$ 73.291.124
308 SOPORTES AYUDAS DIAGNÓSTICAS	\$ 59.877.398
323 SOPORTES PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$ 525.288
331 SOPORTES BONOS O VOUCHERS SIN FIRMA DEL PACIENTE, CON ENMEDADURAS O TACHONES	\$ 22.800

332 SOPORTES DETALLE DE CARGOS	\$	8.660.228
333 SOPORTES COPIA DE HISTORIA CLINICA COMPLETA	\$	7.200
336 SOPORTES COPIA DE FACTURA O DETALLE DE CARGOS DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO	\$	63.826
337 SOPORTES ORDÉN O FÓRMULA MÉDICA	\$	92.620
401 AUTORIZACIÓN DE ESTANCIA	\$	16.252.520
402 AUTORIZACIÓN CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS	\$	505.778
406 AUTORIZACIÓN MATERIALES	\$	4.733.834
407 AUTORIZACIÓN MEDICAMENTOS	\$	298.338
408 AUTORIZACIÓN AYUDAS DIAGNÓSTICAS	\$	3.997.229
423 AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$	5.607.785
430 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ADICIONALES	\$	42.654.691
438 AUTORIZACIÓN TRASLADO EN AMBULANCIA	\$	211.426
502 COBERTURA CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS	\$	425.053
506 COBERTURA MATERIALES	\$	16.326.532
507 COBERTURA MEDICAMENTOS	\$	649.153
508 COBERTURA AYUDAS DIAGNÓSTICAS	\$	1.833.349
523 COBERTURA PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$	1.200.126
601 PERTINENCIA DE ESTANCIA	\$	513.227.695
602 PERTINENCIA CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS	\$	1.732.064
604 PERTINENCIA HONORARIOS OTROS PROFESIONALES ASISTENCIALES	\$	16.200
606 PERTINENCIA MATERIALES	\$	5.010.889
607 PERTINENCIA MEDICAMENTOS	\$	9.054.910
608 PERTINENCIA AYUDAS DIAGNÓSTICAS	\$	26.697.710
623 PERTINENCIA PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$	20.790.946
653 PERTINENCIA URGENCIA	\$	2.454.791
816 DEVOLUCIÓN POR USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN RESPONSABLE	\$	27.700.573
821 DEVOLUCIÓN POR AUTORIZACIÓN PRINCIPAL NO EXISTE NO CORRESPONDE AL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	\$	2.036.173
847 DEVOLUCIÓN POR FALTA DE SOPORTES DE JUSTIFICACION PARA RECOBROS (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas).	\$	47.549.191
848 DEVOLUCIÓN POR INFORME DE ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS	\$	68.723
850 DEVOLUCIÓN POR FACTURA YA CANCELADA	\$	824.789
997 RESPUESTA A GLOSAS O DEVOLUCIONES NO SUBSANADAS	\$	13.734.716
998 RESPUESTA A GLOSAS O DEVOLUCIONES SUBSANADA PARCIALMENTE	\$	14.770.391
(en blanco)	\$	4.479.890
<b>Total general</b>	<b>\$</b>	<b>1.551.660.013</b>

## ANEXO C. Centros de costos instituto del corazón de Floridablanca

UBICACIÓN FISICA EDIFICIO INSTITUTO DEL CORAZON	CENTRO DE COSTOS
o	o
<b>SOTANO 2</b>	Centro de Costos
Archivo Estadística	Control de Gestión y Calidad
Restaurante Nutricional - Comedor	Distribuidos ICF
Bodega de Aseo y Vestier Servicios Generales	Distribuidos ICF
Cuarto Central de Ropa Limpia	Distribuidos ICF
Cuarto Central de Reciclaje	Distribuidos ICF
Cuarto de Almacenamiento de Sustancia Quimicas	Distribuidos ICF
Parqueaderos FCV	Distribuidos UEN
Archivo de Facturacion	Facturacion
Parqueaderos Privados	Propiedad Horizontal
Planta Eléctrica y Parqueaderos Inhab FCV	Propiedad Horizontal
Circulación vehicular, ductos, baños	Propiedad Horizontal
<b>SOTANO 1</b>	-
Morgue	Distribuidos ICF
Cuarto Central de Residuos	Distribuidos UEN
Parqueaderos FCV	Distribuidos UEN
Taller de Mantenimiento	Planta Física y Equipos Biomedicos
Recepcion Parqueadero	Propiedad Horizontal
Circulación vehicular, ductos, baños y rampa	Propiedad Horizontal
<b>PISO 1A</b>	-
Diacorsa Administracion	Diacorsa
Salones 1 A	Distribuidos UEN
Imágenes Diagnostica	Imágenes Diagnosticas
Circulación, ductos, baños	Propiedad Horizontal
Cafeteria Café y Frappe	Propiedad Privada Café y Frappe
Unidad de Ensayos Clínicos	Unidad de Ensayos Clínicos
Gerente Clinicos (ubicación Fisca reforma UEC)	Subgerencia Medica
Ejecutiva de Cartera (ubicación Fisca reforma UEC)	Cartera
Referencia (ubicación Fisca reforma UEC)	Subgerencia Medica
Control Medicamentos (ubicación Fisca reforma UEC)	Servicio Farmaceutico
Practicantes Subgerencia Adminsitrativa y (ubicación Fisca reforma UE)	Subgerencia Administrativa y Financiera
Urgencias	Urgencias

PRIMER PISO	0
Oficina Atención al Cliente	Atencion al cliente
Recepcion Atención al Cliente	Atencion al cliente
Cartera	Cartera
Falla Cardíaca	Consulta Externa
Consulta Externa	Consulta Externa
Consultorio Clínica del Dolor	Clínica del Dolor
Seguridad del Paciente	Control de Gestión y Calidad
Estadística	Control de Gestión y Calidad
Cuentas Medicas	Cuentas Medicas
Sala de Ventas CMO	Diseño y Construcción
Fotocopiadora	Distribuidos ICF
Circulación, Ductos, Baños, Lobby, Sala de Espera	Distribuidos ICF
Consultorio Electrofisiología	Electrofisiología
Caja	Subgerencia Administrativa y Financiera
Facturación	Facturación
Autorizaciones	Facturación
Particulares (Facturación y Cartera)	Facturación
Fundación Montañas Azules	Fundación Montañas Azules
Gerencia IC	Gerencia IC
Sala de Juntas	Gerencia IC
Secretaria Gerencia	Gerencia IC
Soporte Dirección Informática	Gerencia IC
Jurídica ICF	Gerencia IC
Convenios	Gerencia IC
Gestión Asistencial	Gestion Asistencial
Mantenimiento	Planta Física y Equipos Biomedicos
Circulación, Ductos, Baños, Lobby, Sala de Espera	Propiedad Horizontal
Cafeteria Primer Piso	Distribuidos ICF
Revisoria Fiscal	Revisoria Fiscal
Subgerencia Administrativa y Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera
Coordinación Administrativa y Costos - Presupuesto	Subgerencia Administrativa y Financiera
Subgerencia Medica	Subgerencia Médica
Gerente Medicos	Subgerencia Médica
Auditoria Médica	Subgerencia Médica
Telemedicina	Telemedicina
Universidad Corporativa	Universidad Corporativa

