

“COMO MEJORAR LAS COMPETENCIAS ADMINISTRATIVAS DEL
PROFESIONAL DE LA SALUD PARA EVITAR EL IMPACTO NEGATIVO
SOBRE EL DESEMPEÑO FINANCIERO DE LA EMPRESA DONDE
LABORA”

PRESENTADO POR: GERMAN EUSEBIO ARANA MORENO

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE MAGISTER EN
ADMINISTRACION CON ENFASIS EN SALUD

TUTOR: DOCENTE BLANCA CECILIA ZULUAGA

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS

SANTIAGO DE CALI, ABRIL DE 2011

Contenido

1. INTRODUCCION.....	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
3. EFICIENCIA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD: ALGUNOS APORTES DE LA LITERATURA.	23
4. METODOLOGÍA DE ESTIMACIÓN DEL IMPACTO FINANCIERO.....	26
5. COMO SE GENERAN LAS GLOSAS.....	28
6. ESTIMACION DEL IMPACTO FINANCIERO DE LAS GLOSAS.....	39
7. PROPUESTA.....	46
8. LIMITACIONES Y RESTRICCIONES DEL TRABAJO	49
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES.....	52

índice de tablas y graficas

1. CUADRO 1: GLOSAS CUARTO TRIMESTRE 2009 DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR.....PAGINA 40
2. CUADRO 2: CAUSAS DE GLOSAS CUARTO TRIMESTRE 2009 DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR.....PAGINA 59
3. GRÁFICO 1. GLOSAS SEGÚN FACTURACIÓN ÚLTIMO TRIMESTRE DE 2009.....PAGINA 42

RESUMEN

En este trabajo se analiza y se estima cómo se afecta financieramente una institución del sistema de salud colombiano, por el desconocimiento que tienen de las funciones administrativas los profesionales de la salud. Estas funciones que denominamos administrativas son aquellas que realiza el profesional de la salud cotidianamente, que le permiten documentar la labor que realiza sobre el paciente atendido, para que sirvan como soporte de cobro en la factura de la empresa. En caso de no realizarse adecuadamente su registro o su labor, se genera una glosa. Llamamos glosa a 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.

Así las cosas estas funciones administrativas complementan su actuación científica, son exigidas por la normatividad del sistema de salud, pero no son inculcadas dentro de sus competencias en las universidades que los forman, lo cual genera un impacto negativo en las finanzas de la institución donde laboran, afectando al mismo sistema que lo exige.

La situación actual de los profesionales de la salud, es que salen graduados de los centros de estudio con buenos conocimientos y buena preparación clínica (asistencial) para laborar en las instituciones del sistema de salud, pero con una gran falencia en conocimientos administrativos y normativos del mismo sistema. Los profesionales desconocen y no han tenido la preparación suficiente en estas competencias, para asumir un trabajo que exige de estas y cuenta con un alto riesgo financiero, administrativo y jurídico. Esta competencia administrativa se exige en su práctica diaria, la cual obligatoriamente tendrán que asumir a lo largo de su vida laboral. No se desconoce que en algunos centros de estudios donde se forman estos profesionales de la salud, se han adicionado materias administrativas en el pensum académico, pero estas no cuentan con la orientación formativa que se precisa en la práctica dentro del sistema, quedando finalmente cortos en la preparación del profesional.

Por lo anterior nuestra propuesta es crear un programa idóneo en la formación de habilidades administrativas en los profesionales de la salud, para que ya con el entrenamiento y conocimiento adecuado (competencias), estos profesionales tengan las herramientas necesarias para poder realizar sus labores administrativas adecuadamente dentro de las instituciones donde laboran, generando un impacto financiero positivo en las instituciones de salud y por ende en el mismo sistema. De esta forma se está ofertando un programa de educación continuada que no existe en Cali ni en el valle del cauca, siendo pioneros en este tipo de enfoque a la problemática del sector salud.

Así las cosas el objetivo de esta propuesta, es la de formar profesionales competentes en sus labores administrativas buscando con esto impactar positivamente las finanzas de la empresa donde se labora, al evitarse los yerros administrativos.

ABSTRACT

This paper initially examines and considers how an institution is financially affected by the Colombian health system, for the unknown with the administrative functions of health professionals, and then present the proposal for training in administrative skills to professional positively impact health seeking the company's finances. Health professionals, graduates leave the study centers with good knowledge and good clinical preparation (care) to work in the institutions of the health system, but with one big flaw in administrative and regulatory knowledge of the system. These

administrative skills required in their daily practice, which necessarily have to take over their working lives. Administrative functions complement their scientific performance, are required by the regulations of the health system, but they are ingrained in their training in the universities that train. Therefore our proposal is to create a suitable program in the training of managerial skills in health professionals so that already with the appropriate knowledge and training (skills), have the necessary tools to properly perform their administrative duties within institutions where they work, seeking to generate a positive financial impact on health institutions. In this way, is offering a program of continuing education that does not exist in Cali or in the Cauca Valley, are pioneering this approach to health sector problems.

PALABRAS CLAVES

Competencias. Glosa. Auto sostenibilidad. U.P.C. Compensación. Funciones administrativas. Flujo de caja. Profesional de la salud.

KEY WORDS

Competencies. Gloss. Self-sustainability. U.P.C. Compensation. Administrative functions. Cash flow. Health care professional.

1. INTRODUCCION

En este trabajo se mostrará cual fue el impacto financiero negativo que se causó a una IPS en su servicio de hospitalización en el último trimestre de 2009, cuando se generaron glosas por las actuaciones administrativas erróneas de los profesionales de la salud, en la prestación de servicios médicos a los pacientes y cuáles fueron sus efectos financieros sobre la rentabilidad de esta institución. Se hará inicialmente un análisis de cómo se generan las glosas durante el trabajo diario de los profesionales de la salud y cuáles son sus causas para entender mejor como es su mecanismo de producción y cuáles son las acciones que deben emprenderse en estos profesionales para evitarlas. Esto a su vez puede actuar como un problema de motivación de dichos profesionales, ya que diariamente se ven expuestos a estas reconvenciones.

La propuesta es desarrollar un programa de capacitación administrativa y jurídica dirigido a los profesionales de la salud (diplomado o educación medica continuada), que les permita adquirir las destrezas requeridas en sus actuaciones profesionales durante la prestación de servicios de salud , buscando repercutir en un mejoramiento en el flujo de caja institucional, en una disminución de sus costos

y en una mejora de la rentabilidad institucional. Así evitaría el traslado del costo a la institución de salud cuando las aseguradoras hagan su control del gasto.¹

El alcance de esta propuesta es lograr impactar financieramente de forma positiva el sistema de salud por medio de una mejor actuación administrativa de todos los profesionales que hacen parte de él, sea que estén terminando sus estudios de pregrado o aquellos que electivamente deseen adquirir conocimientos administrativos-jurídicos para mejorar su práctica profesional diaria en el sistema de salud colombiano. Igualmente estará dirigido para aquellas instituciones que decidan mejorar dichas competencias en los profesionales que laboren para ellas. Se espera de esta forma contribuir al auto sostenimiento económico del sistema y a la mejor utilización de los recursos. Con una adecuada formación administrativa de los profesionales, se ofrecerá al sector salud un profesional idóneo para prestar sus servicios dentro de un sistema normativo muy complejo y muy dinámico. Finalmente las competencias de los profesionales de la salud, deben ir adecuándose a las necesidades del medio y de una población que consume ávidamente servicios en unas instituciones que luchan para ser auto sostenibles en un panorama de gasto en salud desbordado.²

¹ Aun existiendo control al gasto, es de esperarse que la tendencia alcista en los servicios de salud, trasladará el efecto de esta sobre los costos de producción o los recursos fiscales o los actores del sistema de salud. Véase: Ramón Abel Castaño Yepes. Medicina, Ética y reformas a la salud .2000. 95-101.

² Ramón Abel Castaño Yepes. Medicina, Ética y reformas a la salud .2000. 44-84.

RESEÑA HISTORICA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD EN COLOMBIA. Antes del año 1.945 en Colombia no existía claramente un sistema de salud. Consciente de esto y con las limitaciones económicas inherentes, el gobierno del momento decide crear la Caja Nacional de Previsión social para dar cobertura en salud únicamente a los trabajadores que se desempeñaban como funcionarios del Estado. Aunque no fue dirigido a todos los habitantes, este fue un primer paso con el cual se comenzó a prestar un servicio de salud a una pequeña parte de la población. Esta iniciativa, al no tener una adecuada planeación, generó que se fueran creando desordenadamente nuevas cajas de previsión por cada empresa Estatal que existía. Como consecuencia de lo anterior, para el año de 1.991 existían 1200 cajas de previsión social para las empresas del Estado en todo el país. Casi simultáneamente y por la misma razón, se crea en 1.946 el Instituto de los Seguros Sociales, con la finalidad de ampliar la atención a otra parte de la población: los trabajadores del sector privado, quienes no contaban con ninguna caja de previsión ni sistema para cuidar de su salud. De esta forma, el sistema de seguridad social en Colombia da sus primeros pasos, entrando en un desarrollo lento en el transcurso de las cuatro siguientes décadas. Como aún existía un amplio sector de la población desprotegida, se fueron creando los hospitales Estatales y las clínicas privadas, así como también empezaron a ofertarse seguros de salud por parte de las compañías privadas de seguros. Estas entidades (cajas de previsión, seguros sociales y hospitales Estatales) durante mucho tiempo subsistieron económicamente por el cuidado y paternalismo

del gobierno, quien se encargaba de subsidiarlas girando recursos, para que pudieran prestarle servicios de salud a la población desprotegida. Esta demanda de servicios iba aumentando de forma paulatina y no controlada llevando a un aumento permanente del gasto en salud imposible de sostener.

