

**Estrategias para mitigar pérdidas financieras en el Hospital Santa Lucia
E.S.E de I nivel del municipio de Roncesvalles presentadas en el año 2019,
relacionadas con el programa de detección temprana y protección específica**

ANGY MARCELA PERDOMO GÓMEZ
VICTORIA ALEJANDRA ORDOÑEZ RUIZ
MARIO ANDRÉS RODRÍGUEZ ÁLVAREZ
ANGÉLICA MARÍA ZEA GALINDO
SILIS AMADA QUIÑONES

**Proyecto de investigación para optar al título de especialista en
administración en salud**

Profesor
Richard Nelson Román Marín
Ingeniero de Sistemas
Especialista en Desarrollo Gerencial
Especialista en Ing de Software
Especialista en Adm de la Salud
Magister en Salud Pública

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
MANIZALES – CALDAS
2020

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción
2. Planteamiento del problema
 - 2.1 Pregunta de Investigación
3. Antecedentes
4. Justificación
5. Objetivos
6. Hipótesis
7. Marco Teórico
8. Diseño metodológico
9. Cronograma
10. Presupuesto
11. Referencias bibliográficas

RESUMEN

Título: Análisis de glosas presentadas en el Hospital Santa Lucia E.S.E de primer nivel, del municipio de Roncesvalles presentadas en el año 2019 en los servicios de promoción y prevención, para la implementación de estrategias que mitiguen dichas pérdidas financieras

Autores: Angy Marcela Perdomo Gómez, Victoria Alejandra Ordoñez Ruiz, Mario Andrés Rodríguez Álvarez, Angélica María Zea Galindo

Palabras claves: glosas, promoción y prevención, auditoria

Descripción:

El presente trabajo tiene como finalidad analizar las principales causas de glosas presentadas en los servicios de promoción y prevención durante el periodo 2019, en el Hospital Santa Lucia E.S.E, del municipio Roncesvalles, con el fin de establecer estrategias que logren disminuir pérdidas financieras provenientes de ese servicio.

Dicho análisis se realizará teniendo en cuenta estados financieros, cumplimiento de estimaciones de detección temprana, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la ejecución y evaluación del plan interno de capacitaciones y efectividad de la demanda inducida realizada por el Hospital Santa Lucia del municipio de Roncesvalles, del departamento del Tolima, en el año 2019.

PASARLO PARA OTRO DOCUMENTO

1. INTRODUCCION

En el Sistema de Salud colombiano, se cuenta con cinco actores los cuales interactúan entre sí para garantizar la prestación de servicios en salud a la población en el territorio nacional; el *Ministerio de Salud y protección Social*, es el rector y director del SGSSS, mediante la formulación de políticas y la coordinación intersectorial, la *Superintendencia en Salud* es la responsable de proteger los derechos de los usuarios en salud, realiza acciones de inspección, vigilancia y control, *las Secretarías de Salud*, garantizan la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población de su territorio también realizan acciones de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente que afectan la salud, las *EPS*, administran el riesgo en salud de sus afiliados a través del Plan Obligatorio de Salud - POS- en promoción de la salud y prevención, tratamiento y rehabilitación y los *Prestadores de Servicios de Salud*, brindan servicios de salud a los usuarios, incluyen profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), establecen relación a través de actos contractuales en donde determinan las pautas para la prestación de los servicios de salud a la población afiliada a las aseguradoras, en la clausulas se incluye: las tarifas de los servicios contratados, el cumplimiento de estimaciones, el reporte de indicadores, las formas de pago, las auditorias, entre otros. Sin embargo, no se cuenta con herramientas normativas claras en cuanto a parámetros de contratación y los acuerdos de voluntades se convierten en elementos perjudiciales para las IPS, ya que estas prestan los servicios en salud a un bajo costo, pero no reciben la compensación económica acordada, debido a las glosas generadas por múltiples causas, las cuales pueden ser de gran porcentaje sobre el valor capitado de los contratos, por consiguiente, los ingresos de las IPS se ven afectados negativamente, comprometiendo la sostenibilidad de la empresa.

Si bien, esto se ha debido cambios normativos, no debemos dejar a un lado los errores que se comenten al interior de las Instituciones, los cuales llevan a disminución de los ingresos financieros. En la actualidad, existen diferentes estudios que buscan determinar las causas de pérdidas económicas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las cuales varían dependiendo del nivel de complejidad, ubicación geográfica o sistema administrativo, sin embargo, a pesar que se conoce la causalidad no se han implementado estrategias que las disminuyan o eliminen en su totalidad.