<b>SEGUNDO PISO</b>	<b>0</b>
Conmutador	Atencion al cliente
Metodos Diagnosticos no Invasivos	Diagnóstico No Invasivo
Sala de Juntas Dirección Ejecutiva	Dirección Ejecutiva
Oficina Dirección Ejecutiva	Dirección Ejecutiva
Secretaría General	Dirección Ejecutiva
Periodista	Dirección Ejecutiva
Secretaria Dirección General de Operaciones	Dirección General de Operaciones
Oficina Dirección General de Operaciones	Dirección General de Operaciones
It Room	Dirección Informática
Tecnología Informática	Dirección Informática
Dirección de Investigaciones	Diseño y Desarrollo
Oficina Personal Infecciones	Gestión Asistencial
Oficina Internacional de Servicios	Mercadeo Nacional e Internacional
Oficina Mercadeo Nacional	Mercadeo Nacional e Internacional
Laboratorio de Función Pulmonar	Neumología
Oficina Neumología	Neumología
Oficina Nutrición	Nutrición
Circulación, ductos, baños	Propiedad Horizontal
Gimnasio Rehabilitación	Rehabilitación
Oficina Rehabilitación	Rehabilitación
Gerencia Unidad de Transporte Aéreo	Unidad de Transporte Aéreo
<b>TERCER PISO</b>	<b>0</b>
Camaras de Seguridad	Atención al cliente
Diseño y Desarrollo	Diseño y Desarrollo
Sala de Espera y Oratorio	Distribuidos ICF
Auditorio	Distribuidos UEN
Holter	Electrofisiología
Mesa Basculante	Electrofisiología
Recepción y Sala de Espera Gastroenterología - Electrofisiología 50%	Electrofisiología
Recepción y Sala de Espera Gastroenterología - Electrofisiología 50%	Gastroenterología
Gastroenterología	Gastroenterología
Laboratorio Clínico	Laboratorio Clínico
Chequeo Ejecutivo	Mercadeo Nacional
Neurociencias	Neurología
Circulación, ductos, baños públicos	Propiedad Horizontal
Investigaciones DYD	Diseño y Desarrollo
Cardiología Pediátrica	Servicio de Cirugía
Médico Nefrología	Nefrología

<b>CUARTO PISO</b>	0
Salas de Cirugía Hemodinamia Cuarto de Aseo Cafeteria Piso Cuarto Circulación, ductos y servicios Almacen Farmacia Uci Adulto	Cirugía Diacorsa Distribuidos ICF Distribuidos ICF Propiedad Horizontal Servicio Farmaceutico UCI Adulto
<b>QUINTO PISO</b>	0
Departamento de Cirugía Laboratorio Vascular Sala de Espera Laboratorio Vascular y Consultorios Privados Consultorios Privado 1 Consultorios Privado 2 Consultorios Privado 3 Sala de Espera Laboratorio Vascular y Consultorios Privados Laboratorio Privado Laboratorio Privado Higuera Escalante Circulación, ductos y baños Unidad de Recuperacion	Cirugía Laboratorio Vascular Laboratorio Vascular Propiedad Horizontal Propiedad Horizontal Propiedad Horizontal Propiedad Horizontal Propiedad Horizontal Propiedad Horizontal Propiedad Horizontal Propiedad Horizontal Unidad de Recuperacion
<b>SEXTO PISO</b>	0
Sala de Lactancia Lactario Area RTS Ltda Circulación, ductos y baños Servicio Farmaceutico Uci Neonatal	Distribuidos ICF Nutrición Propiedad Horizontal Propiedad Horizontal Servicio Farmaceutico Uci Neonatal
<b>SEPTIMO PISO</b>	0
Uci Intermedia Adulto Uci Pediatría Circulación, ductos y servicios	Uci Intermedia Adulto Uci Pediatría Propiedad Horizontal
<b>OCTAVO PISO</b>	0
Piso 8 Pabellon Fundadores Circulación, ductos y servicios	Pabellon Fundadores Propiedad Horizontal
<b>NOVENO PISO</b>	0
Hospitalizacion Pediatría Uci Intermedia Neonatal Uci Pediatría General Circulación, ductos y servicios	Hospitalizacion Pediatría Uci Intermedia Neonatal Uci Pediatría General Propiedad Horizontal

<b>DECIMO PISO</b>	<b>0</b>
Hospitalizacion Adulto Videotelemetria Circulación, ductos y servicios	Hospitalizacion Adulto Neurologia Propiedad Horizontal
<b>UNDECIMO PISO</b>	<b>0</b>
Unidad de Trasplantes Salas de Cirugia Circulación, ductos y servicios	Unidad de Trasplantes Cirugia Propiedad Horizontal
<b>TERRAZA</b>	<b>0</b>
Cafeteria Piso 12 Helipuerto Tanque y Fuente comite de etica	Distribuidos ICF Unidad Movil Propiedad Horizontal comite de etica