Por los años 80s y al inicio de los años 90s, antes de la reforma al sistema de salud, los funcionarios públicos eran de los pocos habitantes en Colombia que tenían casi una total cobertura de aseguramiento en salud, pues contaban con un 95 % de su población asegurada. Estos servicios eran prestados por las Cajas de Previsión. Mientras tanto la población con empleo en instituciones no Estatales (Privadas) solo contaba con una cobertura del 40%, siendo su principal prestador de servicios en salud el Instituto de Seguros Sociales (ISS); finalmente, solo un 21% de la población económicamente activa en Colombia, contaba con el servicio de salud. Todo lo anterior, solo lograba un escaso aseguramiento de la población Colombiana: un 15 % de los habitantes del territorio colombiano.³ Esto generaba un problema social crítico para el Estado pues la cobertura de la prestación de servicios de salud era insuficiente, haciendo que toda la población descubierta tuviera que acceder de forma particular a los servicios requeridos o, peor aún, que no accedieran a servicios de salud adecuados por no contar con los recursos económicos suficientes para el pago de forma particular, dado su elevado costo.

³ Grupo saludcoop. Sistema general de seguridad social en salud: Antecedentes.2003. 9.

La falla en este anterior sistema era su planeación estratégica, pues no lograba llegar a la población en general, no contaba con una red de servicios eficiente en su infraestructura y no se diseñaban las políticas de forma planificada. Lo anterior sumado a la ineficiencia de la función pública y el de ser un sistema financieramente insostenible por las necesidades económicas crecientes del Estado. Así mismo los costos elevados en salud no permitían subsidiar los servicios requeridos por la población general. Todo lo anterior llevó a la dirigencia gubernamental a entender que había una necesidad sentida de replantear el sistema de salud, por lo cual se creó la ley 100 de 1993 luego de la reforma constitucional de 1991.

A inicios de los años 90s, cuando la reforma a la Constitución Política estableció dentro de su principalística que Colombia es un Estado Social de Derecho, esto es, “las instituciones al servicio del ser humano”, se obliga al Estado Colombiano a satisfacer las necesidades crecientes de la población colombiana para acceder a los servicios de salud, llevándolo a realizar cambios sustanciales en el sistema de salud antiguo para cumplir con el fin establecido por la Nueva Constitución. Fue así que, para dar cumplimiento al mandato Constitucional, cuyo propósito era establecer un sistema de salud eficiente que permitiera el acceso a los servicios de salud para toda la población, se sancionó la ley 100 en Diciembre de 1.993. Esta ley creó el marco normativo para la creación de un nuevo sistema de salud en Colombia. El sistema se soportaría en un modelo económico de auto sostenibilidad financiera, ya que la experiencia de años anteriores mostró que el

pago de los servicios de salud era muy oneroso para el Estado, siendo técnicamente imposible continuar subsidiándolo. Así las cosas, ya el Estado no volvería subsidiar a las instituciones del sistema de salud, sino que estas deberían ser autónomas y mantenerse en el sector por medio de sus propias capacidades con base en una eficiencia administrativa y financiera.

FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

COLOMBIANO. De la ley 100, se ha desprendido una compleja base jurídica y administrativa que orienta a los integrantes del sistema en la prestación y el acceso de los servicios de salud. El Estado es el responsable del manejo del sistema de salud. Para dar forma a este nuevo sistema y procurar su auto sostenibilidad se introduce la figura del aseguramiento. Una institución se encargaría de “asegurar” al paciente (afiliado) velando por la adecuada prestación del servicio de salud de dicho afiliado. Esta figura en el anterior sistema no existía, solo el ISS se le asemejaba, prestando los servicios de salud pero no llegaba a perfeccionarse el significado de la intermediación⁴. Este sistema de salud fue creado con dos regímenes: Uno que está destinado para las personas con capacidad de pago, quienes ingresarían como cotizantes con su núcleo familiar denominado **contributivo**; mientras que aquellas personas que no cuentan con los recursos económicos para pagar su cotización, serían auxiliados e incluidos dentro de otro régimen denominado el **subsidiado**. Adicionalmente

⁴ INTERMEDIACION: figura en la que a un tercero se le endilga la responsabilidad del aseguramiento / prestación de servicios de los usuarios, que originalmente está en cabeza del Estado.

existen regímenes de excepción, planes complementarios, planes de medicina prepagada y pólizas de salud.

Para su auto sostenimiento, se establecieron procesos administrativos soportados en normas que buscan generar un flujo de recursos financieros para mantener la viabilidad económica de las instituciones que trabajan en el sistema de salud. En esta dinámica se mantienen por un lado las aseguradoras que administran los recursos económicos girados por el Estado y por el otro lado están todos los prestadores de los servicios de salud, sean instituciones prestadoras de servicios (IPS) o profesionales independientes. En el medio de estos, se encuentra el usuario quien precisa de los servicios de salud, quedando sujeto pasivamente a las condiciones que se desarrollen en ambos lados del sistema.

El funcionamiento económico (financiero) del sistema es complejo, para esto hay dos figuras claves que soportan este funcionamiento: 1. La Unidad de Pago por Capitación, U.P.C. y 2. La compensación. La UPC puede explicarse como sigue: por medio de un estudio socioeconómico de la población, de la creación de un perfil epidemiológico de la misma, de la clasificación por grupos de edad, de la estandarización de los riesgos cubiertos y de la presunción de costos en la prestación del servicio de los diferentes grupos poblacionales, la CRES o comisión de regulación en salud (antes el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud) establece un monto de dinero que será entregado a la aseguradora por cada

usuario que tenga afiliado. Toda esta financiación se aplica tanto al régimen contributivo como al régimen subsidiado. Pero adicional a lo anterior, para el régimen subsidiado, los aportes económicos también vienen de los recursos del sistema general de participaciones de la nación, de los aportes del fondo de solidaridad y garantía, de los recursos provenientes de licores, cervezas, sifones, loterías, apuestas permanentes, rifas, de los aportes de los departamentos distritos y municipios, de los rendimientos financieros, de los recursos de capital y regalías, además de los aportes provenientes de las cajas de compensación y otros.

La segunda figura, la compensación, sirve para determinar qué cantidad de dinero total se le debe girar a cada aseguradora por unidad de tiempo (mes o año) (la U.P.C es el valor asignado por cada usuario). Este es un proceso administrativo en el cual de acuerdo al número de afiliados, al valor de la UPC y a la zona geográfica, el Estado determina el monto total que le corresponde a la aseguradora. Este proceso inicia cuando la aseguradora capta los aportes por afiliación al sistema que hace cada usuario; luego de la captación, estos recursos son trasladados al Estado; el Estado administra estos dineros y posteriormente los gira a cada aseguradora de acuerdo a la población afiliada que tengan registrada adecuadamente.

Con estos recursos entregados luego de la compensación, las aseguradoras deben cubrir todos los servicios de salud que requieren los usuarios que tenga

afiliados. Al mismo tiempo también con base en los recursos entregados, debe cubrir todos los gastos administrativos que representa la atención de los usuarios. Después de recibir el dinero del Estado, las aseguradoras giran dineros a cada IPS para pagar los servicios que han recibido sus afiliados.

Es en este momento donde se genera una situación crucial para la auto sostenibilidad del sistema. Pues tanto el Estado, como la aseguradora y la IPS deben velar por sus propios recursos económicos para ser “auto sostenibles”. El Estado debe ser buen administrador, debe ser eficiente en la captación y distribución de los recursos y así velar por la subsistencia del sistema. Las IPS, deben recuperar todos los dineros invertidos en los servicios prestados a los pacientes atendidos de las aseguradoras y generar rentabilidad como empresa. Igualmente las aseguradoras también deben ser eficientes en la administración del recurso para poder cubrir todo su funcionamiento y prestarles los servicios a sus afiliados con los dineros que les gira el Estado. Todo esto es una cadena que comienza desde los cobros hechos por las IPS a las aseguradoras y de éstas al mismo Estado.

Los servicios de salud que puede necesitar un usuario del sistema, se fundamentan en la experticia e idoneidad de los profesionales de la salud, quienes realizan acciones médicas sobre el paciente de acuerdo a la condición clínica que presenta el usuario. Luego de prestar los servicios, la IPS debe cobrarlos a la

entidad de aseguramiento, esta prestación de servicios está enmarcada en una normatividad muy amplia que reglamenta la forma como deben prestarse los servicios de salud para poder soportarlos y cobrarlos. Igualmente sucede con las aseguradoras, ellas deben sujetarse a una normatividad muy amplia para cumplir con su función primordial de asegurarle al usuario el acceso a los servicios de salud que necesita. Pero al mismo tiempo, tienen que controlar el gasto de diferentes maneras para lograr que el dinero que le ha girado el gobierno cubra todo lo que se requiere.

De lo anterior podemos deducir quienes son los diferentes actores del sistema:

1. los usuarios del sistema que pueden estar en cualquiera de los dos regímenes existentes, el CONTRIBUTIVO y el SUBSIDIADO⁵.
2. Las instituciones: prestadoras y aseguradoras del sistema tales como instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y las entidades facultadas para asegurar y promocionar los servicios de salud conocidas como empresas promotoras de salud del régimen contributivo (EPS-C) y del régimen subsidiado (EPS-S), que serían los núcleos organizativos básicos del sistema, vinculadas directamente al sistema de salud Colombiano y a las cuales el Estado delega

⁵ Existen adicionalmente existen otros dos regímenes denominados excepcionales: para las fuerzas armadas y para el magisterio.

funciones administrativas y operativas. Estas tienen el poder y la autonomía para afiliar, prestar los servicios de salud y además para contratar a las IPS que les prestaran servicios de salud.

3. El recurso humano: los profesionales del sistema de salud, quienes con su principal función de velar por la salud de todos los usuarios, al mismo tiempo se convierten en los ordenadores del gasto⁶.

4 El Estado con sus instituciones garantes, Ministerio de Protección Social, Consejo de regulación en salud (CRES), Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), Superintendencia nacional de Salud. El Ministerio de Protección Social con la CRES, son quienes formulan y adoptan las políticas, estrategias, programas y proyectos para todo el sistema. La Superintendencia nacional de Salud, que es la entidad que supervisa el funcionamiento del sistema con funciones de ente sancionador.⁷

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sistema de salud Colombiano actualmente presenta situaciones controversiales como pueden ser: limitación para los usuarios en el acceso a los servicios de

⁶ Ordenador del gasto: Persona quien determina la forma en que se van a consumir los recursos económicos del sistema.

⁷ Grupo saludcoop: Sistema general de seguridad social en salud: modulo 1, año 2003.

salud; desconocimiento de los derechos de los usuarios; poco desarrollo del sistema al no tener multiplicadores y educadores; Fallecimiento de pacientes y errores médicos prevenibles; procesos complejos para acceder a servicios de salud de cualquier nivel de complejidad; conflictos entre prestadores y aseguradores por desconocimiento de sus acciones al interactuar en la atención de los usuarios: demandas jurídicas, administrativas o éticas contra los profesionales y las entidades del sistema; procesos de auditoría coercitivos y punitivos que castigan a los prestadores y profesionales; Problemas en recuperación de los recursos; altas sumas en cartera de las entidades prestatarias y aseguradoras de difícil recuperación (costo de capital de funcionamiento), y así entre otras muchas situaciones que se desencadenan por el fin único de cada institución del sistema, de maximizar sus recursos financieros para lograr la auto sostenibilidad. Los profesionales de la salud al tomar conductas médicas⁸ diariamente con el fin de preservar la salud e integridad de los usuarios, se convierten en ordenadores del gasto. Sus actuaciones deben tener un registro documentario impecable (lo que hemos denominado acciones administrativas) para soportar los cobros de estas actuaciones. Desafortunadamente en este actuar diario, se cometen muchos yerros administrativos, llevando a malas recuperaciones de la cartera en las entidades para las que laboran, generando ineficiencia administrativa que es potencialmente dañino para la “salud” financiera del sistema y de sus integrantes. Los profesionales de la salud, serán el grupo

⁸ Tomar conductas médicas significa definir el tratamiento que se va a realizar al paciente.

objetivo para este trabajo, pues son quienes inician y ponen en funcionamiento toda la maquinaria de la prestación de los servicios de salud, siendo su principal función la de velar por la salud de todos los usuarios del sistema, pero al mismo tiempo esta principal función los convierte en los ordenadores del gasto, lo que los lleva a movilizar todos los recursos económicos del sistema. Los profesionales de la salud son de muchas disciplinas: médicos, psicólogos, bacteriólogos, terapeutas, odontólogos, enfermeras profesionales, etc. Son estos profesionales quienes reciben al usuario que acude solicitando los servicios de salud y son quienes deciden la conducta médica a seguir. Bajo el nuevo sistema de salud, el profesional no solamente debe actuar operativamente como tradicionalmente lo ha hecho para prestar una adecuada atención médica, sino que su labor operativa tiene que integrarla con una labor administrativa que les exige el sistema para documentar todas las atenciones, con el fin de generar el soporte para justificar el adecuado flujo de recursos que lo sostienen.⁹ La pregunta que se genera es, ¿cuál es el nivel de conocimiento y habilidades administrativas para la prestación de servicios que debe poseer el recurso humano del sistema de salud?.

Las acciones que deben llevar a cabo los profesionales de la salud pueden ser catalogadas como operativas (asistenciales), administrativas, educativas y jurídicas. Las operativas son la atención para mejorar o preservar la salud del usuario; las administrativas van desde los procesos de admisiones, auditoría,

⁹ Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectivas. Ministerio de protección social-unión temporal pontificia universidad javeriana. 2007. 50-53.

pasando por los de calidad y gestión clínica, terminando en los gerenciales que significan la correcta prestación de servicios, así como el manejo de los recursos de la institución donde trabajan, o para las aseguradoras a las que le trabajan o para su propio lucro; las educativas son aquellas que se derivan del hecho de ser agentes multiplicadores del conocimiento y del funcionamiento integral del sistema, para que sirvan a la comunidad que necesita de dichos servicios y para darle buen uso al sistema; finalmente, las jurídicas que son las que van desde la aplicación de las normas constitutivas del sistema de salud para soportar administrativamente su actuar, y que al mismo tiempo debe integrar con todo el marco legislativo nacional, pues de sus acciones como profesional pueden desprenderse acciones jurídicas donde el profesional puede responder en las diferentes ramas del derecho¹⁰. Ante la amenaza de responsabilidad jurídica, dichos profesionales se sienten amenazados y pueden actuar de forma coaccionada generando mayor costos al sistema.¹¹

La situación actual de los profesionales de la salud, es que salen graduados con buenos conocimientos y preparación clínica (llámese también científica o asistencial) de los centros de estudio a laborar en las IPS, pero con una gran falencia en conocimientos administrativos y normativo del sistema. Nadie los ha preparado en estos temas, para enfrentarse a un trabajo que cuenta con un riesgo

¹⁰ Actualmente un profesional de la salud debe contar obligatoriamente con pólizas de responsabilidad civil que soporten su actuar ante posibles demandas que pueden ser civiles, penales, administrativas y éticas.

¹¹ Ramón Abel Castaño Yepes. Medicina, Ética y reformas a la salud .2000. 77-78.

financiero, administrativo y jurídico institucional que se genera como consecuencia de su práctica profesional, lo cual obligatoriamente tendrán que enfrentar a lo largo de su vida laboral y que a la vez pueden afectar de forma profunda las finanzas de las instituciones donde trabajan.¹²

La falencia de estas competencias laborales del profesional de la salud es lo que fundamenta este trabajo. Se quiere mostrar como esta falta de preparación en el área administrativa y jurídica del profesional, ocasiona unos costos financieros dentro del mismo sistema que afectan negativamente en sus finanzas a las instituciones que prestan servicios de salud. Este proyecto propone que, capacitando a los profesionales de la salud y logrando mejorar sus competencias laborales, se generarán ventajas competitivas para dichos profesionales, así como un beneficio económico para las instituciones que los tienen contratados, repercutiendo finalmente en un beneficio financiero del sistema de salud. Así, se podría concluir que el surgimiento del enfoque de competencias laborales está relacionado con la estrategia de competitividad, la calidad profesional y la productividad de los individuos en su trabajo¹³.

¹² Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectivas. Ministerio de protección social-unión temporal pontificia universidad javeriana. 2007. 53-58.

¹³ Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectivas. Ministerio de protección social-unión temporal pontificia universidad javeriana. 2007. 53-58.

Suministrándoles las herramientas administrativas y jurídicas a dichos profesionales, hará que su actuar diario este más ajustado a las exigencias administrativas del sistema para no impactar de forma negativa las finanzas y el flujo de los recursos de la entidad y del sistema.

Esto es de vital importancia para la auto sostenibilidad del sistema, ya que de su adecuada labor “administrativa” depende que las instituciones del sistema recuperen adecuadamente su inversión, generen un suficiente margen de rentabilidad que les permita sostenerse financieramente. Para entender lo anterior utilizaremos un ejemplo: Un profesional médico quien trabaja en una IPS, ordena aplicar un medicamento NO POS (no incluido en el plan obligatorio de salud)¹⁴ a un paciente internado en su clínica. Generalmente los servicios NO POS son costosos. Para que la entidad que presta el servicio recupere el dinero que invirtió en la compra del medicamento con su correspondiente margen de rentabilidad, se necesita que el médico cumpla con los requisitos que se ordena en la norma del comité técnico científico de acuerdo a la resolución 3099 de 2008 que son: una adecuada prescripción del medicamento en la historia clínica, una adecuada nota de evolución en la historia clínica y una adecuada realización del formato de medicamentos no POS; así mismo el profesional de enfermería de medicamentos debe dejar bien registrada la aplicación del medicamento en la historia clínica so

¹⁴ Los medicamentos no incluidos en el plan obligatorio de salud, no cuentan con una norma que los clasifique como tal. Su identificación se logra por inducción lógica al no encontrarse clasificados en el anexo 001 del acuerdo 008 de 2010 de la CRES.

pena de no poderlo recobrar. De la adecuada coordinación y cumplimiento de estos requisitos por parte del médico que ordenó el medicamento y de la enfermera que lo aplicó, dependerá que la IPS recobre adecuadamente el valor del medicamento a la aseguradora. Así mismo, su actuar operativo y administrativo, se soporta en un desarrollo normativo, el cual debe ser bien conocido y manejado por el profesional de la salud. Es en situaciones como la descrita en el ejemplo mencionado, donde los profesionales de la salud (cualquiera que sea el profesional, pues todos actúan en la cadena de prestación de servicios) necesitan tener un conocimiento que los fundamente tanto administrativa como jurídicamente, para que puedan hacer sus trabajos asistenciales de forma impecable, con el fin de que la institución que prestó los servicios pueda recuperar (recobrar) su inversión.

3. EFICIENCIA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD: ALGUNOS APORTES DE LA LITERATURA.

Desde la aparición de la ley 100 de 1993, se instituyó el sistema de salud colombiano con base en la privatización de los servicios de salud. Con esta premisa se introdujeron las figuras de la intermediación para el aseguramiento y la auto sostenibilidad por la venta de servicios de salud. Estas dos permiten articular el funcionamiento del sistema por medio de la comercialización y venta de servicios que son fundamentales para permitir a todas las instituciones la auto sostenibilidad financiera. Norbert Lechner (2002) aseveraba que “la privatización de los servicios públicos como parte del proceso de modernización de los estados,

hace que la dimensión simbólica estatal quede perdida entre unos contratos comerciales”.¹⁵ Así las cosas, la articulación en la prestación de servicios de salud se soporta en contratos comerciales, englobados en unas cláusulas y en unas normas muy complejas. Para ser auto sostenibles las empresas del sector salud deben contratar con las entidades de aseguramiento la venta de servicios para los afiliados a dichas entidades, pero al mismo tiempo deben tener procesos internos de gestión que permitan ejercer su labor social y a la vez ser eficientes y efectivas financieramente, cumpliendo con las cláusulas y normas de dichos contratos. Actualmente un grave problema que afecta a las instituciones de salud, es el cobro de los dineros por los servicios prestados. Dentro de las múltiples causas que generan dificultades para el cobro de los dineros figuran los yerros administrativos que se cometen por su recurso humano en el proceso de la prestación de los servicios. Para disminuir estos yerros administrativos del personal de la salud, es importante tener una medición o indicador que nos oriente respecto al comportamiento de la labor realizada por estos profesionales, al mismo tiempo nos permitirá la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos, buscando la recuperación efectiva de los recursos invertidos. “Los indicadores tienen que ser precisos y exhaustivos para que permitan efectuar un seguimiento de los aspectos más importantes del programa, del servicio o de la organización. Los indicadores son una herramienta útil de gestión si se enlazan con la estrategia

¹⁵. La prestación del servicio de salud en Colombia y sus implicaciones para la gobernanza, Martha Isabel Pereira Arana
Noviembre de 2007. 51- Lechner, 2002:

y las características de la organización”.¹⁶ El sistema de salud necesita procesos e indicadores que permitan evaluar como es el comportamiento de las glosas que se generan por el actuar de los diferentes profesionales de la salud. En el trabajo que se presenta, se ha desarrollado un porcentaje de glosa sobre la facturación de las cuentas de una entidad que permite medir cuanto corresponde a las actuaciones de dichos profesionales de la salud sobre el monto total de la facturación del servicio al cual pertenecen.