### Centros de Costos Instituto del Corazón de Floridablanca

Piso	Ubicación	Centro de Costos
1	Atencion al Cliente	Atencion al Cliente
1	Cartera	Cartera
1	Consulta Externa	Consulta Externa
1	Falla Cardiaca	Consulta Externa
1	Estadistica	Control de Gestion y Calidad
1	Calidad	Control de Gestion y Calidad
1	Seguridad del Paciente	Control de Gestion y Calidad
1	Cuentas Medicas	Cuenta Medicas
1	Facturacion	Facturacion
1	Autorizaciones	Facturacion
1	Caja	Subgerencia Administrativa y Financiera
1	Cartera Particulares	Facturacion
1	Convenios	Gerencia ICF
1	Juridica ICF	Gerencia ICF
1	Gerencia ICF	Gerencia ICF
1	Gestion Asistencial	Gestion Asistencial
1	Mantenimiento	Planta Fisica y Equipos Biomedicos
1	Subgerencia Administrativa y Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera
1	Coordinacion Administrativa	Subgerencia Administrativa y Financiera
1	Subgerencia Medica	Subgerencia Medica
1	Auditoria Medica	Sugerencia Medica
1	Telemedicina	Telemedicina
1	Consultorio Clinica del Dolor	Clinica de Dolor
1	Consultorio Electrofisiologia	Electrofisiologia
2	Metodos Diagnosticos No Invasivos	Diagnosticos no Invasivos
2	Mercadeo Nacional	Mercadeo Nacional e Internacional
2	Mercadeo Internacional	Mercadeo Nacional e Internacional
2	Laboratorio de Función Pulmonar	Neumologia
2	Gimnasio de Rehabilitacion	Rehabilitacion
2	Nutricion	Nutricion

3	Sala de Espera	Distribuidos ICF
3	Auditorio	Distribuidos Varios UEN
3	Holter	Electrofisiologia
3	Gastroenterologia	Gastroenterologia
3	Laboratorio Clinico	Laboratorio Clinico
3	Chequeo Ejecutivo	Mercadeo Nacional e Internacional
3	Neurologia	Neurologia
3	Oficina de Cardiocirugia Pediatrica	Sugerencia Medica
4	Cafeteria Cuarto Piso	Distribuidos ICF
4	Hemodinamia	Hemodinamia
4	Salas de Cirugia	Servicio de Cirugía
4	Uci Adultos	Uci Adultos
5	Laboratorio Vascular	Laboratorio Vascular
5	Nefrologia	Nefrologia
5	Departamento de Cirugia	Servicio de Cirugía
5	Unidad de Recuperacion	Unidad de Recuperacion
6	Farmacia	Servicio Farmaceutico
6	Uci Neonatal	Uci Neonatal
6	Sala de Lactancia	Distribuidos ICF
6	Lactario	Nutricion
7	Uci Intermedia Adulto	Uci Intermedia Adulto
7	Uci Pediatrica Cardiovascular	Uci Pediatrica
8	Pabellon Fundadores	Pabellon Fundadores
9	Hospitalizacion Pediatrica	Hospitalizacion Pediatrica
9	Uci Neonatal Intermedia	Uci Intermedia Neonatal
9	Uci Pediatrica General	Uci Pediatrica General
10	Hospitalizacion Adulto	Hospitalizacion Adulto
10	VideoTelemetria	Neurologia
11	Salas de Cirugia	Servicio de Cirugía
11	Centro de Trasplante	Unidad de Trasplantes
12	Cafeteria	Distribuidos ICF
1A	Imágenes Diagnosticas	Imágenes Diagnosticas
1A	Urgencia	Urgencia
Sotano 1	Morgue	Distribuidos ICF
Sotano 1	Cuarto Central de Residuos	Distribuidos ICF
Sotano 1	Taller Mantenimiento	Planta Fisica y Equipos Biomedicos
Sotano 2	Archivo Estadística	Control de Gestion y Calidad
Sotano 2	Comedor	Distribuidos ICF
Sotano 2	Cuarto Central Ropa Limpia	Distribuidos ICF
Sotano 2	Cuarto Central de Reciclaje	Distribuidos ICF
Sotano 2	Cuatro Almacenamiento Sustancias	Distribuidos ICF
Sotano 2	Vestier Servicios Generales	Distribuidos ICF
Sotano 2	Oficina Coordinacion Servicios Generales	Distribuidos ICF
Sotano 2	Archivo Facturacion	Facturacion
		Fisioterapia y Psicologia
		Jornada de Enfermeria

**ANEXO D. Codificación glosas instituto del corazón de Floridablanca año  
2012**

<b>CODIGOS MOTIVO AÑO 2011</b>	<b>TOTAL VALOR GLOSA</b>
101 FACTURACIÓN DE ESTANCIA	\$ 52.137.072
102 FACTURACIÓN CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS	\$ 1.313.966
103 FACTURACIÓN HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS	\$ 4.228.715
104 FACTURACIÓN DERECHOS DE SALA	\$ 23.800
105 FACTURACIÓN MATERIALES	\$ 1.417.586
106 FACTURACIÓN MEDICAMENTOS	\$ 42.331.954
107 FACTURACIÓN AYUDAS DIAGNOSTICAS	\$ 21.090.503
108 FACTURACIÓN ATENCION INTEGRAL (Caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico).	\$ 21.850.319
111 FACTURACIÓN SERVICIO O INSUMO INCLUIDO EN ESTANCIA O DERECHOS DE SALA	\$ 5.635.255
112 FACTURACIÓN POR FACTURA EXCEDE TOPES AUTORIZADOS	\$ 165.606
113 FACTURAR POR SEPARADO POR TIPO DE RECOBRO (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas).	\$ 814.600
114 FACTURACIÓN POR ERROR EN SUMA DE CONCEPTOS FACTURADOS	\$ 39.183
116 FACTURACIÓN USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN RESPONSABLE	\$ 165.523.151
119 FACTURACIÓN ERROR EN DESCUENTO PACTADO	\$ 561.905
120 FACTURACIÓN RECIBO DE PAGO COMPARTIDO	\$ 76.283
123 FACTURACIÓN PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$ 23.830.748
126 FACTURACIÓN USUARIO O SERVICIO PERTENECE A CAPITACIÓN	\$ 1.391.884
127 FACTURACION SERVICIO O PROCEDIMIENTO INCLUIDO EN OTRO	\$ 425.016
132 FACTURACIÓN DETALLE DE CARGOS	\$ 899.475
201 TARIFA ESTANCIA	\$ 15.437.602
202 TARIFA CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS	\$ 2.997.651
203 TARIFA HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS	\$ 4.274.161
204 TARIFA HONORARIOS OTROS PROFESIONALES AISTENCIALES	\$ 1.058.972
205 TARIFAS DERECHOS DE SALA	\$ 340.950
206 TARIFAS MATERIALES	\$ 53.145.838
207 TARIFAS MEDICAMENTOS	\$ 106.819.616
208 TARIFAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS	\$ 9.176.692
223 TARIFAS PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$ 18.514.584
229 TARIFAS RECARGOS NO PACTADOS	\$ 2.200
301 SOPORTES ESTANCIA	\$ 3.357.456
302 SOPORTES CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS	\$ 65.009
306 SOPORTES MATERIALES	\$ 9.383.819