En el documento creado en el 2009 por el ministerio de la protección social llamado “EFICIENCIA CON CALIDAD Y SEGURIDAD PARA EL PACIENTE” se desarrollan dos herramientas que permiten evaluar el desempeño institucional y directamente la actuación de los profesionales de la salud facilitando el proceso de creación de indicadores. La primera herramienta es la metodología del PROTOCOLO DE REVISION DE LA UTILIZACION, la cual es una versión colombiana del modelo americano de la APPROPRIATENES EVALUATION PROTOCOL o AEP. La segunda herramienta es la metodología de EVALUACION DEL DESEMPEÑO MEDICO, la cual permite tener criterios por parte de los equipos de auditoría de cualquier institución del sistema de salud, para evaluar la actuación de los profesionales de la salud.^{17 18}

¹⁶ López y Gadea 1992. indicadores de gestión para medir la eficiencia hospitalaria Chirinos, Rivera Goyo, Méndez y Figueredo 2008.

¹⁷ Economía de la salud basada en la evidencia: De la efectividad a la eficiencia en las revisiones sistemáticas. Cam Donaldson, Miranda Mugford y Luke Vale, 2004.

Las instituciones del sistema de salud deben adaptarse permanentemente a un sistema de salud cambiante y muy dinámico, dentro de un mercado de servicios de salud que les obliga a ser eficientes financieramente para permanecer dentro de él. Para esto deben contar con herramientas de medición que les permita estarse autoevaluando. Asimismo el recurso humano que labora dentro de estas instituciones debe estarse preparando continuamente en el campo científico y administrativo que permita la adaptación permanente al sistema y no genere un impacto negativo financiero por lo complejo de los procesos que deben asistir.

4. METODOLOGÍA DE ESTIMACIÓN DEL IMPACTO FINANCIERO

Se realizó el trabajo de campo en la clínica DIME neurocardiovascular de la ciudad de Cali, institución del sector privado que fue abierta al sector salud hace 3 años. Esta clínica presta servicios de alto costo a todas las entidades del sector salud, tanto a empresas promotoras de salud como a instituciones prestadoras de servicios. Allí se hacen procedimientos y tratamientos angiográficos neurológicos y cardiovasculares, cirugías cardiovasculares, reemplazos articulares; cuenta con servicio de urgencias neurocardiovasculares las 24 horas, unidad de cuidado intensivo de adulto, servicio de internación (hospitalización), consulta externa y toda la gama de procedimientos diagnósticos neurocardiovasculares.

¹⁸ Ministerio de la protección social 2009: Eficiencia con calidad y seguridad para el paciente.

Como cualquier institución prestadora de servicios, debe generar la facturación para poder cobrar todos los servicios médicos que han prestados, radicando las cuentas de acuerdo a la normatividad que reglamenta el sistema de salud¹⁹. Durante el procedimiento de radicación de cuentas presenta los mismos inconvenientes que afectan a todas las instituciones: glosas sobre la facturación de las cuentas de cobro por que los trámites normativos en la prestación de los servicios no se realizan adecuadamente. Estas glosas podemos agruparlas en dos grandes grupos: las generadas por el personal administrativo de la clínica y las generadas por el personal operativo de la clínica (profesionales de la salud). Son estas últimas glosas sobre las cuales se realizó el trabajo de campo. Se seleccionaron las glosas operativas (de los profesionales de la salud) que hicieron los auditores de las instituciones de aseguramiento solamente sobre el servicio de internación (hospitalización) durante el período de octubre a diciembre de 2009. Los registros fueron tomados con permiso de la dirección de la clínica y se cuenta con copia de estos para su revisión.

El objetivo de este trabajo, es crear un programa de estudio no formal dirigido a profesionales de la salud buscando complementar su formación clínica, para que conozcan y sepan desenvolverse dentro del sistema de salud Colombiano con el fin de evitar afectar negativamente los recursos económicos de la entidad y del

¹⁹ Decreto 4747 de 2008 y Resolución 3047 de 2008.

sistema. Así mismo se busca que sean facilitadores del proceso de prestación de servicios en beneficio del sistema, ya que aplicando los conocimientos adquiridos harán que sean eficientes administrativa y jurídicamente, logrando prestar a las entidades y a la sociedad unos servicios de salud integrales. Por los conocimientos adquiridos, serán profesionales de gran aceptación por las entidades del sistema de salud y permitirán un desarrollo adecuado del mismo sistema de salud.

5. COMO SE GENERAN LAS GLOSAS.

El profesional de la salud actualmente debe desempeñarse en un sistema en el cual él es el principal actor al ser el ordenador del gasto. Tal figura hace que sus actos sean el objeto primordial de revisión de los pagadores de la salud. Por esto, una de las estrategias de los pagadores es generar disminución en los pagos que deben hacerse a quienes han prestado los servicios, soportándose en las fallas durante la actuación de los profesionales de la salud. Estos errores se materializan en las glosas o las devoluciones de las cuentas que sufren los prestadores de servicios de salud. La falencia de los profesionales, parte de la reforma que se surtió en el sistema de salud desde el año 1993 cuando se promulgó la ley 100. Esto generó nuevas reglas administrativas y jurídicas, con procesos de toda índole en la cadena de prestación de servicios, nuevas formas de auditoría, así como nuevas formas de contratación y pagos que poco a poco fueron tomando fuerza y desarrollándose de una manera mucho más rápida que las competencias mismas

de los profesiones de la salud que se fueron quedando relegadas en su diario actuar.

El perfil actual de los profesionales de la salud está enmarcado en el estudio PARS (programa de apoyo para la reforma en salud) que realizó el ministerio de protección social entre los años 1998 y 2005, del cual se extrae el siguiente aparte para ayudar a contextualizar actualmente su labor:

“Los indicadores para Medicina, enfermería, Odontología y Auxiliar de Enfermería señalan que existe una formación académica, en ciencias de la salud clínicas y teórico-prácticas, que responde a las necesidades del mercado laboral. **En las ciencias administrativas y de salud pública, existe un déficit en la formación, que debe ser llenado.** Por tal motivo, teniendo en cuenta el análisis funcional de tareas, el mercado requiere un recurso humano con capacitación adicional en diagnóstico, manejo de historias clínicas, semiología, solicitud e interpretación de ayudas diagnósticas, educación en salud y motivación. Específicamente, en el área administrativa se deberán reforzar la administración de recursos humanos, el diligenciamiento de registros, el manejo de suministros e inventarios, la administración de la prestación de servicios en red y la ejecución de proyectos. El perfil ocupacional se construye a partir del agregado de los perfiles organizacionales encontrados en los diferentes casos. Entre los hallazgos del estudio se identificó el contraste existente entre la especificidad propia de las tareas de prestación, en las que hay una clara diferenciación entre profesiones, frente a las tareas de administración territorial y aseguramiento, donde los perfiles de pregrado pierden especificidad, con funciones más generales y que pueden ser ejecutadas por diferentes profesionales, tal como se encuentra en la verificación de campo. Por esta razón se crea un perfil único para administración territorial y para

aseguramiento, integrando las tareas y subfunciones respectivas, el cual se adiciona en este análisis a las tres profesiones básicas (Medicina, Odontología y Enfermería), pero que igualmente sería aplicable al conjunto de pregrados, ya que en la práctica se encuentra que éstos estarían ejecutando ambos grupos de tareas, indistintamente. El perfil ocupacional profesional representa el conjunto de subfunciones que un recurso humano estándar, de una disciplina en particular, debería encontrarse capacitado para abordar, en caso de tener la potencialidad de trabajar en cualquiera de los tres subsistemas analizados: prestación, administración territorial y aseguramiento. Asimismo, es conveniente aclarar que los resultados no significan que lo que actualmente se está haciendo sea erróneo, ya que la formación profesional debe abarcar temas básicos, sino que es necesario adaptarla a la demanda, y la experiencia nuestra que con procesos de flexibilización curricular se interactúa entre los dos mercados. De igual manera, ciertos problemas planteados en los capítulos precedentes relativos a la ineficiencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud, llevan a plantear que el recurso humano debe llegar a las instituciones a cumplir con tareas adicionales que no corresponden a su formación²⁰.

Las falencias en la formación de los profesionales de la salud, señaladas en el estudio PARS, están generando un impacto negativo en las finanzas de las IPS donde ellos laboran o incluso, para ellos mismos cuando son trabajadores independientes. Por lo tanto, creando un programa académico dirigido a suplir estas falencias, se les darían unas competencias laborales que los formarían

²⁰ Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectivas. Estudio PARS (programa de apoyo para la reforma en salud) 1998-2005: ministerio de protección social-unión temporal pontificia universidad javeriana. 2007.

administrativa y jurídicamente, lo que les permitiría desempeñarse adecuadamente en su ejercicio laboral diario, no afectando de esta forma las finanzas de la empresa ni del sistema.

Tomamos para el estudio un servicio de la clínica de manejo simple y diario en una institución prestadora de servicios de salud, ya que es allí donde comienza la cascada de atención de un paciente y donde comienzan a generarse el consumo de los recursos económicos en la atención de los pacientes. Lo haremos con el servicio de hospitalización que cuenta con 18 camas de una clínica catalogada en el sistema de salud como de alta complejidad por el tipo de procedimientos que realiza. El estándar nos manifiesta que un porcentaje de ocupación ideal debe ser del 80%. Entonces partimos de que 14 camas deben permanecer ocupadas.

A continuación describiremos como es el trabajo diario de un profesional de la salud paso por paso en este servicio y qué debe hacer administrativamente (de acuerdo a la definición dada en diferentes normas entre ellas el decreto 1011 de 2006 del sistema de garantía de la calidad; la resolución 3047 de 2008), para que la institución pueda recuperar la inversión generada por la atención de los pacientes. Inmediatamente anotaremos qué se puede recobrar y un valor aproximado de dicha acción. Al final anotaremos cual es el monto de las glosas en el servicio objeto de estudio de la clínica y su valor mensual en la atención del paciente. Todos estos valores pueden variar de acuerdo a las tarifas que tengan

pactadas las instituciones con la aseguradora. Así las cosas, el trabajo diario que se realiza en este servicio es el siguiente:

1. **RONDA MÉDICA** Los pacientes son valorados diariamente por el equipo médico del servicio. En este momento se presenta una interacción entre el paciente, los familiares y los profesionales, donde dicho cuerpo médico da la información al paciente y a sus familiares, de acuerdo al estado observado del paciente.
2. **REGISTRO MEDICO:** El médico toma la conducta y debe registrar todo en la historia clínica. Lo que no está escrito no es válido, e iría contra la normatividad que rige al sistema.
3. **EVOLUCION MÉDICA:** donde registra como encontró al paciente y que conducta piensa seguir con el, la cual debe ir con la firma y el sello. En caso de no hacerse esta diariamente y firmarse con sello por el médico genera una glosa económica que equivale al valor del día de atención del paciente. En promedio 80.000 pesos. Mas un valor adicional de \$20.000 por el concepto de evaluación profesional diaria, al no quedar registrada la nota del profesional.
4. **PRESCRIPCION MEDICA:** Realiza las órdenes médicas de acuerdo a su criterio clínico, las cuales también deben ir con la firma y el sello. Debe hacer las prescripción de acuerdo a la normatividad: esto es en genérico, dosis individual, discriminar las mezclas formuladas y presentación, diariamente. Si no se realiza

adecuadamente, genera la glosa del producto mal prescrito y adicionalmente dificulta la trazabilidad de los consumos generados. El valor correspondería al producto glosado. Esta actividad médica se complementa con otras actividades como la del enfermero jefe que debe saber pedir los medicamentos e insumos que necesita a la farmacia y que ordeno el médico; así como el del auxiliar de enfermería el cual debe registrar en la hoja de aplicación de medicamentos o de actividades de enfermería; cada unidad de productos aplicados al paciente debe estar muy bien discriminada para tener un registro en el cobro de cada producto utilizado. En la prescripción diaria del médico del servicio se desprenden todos los demás servicios requeridos por el paciente como serian:

5. **INTERCONSULTAS:** por otras especialidades; Es el médico tratante del servicio quien de acuerdo a la valoración previa del paciente determina si se necesita que otro especialista lo valore: cuando se solicita la interconsulta esta debe ser respondida y registrada en la historia clínica en las primeras 12 a 24 horas, so pena de recibir glosa por el día de internación del paciente y de los demás servicios consumidos si se supera ese lapso de tiempo sin justificación científica adecuada. El valor de una interconsulta dentro del POS ronda en promedio los 20.000 pesos pero no es este el valor de la glosa, sino el del día de estancia que sería como dijimos anteriormente en promedio 80.000 pesos, más el de los demás servicios consumidos en ese día que serian 150.000 pesos en promedio para este servicio (entre medicamentos, insumos y alimentación). O sea que finalmente si se

pide una interconsulta con otra especialidad u otro profesional de la salud y no se atiende en el tiempo establecido, la institución se ve avocada a una pérdida económica de 230.000 pesos aproximadamente. Desafortunadamente en muchos servicios médicos, estas respuestas no son oportunas y generan la glosa.

6. **Nutrición diaria:** Es la dieta del paciente. Debe ser anotada claramente, su vía de administración si es nutrición oral, enteral o parenteral; cantidad diaria (dosis), si es hecha por nutricionista o no: una valoración por nutricionista cuesta en promedio 8.000 pesos, si no se hace una nota de valoración por dicha profesional, se genera glosa por este valor. Los productos enterales (preparados que no son alimentos naturales pero se ingieren por vía oral) cuestan en promedio 250.000 pesos día; los parenterales (alimentos que no son por vía oral) 350.000 pesos día en promedio. Algunos productos de nutrición parenteral y enteral no están incluidos dentro del plan de beneficios del plan obligatorio de salud, por lo cual debe surtirse un trámite adicional que es la solicitud por medio del comité técnico científico de la aseguradora. Para esto debe conocerse cuales productos son del POS y cuáles no, además de la norma de los comités técnicos científicos, la resolución 3099 de 2008, ya que si esta solicitud no se elabora o se elabora mal no se autorizaría el producto por la aseguradora, sufriendo la institución una pérdida económica por el valor de dicho producto. Adicionalmente si estos productos no quedan registrados adecuadamente en la hoja de aplicación de medicamentos, se genera la glosa por dicho valor. (todo lo anterior no se enseña en las escuelas de formación).

7. **Líquidos endovenosos diarios:** Deben prescribirse de forma individual aclarando cual producto se usa, pueden ser solución salina, Hartman ó dextrosa. El valor promedio de estos productos es de 2000 pesos y debe quedar una trazabilidad en la hoja de aplicación de medicamentos por parte del auxiliar de enfermería.

8. **Mezclas de medicamentos intravenosos diarios:** Estos medicamentos son los más costosos y los más utilizados en los servicios de hospitalización, deben ser prescritos de acuerdo a la norma en su presentación, vía, dosis, así como también pueden existir algunos productos que no estén incluidos dentro del plan de beneficios del plan obligatorio de salud, por lo cual debe surtirse un trámite adicional que es la solicitud por medio del comité técnico científico de la aseguradora. Para esto debe conocerse cuales productos son del POS y cuáles no son del POS, además la norma de los comités técnicos científicos, la resolución 3099 de 2008, ya que si esta solicitud no se elabora o se elabora mal, no se autorizaría el producto por la aseguradora sufriendo la institución una perdida económica por el valor de dicho producto. Adicionalmente pueden necesitarse para su aplicación, la utilización de algunos insumos como buretroles (25.000 pesos), equipos para bomba de infusión (25.000 pesos), equipos de venoclisis (3.000 pesos), venocaths que también deben quedar registrados con una trazabilidad muy clara para su recobro.

9. **Medicamentos orales diarios:** Igual que el anterior, deben quedar prescritos de acuerdo a la norma y registrados con su trazabilidad, así como también las solicitudes ante el comité técnico científico sino son del POS.
10. **Oxígeno:** Medicamento gaseoso que requiere de una hoja adicional para su registro. Debe ser prescrito de forma clara en su consumo diario en litros o metros cúbicos para el cobro y debe registrarse permanentemente su trazabilidad en la hoja de consumo de oxígeno por parte de la auxiliar de enfermería.
11. **Exámenes de laboratorios diarios:** Estos exámenes deben ser solicitados de forma clara y precisa en las ordenes medicas para que el laboratorio realice los exámenes que quedaron anotados en dicha orden con el fin de poder ser recobrados al asegurador. Adicionalmente estas solicitudes deben tener pertinencia medica o sea que exista en la hoja de evolución medica una nota de justificación por el cual y para que se piden. Deben ser congruentes con el manejo que se le hace al paciente. También debe hacerse una nota de análisis de los resultados que debe quedar registrada en la evolución médica so pena glosarse el valor de estos exámenes. Igualmente deben hacerse de forma inmediata (antes de 12-24 horas para no demorar la estancia del paciente). Así como los medicamentos pueden existir algunos exámenes que no estén incluidos dentro del plan de beneficios del plan obligatorio de salud, por lo cual debe surtirse un trámite adicional que es la solicitud por medio del comité técnico científico de la aseguradora. Para esto debe conocerse cuales laboratorios son del POS y cuáles

no, además de la norma de los comités técnicos científicos, la resolución 3099 de 2008, ya que si esta solicitud no se elabora o se elabora mal, no se autorizaría el producto por la aseguradora, sufriendo la institución una pérdida económica por el valor de dicho examen. En este momento también se puede presentar que los profesionales no revisen, o no conozcan bien la historia clínica del paciente y vuelvan a solicitar estudios ya realizados o que no tengan una pertinencia médica para el caso del paciente, lo que hace que la aseguradora genere glosa por pertinencia del estudio.

12. Exámenes de imagenología diarios: Igual que los anteriores deben ser solicitados de forma clara y precisa en las órdenes médicas para que el laboratorio realice los pedidos que quedaron anotados en dicha orden con el fin de poder ser recobrados al asegurador. Adicionalmente estas solicitudes deben tener pertinencia médica o sea que exista en la hoja de evolución médica una nota de justificación por el cual se solicitan. Deben ser congruentes con la patología que se sospecha del paciente. Similar a los anteriores deben ser hechos en un lapso de tiempo entre 12-24 horas. Finalmente debe hacerse una nota de análisis de los resultados que debe quedar registrada en la evolución médica so pena de glosa por el valor de estos exámenes. Así como los medicamentos, pueden existir algunos exámenes que no estén incluidos dentro del plan de beneficios del plan obligatorio de salud, por lo que debe realizarse el mismo trámite adicional del comité técnico científico por la aseguradora. Para esto debe conocerse cuáles estudios imagenológicos son del POS y cuáles no; conocer la norma de los

comités técnicos científicos, la resolución 3099 de 2008, ya que si esta solicitud no se elabora o se elabora mal no se autorizaría el producto por la aseguradora, sufriendo la institución una pérdida económica por el valor de dicho examen. En este ítem como en el anterior, se puede presentar que los profesionales no revisen, o no conozcan bien la historia clínica del paciente y vuelvan a solicitar estudios ya realizados o que no tengan una pertinencia médica para el caso del paciente, lo que hace que la aseguradora genere glosa por pertinencia del estudio.

13. Terapias de cualquier índole diaria: Normalmente son solicitadas por el médico tratante y realizadas por un profesional de la terapia solicitada (puede ser fisioterapia, terapia respiratoria, terapia de rehabilitación cardíaca, etc.) Es similar a una interconsulta con la adición de que se le hará un tratamiento por parte del terapeuta solicitado. Este profesional de la terapia debe responder igualmente dentro del tiempo establecido y hacer evolución con anotación de todos los pormenores vistos al paciente

14. procedimientos médicos: a realizar de cualquier índole; Son aquellos procedimientos médicos que se realizan en este servicio y pueden servir de apoyo diagnóstico o terapéutico como son: punción lumbar; toracentesis diagnóstica o terapéutica; infiltraciones; colocación de catéteres de presión venosa central o intraarteriales; toracostomías; intubaciones; sondas nasogástricas; gastrostomías y demás, todos deben quedar registrados en las hojas de evolución de la historia clínica y anotarse los insumos gastados, para poder hacer una trazabilidad y

recobro de lo gastado. Igualmente si hay insumos o productos que no son del POS, estos deben surtir el trámite de los comités técnicos científicos para su posible recobro.