307 SOPORTES MEDICAMENTOS	\$	51.393.538
308 SOPORTES AYUDAS DIAGNÓSTICAS	\$	61.120.560
323 SOPORTES PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$	10.764
330 SOPORTES AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ADICIONALES	\$	2.444
332 SOPORTES DETALLE DE CARGOS	\$	5.091.113
333 SOPORTES COPIA DE HISTORIA CLINICA COMPLETA	\$	1.150.484
337 SOPORTES ORDÉN O FÓRMULA MÉDICA	\$	568.890
401 AUTORIZACIÓN DE ESTANCIA	\$	17.892.861
402 AUTORIZACIÓN CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS	\$	175.456
406 AUTORIZACIÓN MATERIALES	\$	14.750.102
407 AUTORIZACIÓN MEDICAMENTOS	\$	16.029.944
408 AUTORIZACIÓN AYUDAS DIAGNÓSTICAS	\$	2.222.854
423 AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$	251.424.029
426 AUTORIZACIÓN USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN O RESPONSABLE	\$	73.632
430 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ADICIONALES	\$	57.290.316
502 COBERTURA CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS	\$	176.100
506 COBERTURA MATERIALES	\$	1.727.077
507 COBERTURA MEDICAMENTOS	\$	30.380.940
508 COBERTURA AYUDAS DIAGNÓSTICAS	\$	7.941.229
523 COBERTURA PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$	58.420
545 COBERTURA SERVICIO NO PACTADO	\$	243.797
601 PERTINENCIA DE ESTANCIA	\$	328.627.555
602 PERTINENCIA CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS	\$	2.217.387
604 PERTINENCIA HONORARIOS OTROS PROFESIONALES ASISTENCIALES	\$	66.126
605 PERTINENCIA DERECHOS DE SALA	\$	589.265
606 PERTINENCIA MATERIALES	\$	8.486.955
607 PERTINENCIA MEDICAMENTOS	\$	15.302.296
608 PERTINENCIA AYUDAS DIAGNÓSTICAS	\$	19.430.370
623 PERTINENCIA PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD	\$	15.187.660
653 PERTINENCIA URGENCIA	\$	389.544
816 DEVOLUCIÓN POR USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN RESPONSABLE	\$	57.616.622
821 DEVOLUCIÓN POR AUTORIZACIÓN PRINCIPAL NO EXISTE NO CORRESPONDE AL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	\$	2.034.043
847 DEVOLUCIÓN POR FALTA DE SOPORTES DE JUSTIFICACION PARA RECOBROS (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas).	\$	6.205.289
849 DEVOLUCIÓN FACTURA NO CUMPLE CON REQUISITOS LEGALES	\$	166.436
850 DEVOLUCIÓN FACTURA YA CANCELADA	\$	31.312
<b>Total general</b>	<b>\$</b>	<b>1.544.406.981</b>

**ANEXO E. Entidades responsables del pago con glosas efectivas en el año  
2012**

ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO	VALOR GLOSA ACEPTADA
COMPARTA	\$ 350.358.959
COOMEVA EPS	\$ 207.168.162
ECCOPOSOS	\$ 102.571.363
SECCIONAL DE SANIDAD SANTANDER	\$ 77.892.275
FOSCAL	\$ 74.868.754
INSTITUTO DPTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	\$ 74.195.452
NUEVA EPS	\$ 68.291.548
SALUD TOTAL	\$ 63.913.864
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA	\$ 59.010.461
EPS SANITAS	\$ 46.455.094
UO AZV UITVOERINGSORGAAN ALGEMENE ZIEKTEKOSTEVEN	\$ 43.346.721
COMFENALCO SANTANDER	\$ 40.786.693
SOLSALUD	\$ 36.333.085
SALUDCOOP EPS	\$ 34.561.735
FUNDACION MEDICO PREVENTIVA	\$ 26.199.191
CAPRECOM	\$ 23.966.243
EMDIS	\$ 20.392.388
CAJACOPI	\$ 20.056.539
ALIANZASALUD EPS	\$ 18.432.111
CAJASAN	\$ 15.517.661
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER	\$ 14.438.588
COLSANITAS	\$ 13.656.973
COOSALUD	\$ 10.925.505
CAFESALUD EPS	\$ 10.887.469
COLOMBIANA DE TRASPLANTES S.A.	\$ 9.845.730
AVANZAR MEDICO	\$ 9.454.614
COOMEVA MP	\$ 9.330.490
COMFAORIENTE EPS-S	\$ 7.772.859
ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A	\$ 7.409.896
MEDISANITAS	\$ 6.060.040
FONDO F DISTRITAL	\$ 4.106.198
SALUD TOTAL	\$ 4.046.614
EMSSANAR	\$ 3.781.027
FAMISALUD COMFANORTE	\$ 3.549.267
COLMEDICA MP	\$ 3.408.310
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR BASER5	\$ 2.576.538
QBE SEGUROS S.A.	\$ 2.014.887

SALUD COLPATRIA	\$	1.941.228
COLSEGUROS	\$	1.796.448
SALUD VIDA	\$	1.712.670
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA	\$	1.686.467
CLINICA BUCARAMANGA	\$	1.317.151
CRUZ BLANCA	\$	1.311.625
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURA	\$	1.203.497
CAPRUIS	\$	782.542
SEGUROS BOLIVAR	\$	642.312
SOLSALUD	\$	635.176
SENA	\$	619.042
CAFESALUD MP	\$	557.521
SALUD COLPATRIA	\$	443.219
MALLAMAS EPS	\$	322.900
FORPRESALUD	\$	264.185
SECRETARIA DE CESAR	\$	260.958
LIBERTY	\$	222.890
COLMEDICA	\$	166.717
COLMEDICA	\$	157.650
ORGANIZACIÓN CLINICA NORTE	\$	156.642
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS	\$	132.000
SEGUROS COLPATRIA	\$	128.909
SECRETARIA DE SALUD GUAJIRA	\$	95.700
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SUSRAMERICANA S.A	\$	58.113
ECOPETROL	\$	44.000
METLIFE COLOMBIA	\$	43.000
AMBUQ	\$	34.968
COMFABOY	\$	27.164
COMFENALCO ANT	\$	22.256
CLINICA CHICAMOCHA	\$	17.438
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOYACA COMFABOY	\$	12.207
COMFAMILIAR	\$	4.982
SEGUROS DEL ESTADO	\$	2.100
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>1.544.406.981</b>

## ANEXO F. Plan de acción

PLAN DE ACCION CUENTAS MEDICAS	
DIAGNOSTICO	
<b>TALENTO HUMANO</b>	1. Personal Operativo insuficiente (2 Auditores de tiempo completo y 1 de 6 horas para realizar respuesta a glosa, devoluciones y conciliaciones.
	2. Perfiles Inadecuados, desde el area de Contratación
	3. Necesidad de reasignación de roles que permitan definir de forma clara las funciones del personal.
	4. Falta de capacitaciones al personal Operativo en Normatividad vigente.
	5. Control insuficiente de las actividades diarias.
	6. Falta de Trabajo en Equipo.
	7. Claridad en la definición de funciones.
<b>SOPORTE INFORMATICO</b>	1. Soporte informatico insuficiente, lo que nos conduce a manejo de información erronea (situación real de la glosa, estado y valor de la misma, valores a conciliar)
	2. Procesos informaticos no estandarizados, lo que dificulta la fluidez de la información y no permite la optimización del recurso humano (realización manual informe mensual NC, informe trazabilidad NC por Pertinencia Medica, depuración de cartera).
	3. Realización manual de tareas, lo que genera reprocesos y demora en la elaboración de actividades (Cuadros de Excell para el ingreso de información, Cuadernos para la trazabilidad de la factura).
	4. Deficiente trazabilidad de la información (facturas) y del Personal involucrado en la aceptación de la Glosa.
<b>PROCESOS</b>	1. Procesos inadecuados.
	2. Procesos no socializados en el area de Cuentas Medicas
	3. Procesos no estandarizados.
	4. Carencia de un Modelo OPERATIVO que articule eficientemente los procesos de Coordinación de Servicios Medicos y asistenciales con los procesos administrativos
<b>INDICADORES</b>	1. No retroalimentación de los Indicadores en el area de Cuentas Medicas.

<b>PLAN DE ACCION CUENTAS MEDICAS</b>
<b>OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS TÁCTICAS Y ACTIVIDADES</b>

<b>OBJETIVO GENERAL</b>
<b>Desarrollar Estrategias en el area de Auditoria que permitan ajustar y optimizar los procesos, enfocandose en la Prevención de glosas y en la eficiencia a la respuesta de las objeciones realizadas por las diferentes ERP.</b>

- |  |
|--|
| <b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>   |
| 1. Contar con información real del estado de Glosas y Devoluciones para tener una información fiable de este proceso |
| 2. Desarrollar estrategias que permitan ponernos al día con las respuestas a Glosas y Devoluciones                   |
| 3. Conciliación de todas las Facturas pendiente por Conciliar  |
| 4. Gestionar los recursos necesarios para el correcto funcionamiento del area (Personal, Técnico e Infraestructura)  |
| 5. Garantizar el flujo de información, con el fin de minimizar las brechas que existen entre las diferentes areas.   |
| 6. Evaluación y revisión del Modelo actual de Auditoria  |
| 7. Revisión e Implementación de Procesos   |
| 8. Definición de lineamientos y Politicas en el area de Auditoria  |
| 9. Establecer un modelo de contratación con las diferentes ERP y socializacion de los mismos                         |
| 10. Realizar la trazabilidad de Indicadores de Gestión que permitan medir la eficiencia del area                     |

<b>OBJETIVO 1.</b>
<b>Contar con información real del estado de Glosas y Devoluciones para tener una información fiable de este proceso</b>
<b>ESTRATEGIAS</b>
1.1 Depuración manual del informe mensual de Auditoria interna y del informe diario arrojado por SAHI
1.2 Parametrización informatica de los diferentes estados de Glosa.
1.3 Parametrización de los valores de glosa, restando los valores de las glosas ratificadas con respecto a las glosas previas.
1.4 Identificación del personal involucrado en la aceptación de la glosa.

<b>OBJETIVO 2</b>
<b>Desarrollar estrategias que permitan ponernos al día con las respuestas a Glosas y Devoluciones</b>
<b>ESTRATEGIAS</b>
2.1 Realizar jornadas de trabajo para responder las Glosas y Devoluciones pendientes por tramitar
2.2 Contratar Personal idoneo para el proceso de respuesta a Glosa y Devoluciones, previa definición del Perfil requerido para el Proceso de respuesta a Glosa y Devolución.
2.3 Realizar una programación diaria de tareas que permita tener al día el proceso de auditoria Concurrente y Auditoria de respuesta a Glosas
2.4 Concientización del Personal operativo de la importancia en la labor desarrollada.
2.5 Asignación de nuevos roles al personal operativo de Cuentas Médicas

<b>OBJETIVO 3</b>
<b>Conciliación de todas las facturas pendiente por Conciliar</b>
<b>ESTRATEGIAS</b>
3.1 Realizar un Cronograma de conciliaciones teniendo en cuenta la edad de la cartera, por orden de valor y priorizando las entidades que se encuentran en proceso de liquidación.
3.2 Establecer un Cronograma de Conciliaciones fijas con las entidades con Sede en Bucaramanga.

<b>OBJETIVO 4</b>
<b>Gestionar los recursos necesarios para el correcto funcionamiento del area</b>
<b>ESTRATEGIAS</b>
4.1 Actualización de los equipos de computo en el area de Cuentas Medicas
4.2 Contratación de personal idoneo, de acuerdo a los Perfiles definidos
4.3 Redistribución y reorganización de funciones
4.4 Capacitación del personal operativo en la Normatividad vigente

<b>OBJETIVO 5</b>
<b>Garantizar el flujo de información, con el fin de minimizar las brechas que existen entre las diferentes areas.</b>
<b>ESTRATEGIAS</b>
5.1 Generar un informe mensual de todas las Notas Credito generadas mensualmente, con el fin de llevar un control de las aceptaciones realizadas por Motivo de Glosa, Entidad y Centro de Costos.
5.2 Socializar la información con los lideres de las diferentes areas implicadas y trabajar conjuntamente en la prevención de glosas (Autorizaciones, Facturación, Subgerencias Clinicas, Subgerencia Cientifica, Dirección Medica, Gerencia ICF-FCV.
5.3 Realizar reuniones semanales o quincenales entre el area de Cuentas Medicas, Autorizaciones, Facturación y las Subgerencias Clinicas con el fin de estudiar y definir posiciones con respecto a casos precisos, con el fin de unificar conceptos y tomar posiciones claras frente a las ERP.
5.4 Generar un informe mensual sobre las aceptaciones realizadas por Pertinencia Medica, para que el mismo sea socializado de forma directa con el medico tratante y crear una cultura de concientización.