Entre más conocimiento administrativo tengan los profesionales de la salud, serán más asertivos. Así, mas fácil y más rápidamente la institución recuperará su inversión y generará sus rendimientos. Lo contrario también es cierto, entre menos conocimiento administrativo tenga el profesional, será menos asertivo y se hará más difícil la recuperación de la inversión para la institución y la generación de rendimientos, llevando la institución a pérdidas financieras.

6. ESTIMACION DEL IMPACTO FINANCIERO DE LAS GLOSAS.

A continuación se calcula el impacto financiero que se produjo en el último trimestre del 2009 en el servicio de hospitalización de la clínica DIME, por los yerros administrativos en el actuar diario de los profesionales de la salud al no contar con los conocimientos administrativos requeridos. Los datos se extrajeron de los registros de glosas y devoluciones del servicio de facturación y de cuentas medicas de la clínica neurocardiovascular DIME de los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2009 ya que es el trimestre de cierre de fin de año más cercano disponible. Los criterios para seleccionar los datos del estudio fueron dados por aquellas glosas y devoluciones que hicieron los respectivos auditores de las empresas de aseguramiento en salud y se catalogaron que fueron

generadas por un mal proceso o registro por parte del profesional de la salud, correspondiendo al servicio de hospitalización de la clínica, teniendo como base normativa el anexo 6 de la resolución 3047 de 2008 del ministerio de la protección social. Se desecharon los datos donde la glosa o la devolución eran por mala facturación de los auxiliares administrativos y error en las tarifas, lo cual no es atribuible al actuar del profesional de la salud.²¹

Cuadro 1: glosas cuarto trimestre 2009 dime clínica neurocardiovascular

Mes	Total Radicación Clínica	Total Facturado Hospitalización	Monto Total de Glosas	% Afectación Hospitalización
OCT	2.371.340.000	372.570.671	13.835.051	3.39%, (0,58% CLINICA)
NOV	2.412.672.000	385.320.516	13.872.741	3.23%, (0,57% CLINICA)
DIC	3.447.012.000	451.516.524	35.904.488	7.54%, (1,042% CLINICA)

FUENTE: Datos extraídos del archivo de glosas DIME clínica neurocardiovascular octubre-diciembre año 2009.

Partiendo de estos datos, se hará un análisis que pretende demostrar la relevancia financiera que implica para una IPS incurrir en glosa. La “pérdida” total por concepto de Glosa en la unidad de negocio Hospitalización, durante el último trimestre del año 2009, fue de \$ 63.612.280 equivalente al 5,26% del total facturado por el servicio de Hospitalización, lo que nos muestra que existe una

²¹ Las principales causas de glosas atribuibles a los profesionales de la salud se incluyen en el anexo 3 en tabla de EXCEL para su consulta.

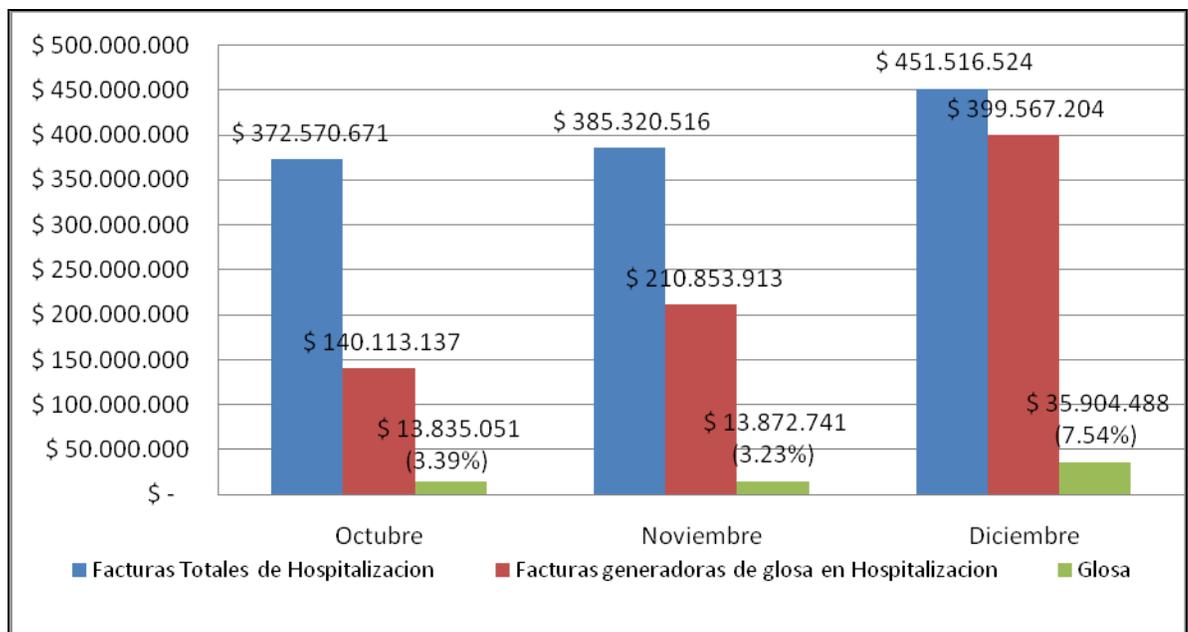
falla dentro del proceso , pues el porcentaje de glosa generado por los profesionales excede lo que se considera aceptable dentro del ejercicio , ya que debemos tener en cuenta que además de las glosas producidas por los profesionales de la salud, se deben sumar las glosas generados por los demás trabajadores de la IPS (administrativos) lo que nos haría suponer que se aumentaría mucho mas este porcentaje que soporta DIME. El estándar de glosa que debe soportar una IPS sobre el total de su facturación radicada no debe exceder más del 3% de acuerdo al mismo sector de la salud y acá podemos ver como en la clínica DIME, las glosas generadas solamente por el profesional de la salud ya superan el 5%.

Durante el mes de Octubre el monto total de las facturas que generaron las glosas fue de \$ 140.113.137, de lo cual fue glosado el 9,87 %, es decir \$ 13.835.051; durante Noviembre el monto total de las facturas que generaron glosas fue de \$ 210.853.913, de lo cual fue glosado el 6,58 %, es decir \$ 13.872.741 y durante Diciembre el monto total de las facturas que generaron glosas fue de \$ 399.567.204, de lo cual fue glosado el 8,99%, es decir \$ 35.904.488.

La glosa generada en hospitalización en el mes de diciembre fue 1,59 veces la glosa de octubre y 1,60 veces la glosa de noviembre, lo cual da indicios a pensar que durante el mes de diciembre se genera más ineficiencias en los procesos debido a la alta concurrencia que experimenta las IPS en esta época del año por parte de sus clientes con el fin de cerrar año.

Durante el periodo en cuestión se observó un comportamiento creciente del monto mensual facturado generador de glosa, tal y como se aprecia en el grafico 1:

Gráfico 1. Glosas según facturación último trimestre de 2009



Fuente: Cálculos propios con base en los datos suministrados por DIME

En Octubre Hospitalización facturó un total de \$ 372`570.671, de lo cual el monto facturado generador de glosa fue \$ 140`113.137, es decir del total facturado, el 37,61% generó glosa; y de esos 140 millones que generan glosa, se genero 13.835.051 de glosa. Se puede concluir que durante el mes de octubre en

hospitalización, se perdió (se dejó de percibir) por concepto de glosa el 3,71% del total facturado en esta área de negocio.

Durante el mes de noviembre se facturó en hospitalización un total de \$ 385'320.516, del cual el monto en facturas generador de glosa fue \$210'853.913, equivalente al 54,72% del total facturado en esta unidad de negocio. De los 210 millones que generan glosa, se generó \$ 13.872.741 de glosa. Se puede concluir que durante el mes de noviembre en hospitalización, se perdió (se dejó de percibir) por concepto de glosa el 3,6% del total facturado en esta área de negocio.

Durante el mes de Diciembre se facturó en hospitalización un total de \$ 451'516.524, del cual el monto en facturas generador de glosa fue \$ 399.567.204, equivalente al 88,49% del total facturado en esta unidad de negocio. De los 339 millones que generan glosa, se generó \$ 35.904.488 de glosa. Se puede concluir que durante el mes de diciembre en hospitalización, se perdió (se dejó de percibir) por concepto de glosa el 7,95% del total facturado en esta área de negocio.

Si se evitaran las glosas en el área de Hospitalización durante el último trimestre del año no se hubiese dejado de percibir \$ 63.612.280, lo cual hubiese implicado un aumento de la utilidad neta de DIME en una magnitud igual a: $= \$63.612.280 * (1 - \% \text{ de impuestos})$. La utilidad neta aumenta en este monto, ya que los gastos inherentes a las facturas generadoras de los \$ 63.612.280 de glosa, ya fueron causados y descontados en el estado de Pérdidas y Ganancias, por lo cual se **puede concluir que las disminuciones que se logre de las glosas, incrementa directamente la utilidad neta de la IPS y por ende su margen de utilidad neta.**

La razón por la cual hay que descontarle el impuesto, es porque el valor dejado de percibir por concepto de glosa, es ingreso sobre el cual no se tributó. Ya que nunca se percibió realmente.

La utilidad neta que se aumentaría en el último trimestre de DIME fue \$ 42.620.228. Si se hubiese mejorado la eficiencia de los procesos médicos hasta el punto de disminuir las glosas, por ejemplo, en un 80%, es decir si las glosas hubiesen sido de \$ 12.722.456 se hubiese ahorrado en glosas \$ 50.889.824 ($\$63.612.280 - \$ 12.722.456$), lo cual hubiese implicado una utilidad neta de:

Nueva Utilidad Neta: Utilidad neta inicial + Ahorro en Glosa * $(1 - T)$

Donde T hace referencia a la tasa de impuestos.