<b>OBJETIVO 6</b>
<b>Evaluación y revisión del Modelo actual de Auditoria</b>
<b>ESTRATEGIAS</b>
6.1 Revisar el Modelo establecido para el proceso de Auditoria de Concurrencia y realizar una actualización del Manual de Auditoria, si es
6.2 Implementar el modelo real de Auditoria Concurrente
6.3 Socialización del Modelo de Auditoria y concientización de su importancia a los auditores externos
6.4 Establecimiento de tiempos para la respuesta a Glosas y respuestas realizadas por las diferentes ERP
6.5 Llevar un control estricto de los tiempos establecidos para la Auditoria Concurrente

<b>OBJETIVO 7</b>
<b>Revisión e Implementación de Procesos</b>
<b>ESTRATEGIAS</b>
7.1 Revisión de Procesos para la Auditoria Concurrente
7.2 Redefinición de Procesos para la creación y tramite de la Glosa
7.3 Desarrollar un Manual actualizado de funciones.

<b>OBJETIVO 8</b>
<b>Definición de lineamientos y Políticas en el area de Auditoria</b>
<b>ESTRATEGIA</b>
8.1 Realizar con base a la información resultante de la Auditoria Concurrente y de Cuentas Medicas la definición de lineamientos frente a las Glosas y devoluciones realizadas por las diferentes ERP, con el fin de tener una Política institucional.
8.2 Establecer claridad con el area de Facturación el listado de insumos facturables.
8.3 Lograr que las Políticas definidas sean incluidas en los Acuerdos Contractuales celebrados con las diferentes ERP
8.4 Orientarnos a una Auditoria mas Prospectiva y Concurrente con el fin de eliminar las Glosas Prevenibles

<b>OBJETIVO 9</b>
<b>Establecer un modelo de contratación con las diferentes ERP y socialización de los mismos</b>
<b>ESTRATEGIAS</b>
9.1 Realizar un Formato de Contratación institucional que sirva como modelo para los Acuerdos Contractuales realizados con las diferentes ERP
9.2 Divulgación y socialización de los Acuerdos Contractuales realizados entre el ICF y las diferentes aseguradoras al area de Cuentas Médicas

<b>OBJETIVO 10</b>
<b>Realizar la trazabilidad de Indicadores de Gestión que permitan medir la eficiencia del area</b>
<b>ESTRATEGIAS</b>
10.1 Indicadores de Glosas y Devoluciones sobre el total de lo radicado
10.2 Indicadores de gestión de Glosas y Respuestas
10.3 Indicadores de Conciliaciones de Glosas
10.4 Indicadores de Conciliaciones de Concurrencia
10.5 Indicadores de aceptaciones sobre la Glosa radicada ante el ICF

PLANEACION ESTRATEGICA CUENTAS MEDICAS							
OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS TÁCTICAS Y ACTIVIDADES			ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RECURSOS	SEGUIMIENTO	DESCRIPCION AVANCES
OBJETIVO	1	Contar con información real del estado de Glosas y Devoluciones para tener una información fiable de este proceso					
ESTRATEGIAS TÁCTICAS Y ACTIVIDADES							
	1.1	Depuración del informe mensual de Auditoria interna y del informe diario arrojado por SAHI	Realizar jornadas de revisión y cruce de información, teniendo en cuenta la información reportada en cada uno de los informes	Auxiliar Técnico de Cuentas Médicas, Coordinación de Cuentas Médicas	Informe diario de Cuentas Medicas arrojado por SAHI, Dato Diario de Operaciones e Informe mensual de Auditoria Interna	Diariamente se revisara el "Control Diario de Operaciones" y de forma semanal se enviara un pequeño resumen de los hallazgos encontrados, con el fin de evaluar la Estretega y redefinirla, si es necesario.	
	1.2	Parametrización informatica de los diferentes estados de Glosa.	Crear en SAHI y ORACLE los diferentes estados de glosa por los que pasa la factura con el fin de identificar de forma veraz la Glosa din tramitar.	DTI	Información ingresada por Auxiliares Tecnicos de Cuentas Médicas	Mensualmente se revisara el informe arrojado por SAHI.	
	1.3	Parametrización de los valores de glosa, restando los valores de las glosas ratificadas con respecto a las glosas previas.	Estandarizar en SAHI el valor ratificado de la Glosa, el cual no debe sumarse a la glosa previamente reportada por las aseguradoras.	DTI	Información ingresada por Auxiliares Tecnicos de Cuentas Médicas	Mensualmente se revisara el informe arrojado por SAHI.	

OBJETIVO	2	Desarrollar estrategias que permitan ponernos al día con las respuestas a Glosas y Devoluciones					
ESTRATEGIAS TÁCTICAS Y ACTIVIDADES							
	2.1	Realizar jornadas de trabajo para responder las Glosas y Devoluciones pendientes por tramitar	Organizar con Revisores Técnicos y auditoría médica, cronogramas de trabajo para dar trámite a todas las glosas y devoluciones pendiente por responder, sin atrasarnos en los nuevos reportes.	Coordinación Cuentas Médicas	Control diario de Operaciones, Cronogramas de tareas establecidos.	Diariamente.	
	2.2	Contratar Personal idoneo para el proceso de respuesta a Glosa y Devoluciones, previa definición del Perfil requerido para el Proceso de respuesta a Glosa y Devolución.	Contratar 2 Revisores Técnicos que coadyuven al cumplimiento de las Metas Propuestas.	Coordinación Cuentas Médicas, Jefe de Procesos Administrativos, Gerencia del ICF, DE.	Cuadro de asignación de Funciones diarias	Diariamente.	
					Formato establecido por Calidad para el seguimiento a Personal nuevo (Formato RDHT-2057)	Al mes de ingreso del Personal nuevo	
	2.3	Realizar una programación diaria de tareas que permita tener al día el proceso de auditoría Concurrente y Auditoría de respuesta a Glosas	Realizar un Formato en el que se designen las tareas diarias asignadas a cada auditor médico, de enfermería y Revisores Técnicos y evaluar al final del día el cumplimiento del mismo.	Coordinación de Cuentas Médicas	Cronograma de seguimiento a Tareas diarias	Diariamente.	
			Socialización del Cronograma a los diferentes integrantes del equipo de trabajo.	Coordinación de Cuentas Médicas	Una vez	Semestralmente	
	2.4	Concientización del Personal operativo de la importancia en la labor desarrollada.	Realizar reuniones con el equipo de Trabajo en el que socializen los avances alcanzados	Coordinación de Cuentas Médicas	Comités Primarios	Mensual	
		Aprovechar los Comités Primarios para interactuar con el equipo, y que este espacio sirva de escenario a la aclaración de dudas.					

OBJETIVO	3	Conciliación de las facturas pendiente por Conciliar					
ESTRATEGIAS TÁCTICAS Y ACTIVIDADES							
	3.1	Realizar un Cronograma de conciliaciones teniendo en cuenta la edad de la cartera, por orden de valor y priorizando las entidades que se encuentran en proceso de liquidación.	Realizar una depuración del estado de cartera de las diferentes aseguradoras y clasificar por prioridad de conciliación	Coordinación de Cuentas Medicas, Ejecutivas de Cartera	Estado de Cartera, Informe mensual de auditoria	Mensual	
	3.2	Realizar un Cronograma de conciliaciones para la Auditoria de Concurrencia en comun acuerdo con las Subgerencias Clinicas y Auditoria Externa, con el fin de coadyuvar a la radicación oportuna de las cuentas.	Efectuar procesos de citación a conciliaciones a los diferentes auditores externos, en comun acuerdo con las Subgerencias Clinicas, con el fin cumplir con las metas de radicación	Coordinación de Cuentas Medicas, Subgerencias Clinicas y Auditores Externos.	Control diario de Operaciones	Semanal	
	3.3	Establecer un Cronograma de Conciliaciones fijas con las entidades con Sede en Bucaramanga.	Realizar en conjunto con las diferentes ERP con SEDE en Bucaramanga jornadas de conciliación periodicas con el fin de tener todo el proceso de conciliación al dia.	Coordinación de Cuentas Medicas, Ejecutivas de Cartera	Estado de Cartera, Informe mensual de auditoria	Mensual	

OBJETIVO	5	Garantizar el flujo de información, con el fin de minimizar las brechas que existen entre las diferentes áreas.					
ESTRATEGIAS TÁCTICAS Y ACTIVIDADES							
	5.1	<p>Generar un informe mensual de todas las Notas Credito generadas mensualmente, con el fin de llevar un control de las aceptaciones realizadas por Motivo de Glosa, Entidad y Centro de Costos.</p>	<p>Realizar un informe mensual de las Objeciones aceptadas por parte del ICF, lo anterior con el fin de llevar un control de las NC generadas e ID las principales falencias, generadoras de glosas efectivas.</p>	Coordinación de Cuentas Médicas	Notas Credito generadas mes a mes	Mensual	
			<p>Socialización de la información resultante con el personal implicado.</p>	Coordinación de Cuentas Medicas			
	5.2	<p>Socializar la información con los lideres de las diferentes areas implicadas y trabajar conjuntamente en la prevención de glosas (Autorizaciones, Facturación, Subgerencias Clinicas, Subgerencia Científica, Dirección Medica, Gerencia ICF-FCV.</p>	<p>Realizar reuniones con los diferentes lideres de areas y Centros de Costo, con el fin de socializar lo referente a las Glosas Prevenibles y definir acciones de mejora, para evitar la recurrencia de las mismas.</p>	Coordinación de Cuentas Médicas, Subgerencias Clinicas, Lideres de areas, Gerencia ICF.	Informe mensual Notas Credito	Mensual	
	5.3	<p>Realizar reuniones semanales o quincenales entre el area de Cuentas Medicas, Autorizaciones, Facturación y las Subgerencias Clinicas con el fin de estudiar y definir posiciones con respecto a casos precisos, con el fin de unificar conceptos y tomar posiciones claras frente a las ERP.</p>	<p>Realizar una reunión obligatoria, quincenal, con los lideres del area de Autorizaciones, Facturación, Cuentas Médicas y Subgerencias Clinicas, en la cual se socializen los casos mas complejos o representativos, con el fin de resolver dudas y llegar a una posición unanime frente a las diferentes aseguradoras.</p>	Coordinación Cuentas Medicas, Lideres de areas.	Glosas y Devoluciones realizadas por las ERP	Mensual	
	5.4	<p>Generar un informe mensual sobre las aceptaciones realizadas por Pertinencia Medica, para que el mismo sea socializado de forma directa con el medico tratante y crear una cultura de concientización.</p>	<p>Realizar un informe mensual, en base al generado por las Notas Credito, en el cual se identifique el Personal de Salud responsable de la aceptación dela glosa, con el fin de concientizar a los involucrados y tomar correctivos que impidan su nueva presentación.</p>	Coordinación de Cuentas Medicas, Subgerencia Científica, Dirección Médica.	Informe mensual Notas Credito	Mensual	

OBJETIVO	7	Revisión e Implementación de Procesos					
ESTRATEGIAS TÁCTICAS Y ACTIVIDADES							
	7.1	Reorganización de Procesos para la Auditoria Concurrente	1. Revisión de los Procesos 2. Analisis y redefinición del 3. Implementación del Proceso	Coordinación de Cuentas Medicas, Jefe de Procesos	Manual de Auditoria	Primer seguimiento al mes, posteriormente trimestral	
	7.2	Redefinición de Procesos para la creación y tramite de la Glosa	1. Revisión del Proceso actual para la creación de la glosa Analisis y dedefinición del Proceso. 3. Implementación del Proceso	Coordinación de Cuentas Medicas, Jefe de Procesos Administrativos	Manual de Auditoria	Primer seguimiento al mes, posteriormente trimestral	
	7.3	Desarrollar un Manual actualizado de funciones.	Establecer perfiles de cargos y asignar de acuerdo el resultado, actividades a los integrantes del equipo de trabajo de Cuentas	Cuentas Medicas, Area de RRHH	Manual de funciones RRHH	Anual	