Utilidad Nueva = $\$ 42.620.228 + \$ 50.889.824 * (1 - 33\%) = \$ 76.716.410$.

Lo cual implica un aumento de la utilidad neta del servicio de hospitalización de DIME del 68,62%, tan solo disminuyendo el 80 % las glosas de hospitalización. Desde luego este incremento sería mucho mayor si se mejorara la eficiencia de los procesos médicos, no solo de hospitalización sino de todas las unidades de negocio de DIME, ya que las facturas de hospitalización del último trimestre tan solo corresponden al 14,69% del total Facturado en DIME durante el trimestre y se conoce que las demás unidades de negocios de DIME también surtieron procesos de glosas.

También se puede concluir que gracias a la disminución de las glosas de hospitalización, el margen de utilidad neta de DIME en este servicio durante el último trimestre del año 2009 paso de ser del 0,56% al 0,95%.

De lo anterior se desprende, que en una clínica de alta complejidad (servicios más costosos) con un total de 18 camas, se pueden presentar dificultades en la recuperación de considerables sumas de dineros, por el desconocimiento adecuado del trámite administrativo que esta dentro de sus competencias y que debe cumplir un profesional de la salud, afectando el flujo de caja de la entidad para la cual labora.

En un trimestre, tiempo del estudio, se encontró que un valor de 63.612.280 pesos (sesenta y tres millones seiscientos doce mil doscientos ochenta pesos) fueron no

pagados por las entidades de aseguramiento, por el simple hecho de no cumplir con lo normatizado. Esto que aparte de no ser percibido, implica además que la entidad prestadora de servicios de salud (IPS), debe reinvertir recursos y hacer reprocesos para recuperar la inversión de la prestación de los servicios y su margen de rentabilidad, que con esto probablemente también se verá disminuido. Puede que en el curso del proceso conciliatorio entre la IPS y la aseguradora permita recuperar parte de la suma facturada, pero una parte de esta nunca se recuperara y adicionalmente el monto que se va a recuperar, permanecerá por un tiempo prolongado como costo de capital para dicha IPS con la afectación de sus flujos de caja, flujos de caja que de por sí ya están muy golpeados al existir un tiempo de 90 a 120 días en el cual se demoran las aseguradoras en hacer los pagos de los dineros que no fueron glosados, pues si se hace un seguimiento a los pagos de las glosas en el tiempo, estos pueden estar a mas de 180 días, por los tramites a que están sujetos estos procesos de glosas.

7. PROPUESTA

De acuerdo a todo lo anteriormente mencionado, el siguiente es el currículo para el plan de estudios de la propuesta presentada para lograr capacitar a los profesionales de la salud en habilidades administrativas y jurídicas.

El plan propuesto tiene una duración de 144 horas en total, las cuales tendrán una intensidad de 8 horas semanales durante el lapso de 18 semanas.

I. INTRODUCCION AL CURSO / 36 horas

- La administración de la salud
- Porque el sistema actual de salud: Necesidad de otorgar salud.
- El gasto en salud.
- Autosostenimiento del sistema de salud: cómo funciona.
- Percepción del sistema de salud por el profesional de la salud en su práctica diaria.
- Regímenes en el sistema de salud Colombiano

II. PAPEL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD/ 36 horas

- Esquema mental del profesional.
- Formas de contratación laboral para el profesional de la salud dentro del sistema. Implicaciones.
- Formas de contratar prestación de servicios en salud: prospectivos-retrospectivos. Implicaciones.
- Rol como ordenador del gasto: Impacto en el sistema de salud.

- Rol del profesional en la institución prestadora de servicios (IPS) y en la aseguradora de salud (EPS).
- Competencias y acciones diarias del profesional dentro del sistema de salud.

III. FACTURACION, GLOSAS Y CARTERA DE LAS IPS/ 36 horas

- Proceso de facturación en la institución prestadora de servicios (IPS) y en la aseguradora de salud (EPS).
- Proceso de cuentas medicas en la institución prestadora de servicios (IPS) y en la aseguradora de salud (EPS)
- Procesos de cartera en la institución prestadora de servicios (IPS) y en la aseguradora de salud (EPS).
- Impacto financiero del proceso de glosas en las instituciones y en el sistema de salud

IV. IMPORTANCIA DE LA CONEXIÓN DEL PROFESIONAL CON EL SISTEMA DE SALUD / 36 horas

- Como conectarse el profesional de la salud con el sistema: reorganización del esquema mental.

- Trabajo en equipo dentro de las instituciones.
- Importancia de la orientación administrativa de la institución donde labora el profesional.
- Integración del profesional en el direccionamiento estratégico de la empresa.
- Logros obtenidos.

8. LIMITACIONES Y RESTRICCIONES DEL TRABAJO

Este estudio fue realizado en solo un servicio de la clínica DIME neurocardiovascular, por lo cual se deberían hacer estudios en los demás servicios de la institución para corroborar similares hallazgos.

Así mismo se deberán promover estudios similares en las demás instituciones del sistema de salud para determinar que los hallazgos en dichas instituciones, tienen el mismo comportamiento encontrado, lo cual les permitirá, con base en la propuesta hecha, tomar acciones correctivas para mejorar la recuperación y captación de sus recursos financieros.

Igualmente la adjudicación de la responsabilidad de las glosas sobre el personal operativo del servicio de hospitalización de la clínica, queda en la experticia y conocimiento que tiene el observador, no existiendo unos criterios definidos para poder clasificarlas y adjudicarlas.

El sistema de salud actualmente no tiene como prioridad corregir o suplir en los profesionales de la salud estas falencias encontradas, por lo tanto las acciones correctivas deben partir de las mismas instituciones del sistema que se están viendo perjudicadas.

CONCLUSIONES

En las actuaciones diarias de los profesionales durante la atención de los usuarios del sistema de salud, se cometen errores administrativos y jurídicos que impactan en la recuperación de los dineros de las instituciones prestadoras de servicios, cuando se cobra por la prestación de dicho servicio a las entidades de aseguramiento del usuario.

El desarrollo y la implementación de un programa académico de capacitación y actualización administrativa y jurídica dirigida a los profesionales de la salud permitirá una mejor actuación administrativa y jurídica diaria en la prestación del servicio del profesional de la salud.

No encontramos en los diferentes programas académicos de las universidades del valle del cauca que gradúan profesionales de la salud, un pensum que forme a dicho profesional en las labores administrativas diarias que le competen.

Los profesionales de la salud debidamente capacitados, permitirán disminuir las glosas y devoluciones en las facturas derivadas de sus actuaciones diarias, permitiendo a la institución prestadora de servicios de salud una mayor y mejor recuperación de los dineros invertidos en la prestación de dichos servicios con sus márgenes de rentabilidad.

La glosa golpea directamente el margen de utilidad de la empresa. Por lo anterior y de forma indirecta, la glosa aumenta el gasto administrativo de la empresa.

La eficiencia en el trabajo administrativo del profesional de la salud y los registros administrativos de los procesos médicos asistenciales son muy representativos financieramente para una empresa.

El profesional de la salud debe estar muy bien capacitado en su trabajo administrativo para que lo ejecute de manera apropiada y que conozca la importancia y la repercusión financiera que puede afectar a la empresa donde labora si esto no se realiza adecuadamente.

El profesional de la salud en el sistema actual de salud es muy relevante no solamente por su capacidad de prevenir y tratar enfermedades, sino por la capacidad de generar el movimiento financiero dentro del sistema de salud.

En la investigación no se encontraron otros estudios de sobre el impacto de las glosas generadas por los profesionales de salud en Cali ni en el valle del Cauca. El trabajo es pionero en esta temática.

RECOMENDACIONES

Se debería corroborar por un estudio la hipótesis de que una vez capacitados los profesionales de la salud en conocimientos administrativos y jurídicos, estos efectivamente lograrían impactar positivamente las finanzas de la empresa evitando las glosas en su diario actuar.

Este trabajo solo pretende ilustrar lo complejo que es el sistema de salud Colombiano en lo que atañe a una pequeña parte de las labores del profesional de la salud. En ningún momento se quiere cuestionar el profesionalismo ni la capacidad médica de estos profesionales.

Esta presentación busca mostrar las falencias que adolecen quienes con su actuar diario, manejan las finanzas del sistema de salud y mostrar cómo se impacta negativamente el sistema por causa de estas falencias.

BIBLIOGRAFIA

- Alberto Tamayo Lombana. 2005. La responsabilidad civil extracontractual y la contractual. Ediciones doctrina y ley LTDA.

- Cam Donaldson, Miranda Mugford y Luke Vale, 2004. Economía de la salud basada en la evidencia: De la efectividad a la eficiencia en las revisiones sistemáticas. BMJ editorial.

- Castaño Yepes, R. A. (2000). Medicina, Ética y reformas a la salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica. Eco-ediciones.

- Chirinos, Rivera Goyo, Méndez y Figueredo 2008. Indicadores de gestión para medir la eficiencia hospitalaria. Revistanegotium.org.ve

- Ministerio de la protección social 2009: Eficiencia con calidad y seguridad para el paciente. Panamericana Formas e Impresos S.A.

- Ministerio de protección social-unión temporal pontifica universidad javeriana. 2007. Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectivas. Estudio PARS (programa de apoyo para la reforma en salud) 1998-2005. Ministerio de la protección social de Colombia.

--Pereira Arana M. I. 2007. La prestación del servicio de salud en Colombia y sus implicaciones para la gobernanza, 51. Institut de recherche et débat sur la gouvernance

-Saludcoop EPS, vicepresidencia administrativa y financiera. 2003. Sistema general de la seguridad social en salud. Modulo 1. Saludcoop ediciones.

--Serrano Escobar L. G. 2000. .Nuevos conceptos de responsabilidad médica: . 2000. Ediciones doctrina y ley LTDA.

ANEXOS.

A1. DEFINICIONES. Las siguientes son las definiciones utilizadas por el sistema de salud, referenciadas en el decreto 1011 de 2006, en la resolución 3047 de 2008, para facilitar el entendimiento del problema.

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 el pago de 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.