OBJETIVO	8	Definición de lineamientos y Políticas en el área de Auditoría					
ESTRATEGIAS TÁCTICAS Y ACTIVIDADES							
	8.1	Realizar en base a la información resultante de la Auditoría Concurrente y de Cuentas Médicas la definición de lineamientos frente a las Glosas y devoluciones realizadas por las diferentes ERP, con el fin de tener una Política	Definir parámetros plenamente conocidos por todos y hacerlos cumplir ante las diferentes ERP.	Coordinación Cuentas Médicas, Subgerencias Clínicas, Contratación.	Políticas Institucionales	Anual	
	8.8	Establecer claridad con el área de Facturación el listado de insumos facturables.	Realizar un listado en conjunto con las Subgerencias Clínicas, Facturación y Auditoría de Cuentas Médicas de los insumos no facturables, con el fin de evitar Glosas Prevenibles por esta	Coordinación Cuentas Médicas, Subgerencias Clínicas, Coordinación Facturación y Jefe de	Manual ISS 2001, Manual SOAT 2012	Trimestral	
	8.3	Lograr que las Políticas definidas sean incluidas en los Acuerdos Contractuales celebrados con las diferentes ERP	Socializar con el área de Convenios las Políticas resultantes para que las mismas sean incluidas en los Acuerdos contractuales.	Coordinación Cuentas Médicas, Contratación, Gerencia del ICF.	Acuerdos Contractuales, Normatividad Vigente, Políticas Institucionales	Anual	
	8.4	Orientarnos a una Auditoría más Prospectiva y Concurrente con el fin de eliminar las Glosas Prevenibles	Realizar un análisis del estado actual de aceptaciones a Glosas y Devoluciones con el fin de enfocarnos en las Glosas Prevenibles y evitar la nueva presentación de las mismas.	Coordinación de Cuentas Médicas, Subgerencias Clínicas y líderes de área.	Informe mensual de Notas Crédito, Formato control de Glosas Prevenibles	Mensual	

<b>OBJETIVO</b>	<b>10</b>	<b>Realizar la trazabilidad de Indicadores de Gestión que permitan medir la eficiencia del area</b>					
<b>ESTRATEGIAS TÁCTICAS Y ACTIVIDADES</b>							
	<b>10.1</b>	Indicadores de Glosas y Devoluciones sobre el total de lo radicado	Establecer un indicador que mida el porcentaje de glosas y Devoluciones recibidas, sobre el total de lo radicado.	Coordinación de Cuentas Médicas	Informe generado por SAHI sobre Glosas y Devoluciones e Informe de Radicación mensual.	Mensual	
	<b>10.2</b>	Indicadores de gestión de Glosas y Respuestas	Establecer un indicador que mida el porcentaje de glosas y devoluciones respondidas, sobre las recibidas.	Coordinación de Cuentas Médicas	Informe generado por SAHI y Control diario de Operaciones	Mensual	
	<b>10.3</b>	Indicadores de Conciliaciones de Glosas	Establecer un indicador que mida, el porcentaje de glosas aceptadas durante el proceso de conciliación, sobre el total de lo conciliado.	Coordinación de Cuentas Médicas	Informe Mensual de Conciliaciones realizadas	Mensual	
	<b>10.4</b>	Indicadores de Conciliaciones de Concurrencia	Establecer un indicador que mida el porcentaje de aceptación realizada durante la Concurrencia.	Coordinación de Cuentas Médicas	Informe mensual Notas Credito	Mensual	
	<b>10.5</b>	Indicadores de aceptaciones sobre la Glosa radicada ante el ICF	Establecer un indicador que mida el porcentaje de aceptación, sobre el total de glosas y devoluciones recibidad.	Coordinación de Cuentas Médicas	Informe mensual Notas Credito	Mensual	

## **ANEXO G. Aceptación trabajo de aplicación por parte de la Fundación Cardiovascular de Colombia**

Floridablanca, 1 de Diciembre del 2013



**Señores  
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
E.S.M**

**Asunto: ACEPTACIÓN DEL TRABAJO E APLICACIÓN “DIAGNÓSTICO Y  
ESTRATEGIAS DE MEJORA PARA EL PROCESO DE AUDITORIA  
CONCURRENTE Y DE CUENTAS MÉDICAS DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN  
DE FLORIDABLANCA – FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA”**

Por medio de la presente nos permitimos informar que el Instituto del Corazón de Floridablanca – Fundación Cardiovascular de Colombia ha aceptado el Proyecto de Aplicación presentado como requisito para optar al título de Magíster en Gerencia de Negocios de la estudiante Luz Daris Navarro De la Hoz, el cual fue realizado sobre un área del Instituto del Corazón de Floridablanca

Agradezco de antemano su atención.

  
**ELSA MARÍA SERPA ISAZA**  
Subgerente Médico - ICF  
Directora Universidad Corporativa - FCV

---

NIT: 890212568-0

Instituto del Corazón Floridablanca: Calle 155A No 23-58 Urbanización El Bosque - PBX: (7)639 9292 - (7)639 6767 Floridablanca - Santander

Instituto del Corazón Santa Marta: Carrera 4a No 26A-71 PBX: (5)431 6485 - Santa Marta

Sede FCV Bogotá: Carrera 14 No 98-73 Of. 503 - PBX: (1)636 4676 - (1)522 0128 - Bogotá D.C.

Centro Tecnológico Empresarial: Carrera 5a No 6-33 PBX: (7)679 6470 - Floridablanca - Santander

[www.fcv.org](http://www.fcv.org)

## ANEXO H. Aprobación trabajo de aplicación por parte del director



Floridablanca, 13 de Febrero del 2014

**Señores**  
**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER**  
**E.S.M**

**Asunto: APROBACIÓN DEL TRABAJO E APLICACIÓN “DIAGNÓSTICO Y ESTRATEGIAS DE MEJORA PARA EL PROCESO DE AUDITORIA CONCURRENTES Y DE CUENTAS MÉDICAS DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA – FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA”**

Por medio de la presente me permito informar que he acompañado y aprobado el Proyecto de Aplicación presentado como requisito para optar al título de Magister en Gerencia de Negocios de la estudiante Luz Daris Navarro De la Hoz, el cual fue realizado sobre un área del Instituto del Corazón de Floridablanca

Agradezco de antemano su atención.

Atentamente,

  
**LUPITA SERRANO GOMEZ**  
Director del Proyecto de Aplicación  
Universidad Industrial de Santander

---

NIT: 890212568-0

Instituto del Corazón Floridablanca: Calle 155A No 23-58 Urbanización El Bosque - PBX: (7)639 9292 - (7)639 6767 Floridablanca - Santander  
Instituto del Corazón Santa Marta: Carrera 4a No 26A-71 PBX: (5)431 6485 - Santa Marta  
Sede FCV Bogotá: Carrera 14 No 98-73 Of. 503 - PBX: (1)636 4676 - (1)522 0128 - Bogotá D.C.  
Centro Tecnológico Empresarial: Carrera 5a No 6-33 PBX: (7)679 6470 - Floridablanca - Santander  
[www.fcv.org](http://www.fcv.org)