Estancia es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles como cama, para la atención de un paciente durante un periodo mínimo de 24 horas. La estancia para internación en todos los casos comprende los siguientes servicios como mínimo: a. Médico general b. Enfermera c. Auxiliar de enfermería d. Dotación básica de elementos de enfermería e. Material de curación f. Alimentación adecuada al estado del paciente (excepto sustancias especiales de nutrición parenteral y enteral). g. Suministro de ropa de cama h. Aseo i. Servicios públicos de energía eléctrica y agua j. Servicios y recursos de infraestructura de acuerdo a la categoría, nivel y servicios autorizados y acreditados, para el alojamiento y la comodidad del paciente. El Plan Obligatorio de Salud reconocerá a sus afiliados la estancia en habitación compartida salvo que la Guía de Atención Integral recomiende otro servicio.

Por material de curación se entiende todos los suministros que se utilicen en el lavado, desinfección y protección de lesiones de piel, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados.

Cama es aquella instalada para el uso exclusivo de los pacientes internados durante las 24 horas; se incluyen las incubadoras; se excluyen las camas de trabajo de parto, de recuperación post-quirúrgica, de hidratación que se usen sólo para este fin, las de observación, las cunas complemento de la cama obstétrica, las localizadas en los servicios de Rayos X, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y las de acompañante.

A2. NORMATIVIDAD: Ya que existen actualmente más de 2500 leyes que intentan regular el funcionamiento del sistema de salud, mencionaremos las principales que orientan la prestación del servicio y que nos determinan el tema principal del trabajo.

-Ley 100 de 1993 y ley 1122 de 2007 que estructuran y dictan las leyes marco para el servicio de salud en Colombia.

- Acuerdo 008 de 2009 con sus anexos 01(medicamentos) y 02 (procedimientos) de la CRES (comisión de regulación en salud) (anteriormente Resolución 5261 de 1994 o MAPIPOS) las cuales determinan los servicios del plan obligatorio de salud del régimen contributivo y subsidiado y que a su vez tácitamente, determina los servicios que no son del plan obligatorio de salud.

-Acuerdos 228 de 2002, 282 de 2004 y 336 de 2005 que normatizan los medicamentos que pertenecen al plan obligatorio de salud, así como actualmente el anexo 1 del acuerdo 008 de la CRES.

-Decreto 2200 de 2005 que normatiza la prescripción de medicamentos dentro del plan obligatorio de salud.

-Resolución 3099 de 2008 que reglamenta el comité técnico científico para solicitar medicamentos y servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud.

-Ley 23 de 1981 o ley de ética médica.

-Manuales tarifarios ISS 2000, 2001 y 2004; SOAT 2009 que sirven de referencia para regular las tarifas en el sistema de salud, así como orientan las inclusiones de servicios en los convenios establecidos.-Decreto 4747 de 2007 y resolución 3047 de 2008, que regulan las relaciones entre prestadores y aseguradores.
Manual de autorizaciones de servicios y de glosas.

-Manual de auditoría medica institucional.

-Anexo 6 manual d glosas y devoluciones de la resolución 3047 de 2008.

A3 CAUSAS DE GLOSAS

Estas son las causas que generaron mayor numero de glosas en la facturación de DIME en el último trimestre del 2009.

Cuadro 2: Causas de glosas cuarto trimestre 2009 dime clínica neurocardiovascular

MES	OBSERVACION	MES	OBSERVACION	MES	OBSERVACION
OCT	FALTA SOPORTE DE CONTEO DE MEDICAMENTOS	NOV	INCONSISTENCIA EN EPICRISIS EN ENMENDADURA EN FECHA	DIC	CONSULTA DE URGENCIAS NO FACTURABLE, FALTA SOPORTE ESTANCIA, NO SOPORTE DE MEDICAMENTOS, MONITOREO INCLUIDO EN ESTANCIA,
OCT	SOLICITAN CTC NO SOPORTADO VALVULA BIOLOGICA	NOV	SOPORTE EN ORDENES MEDICAS DE DOS AMP DE PLAVIX	DIC	FALTA SOPORTES CTC TROPONINA
OCT	FALTA CTC NO SOPORTADO PLAVIX	NOV	MEDICAMENTOS SIN NOTA QUE DE PERTINENCIA	DIC	FALTA SOPORTE CTC MEDICAMENTO PLAVIX
OCT	FALTA CTC NO SOPORTADO AGRASTAT	NOV	FALTA SOPORTE MEDICAMENTO CODEINA	DIC	FALTA SOPORTE EN HISTORIA DE SUMINISTRO MEDICAMENTO NO POS NOREPINEFRINA
OCT	FALTA CTC NO SOPORTADO XPERCT Y GUIA DE PROTECCION DISTAL	NOV	NO PERTINENTE MANEJO INTRAHOSPITALARIO Y	DIC	FALTA SOPORTE CTC MEDIO DE CONTRASTE GASTROVIEW

	PARA STENT CAROTIDEO		OBSERVACION		
OCT	FALTA SOPORTE DE ADMINISTRACION DE NOREPINEFRINA	NOV	FALTA SOPORTE MEDICAMENTO CARDIOASPIRINA	DIC	FALTA SOPORTE EN HISTORIA SUMINISTRO MEDICAMENTO NO POS MILRINONE
OCT	FALTA COBRO DE COPAGO POR ERROR EN PROCEDIMIENTO COBRADO	NOV	FALTA SOPORTE LABOR, SIN PERTINENCIA LABORATO Y MEDICA	DIC	FALTA SOPORTE EN HISTORIA SUMINISTRO MED PLAVIX 1 AMP
OCT	FALTA SOPORTE DE CTC GADOLINEO, ANGIORESONANCIAC EREBRAL CON PERFUSION	NOV	FALTA CTC DIMERO D	DIC	NO ORDEN CODEINA EN HISTORIA CLINICA
OCT	FALTA SOPORTE DE CTC TROPONINA Y MEDICAMENTO CLOPIDOGREL	NOV	FALTA SOPORTE CTC JUSTIFICACION TROPONINA Y COPIDROGEL	DIC	SERVICIOS INCLUIDOS EN EL PAQUETE. SERVICIOS NO POS
OCT	PCR SIN INTERPRETACION MEDICA; MANEJO ESPECIAL SIN EVOLUCION MEDICA	NOV	FALTA SOPORTE CTC JUSTIFICACION CTC PLAVIX Y SOPORTE DIALISIS E INSUMO	DIC	FALTA SOPORTE CTC CARDIOASPIRINA
OCT	ESTANCIA NO PERTINENTE	NOV	FALTA SOPORTE CTC MEDICAMENTO	DIC	FALTA SOPORTE CTC MEDICAMENTOS COROTROPE, NEOSINEFRINA
OCT	MANEJO XPERCT NO SOPORTADO EL CTC	NOV	FALTA SOPORTE DE CTC NEOSINEFRINA	DIC	FALTA SOPORTE EN HISTORIA DE APLICACION MEDICAMENTO MEROPENEM
OCT	FALTA CTC NO SOPORTADO MEDICAMENTO	NOV	FALTA SOPORTE DE CTC MEDICAMENTOS	DIC	FALTA SOPORTE EN HISTORIA RX PORTATIL
		NOV	FALTA SOPORTE DE CTC MEGLUMINA	DIC	FALTA SOPORTE EN HISTORIA ADMINISTRACION MEDICAMENTO NO POS
		NOV	FALTA SOPORTE DE APLICACION DE	DIC	FALTA SOPORTE EN HISTORIA

			MEDICAMENTOS		ADMINISTRACION MEDICAMENTOS
		NOV	FALTA SOPORTE DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTO COROTROPE	DIC	8 DIAS ESTANCIA PISO POR DEMORA EN DEFINIR MANEJO DEFINITIVO
		NOV	FALTA CTC MEDICAMENTOS	DIC	ESTANCIA UCIN UCIN PISO NO PERTINENTE, RX Y MTO AZTREONAM SIN SOPORTE
		NOV	PERTIENCIA EN LABORATORIOS	DIC	LABORATORIOS NO PERTINENTES HEMOCULTIVO, CH IV, ALBUMINA HUM,HEMOFIL ADULTO
				DIC	LABORATO NO PERTINENTE, CH TIPO IV, PCR, MEDTOS E INSUMOS EN ESTANCIA NO PERTINENTES.
				DIC	MEDICAMENTOS SIN SOPORTE DE CTC
				DIC	PERTINENCIA EN INFARTO, MEDICAMENTOS SIN CTC Y OTROS SIN SOPORTE.
				DIC	HOMOLOGAN UCI X UCIN, CARDIOASP SIN CTC, MTOS NOS SOPORTADOS
				DIC	CODEINA NO SOPORTADA EN HISTORIA CLINICA, MANEJO Y CUIDADO INCLUIDO EN PAQTE
	EN OCTUBRE LA DE MAYOR IMPACTO FUE FALTA DE CTC NO SOPORTADO CON 8 CASOS		EN NOVIEMBRE LAS DE MAYOR IMPACTO FUERON FALTA DE CTC NO SOPORTADO CON 8 CASOS Y FALTA DE PERTINENCIA MEDICA CON 8 CASOS		EN DICIEMBRE LAS DE MAYOR IMPACTO FUERON FALTA DE SOPORTE EN HISTORIA CLINICA CON 10 CASOS, FALTA DE CTC NO SOPORTADO CON 8 CASOS

			TAMBIEN		Y FALTA DE PERTINENCIA MEDICA CON 5 CASOS TAMBIEN
MES	OBSERVACION	MES	OBSERVACION	MES	OBSERVACION

Fuente: archivo de glosas cuarto trimestre 2009 DIME clínica neurocardiovascular

De acuerdo a lo anterior se pueden resumir cuales fueron las mayores causas de glosas reportadas en este cuadro. En el mes de octubre la mayor causa de glosas fue la falta de soporte de comités técnicos científicos no elaborados por los médicos con 8 casos; en noviembre igualmente fue la falta de soporte de los comités técnicos científicos no elaborados por los médicos pero se le sumo la no adecuada justificación de la pertinencia del servicio médico prestado, ambos con 8 casos; finalmente en diciembre la mayor causa de glosas fue el no registro adecuado de la prestación del servicio en la historia clínica, por parte del médico con 10 casos, pero también se presentaron la falta de soporte de los comités técnicos científicos no elaborados por los médicos con 8 casos y la no adecuada justificación de la pertinencia del servicio médico prestado con 5 casos.