Las auditorías internas hacen parte de las estrategias de las IPS, para contrarrestar el valor de las glosas, donde las cuentas médicas son revisadas sistemáticamente previa radicación en las EPS, con el fin de evitar la mayor cantidad de glosas. Así mismo, las glosas se analizan en el momento de ser notificadas por las EPS a las

IPS, de esta manera se realiza su aceptación o por el contrario se presenta el recurso de apelación para realizar el proceso de conciliación y evitar los descuentos en los pagos.

A continuación, se identificarán las estrategias para mitigar las glosas en los servicios de detección temprana y protección específica de la IPS Hospital Santa Lucía E.S.E, presentadas durante el año 2019.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las glosas son la principal causa identificada que genera déficit de cartera, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, debido a la falta de oportunidad, acompañamiento y medición en el cobro de los servicios glosados por parte de las EPS, asociados principalmente a la falta de un proceso estandarizado entre el área asistencial que soporte la atención prestada y el proceso administrativo de facturación, impidiendo el recaudo efectivo de los servicios prestados. (JARAMILLO DUARTE & PLATA BENAVIDES, 2017-2018)

Desde el cambio normativo del Sistema de Seguridad Social en Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, han pasado por diferentes crisis financieras, evidenciándose en cierres de servicios, despidos masivos de personal, escasez de insumos médicos, hasta los cierres de las mismas.

2.1 Pregunta de investigación:

¿Qué estrategias se pueden implementar para mejorar los ingresos financieros del Hospital Santa Lucia del municipio de Roncesvalles, del departamento del Tolima, en relación a la ejecución de actividades de detección temprana y protección específica?

3. JUSTIFICACIÓN

En las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS), en especial de primer nivel, las pérdidas financieras relacionadas con las actividades de detección temprana y protección específica influyen en la sostenibilidad de la IPS como en el desempeño del talento humano de las instituciones, finalmente se ve afectada la calidad de la prestación de servicios de salud a los usuarios debido a la disminución del talento humano, escases de los insumos y en casos extremos cierre de los servicios.

Cabe resaltar, que tanto el área administrativa como asistencial, intervienen directamente en el proceso por esto es importante identificar dónde se encuentran las fallas que generan estas glosas para ser intervenidas con la generación de estrategias que se mantengan en la institución.

Por tal motivo es necesario un estudio, donde se desarrollen estrategias para contrarrestar los costos adicionales y pérdida de liquidez financiera, teniendo como base la identificación de las principales causas que origina glosas en los programas de detección temprana y protección específica.

Para la información, se cuenta con el apoyo de gerencia y administrativos del Hospital Santa Lucia y un grupo interdisciplinar de investigadores compuesto por médico general y profesionales de enfermería.

Sumado a ello, se cuenta además con investigaciones afines a este tema, realizadas a lo largo de los últimos 10 años, las cuales apoyan en el proceso y brindan herramientas que facilitan la investigación.

4. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general:

Identificar estrategias que permitan minimizar pérdidas financieras generadas por glosas del Hospital Santa Lucia del municipio de Roncesvalles, del departamento del Tolima, en relación a la ejecución de actividades de detección temprana y protección específica realizadas en el año 2019, que sean aplicables para las actividades inmersas y relacionadas con la Resolución 3280 del 2018 y las Rutas de Atención Integral en Salud.

5.2 Objetivos específicos:

5.2.1 Evaluar integralmente el proceso de prestación de los servicios de protección específica y detección temprana.

5.2.2 Investigar en conjunto con los usuarios internos de la institución sobre estrategias para mitigar las pérdidas relacionadas con las glosas generadas por la prestación de los servicios de protección específica y detección temprana.

5.2.3 Realizar un análisis comparativo con otras IPS para determinar las estrategias que lleven a mitigar las pérdidas relacionadas con las glosas generadas por la prestación de los servicios de protección específica y detección temprana

5. HIPÓTESIS

Tras la verificación de artículos relacionados con el proyecto de investigación a realizar, se evidencia que la causa más común de glosas se relaciona con fallas en la prestación de servicios de detección temprana y protección específica.

Partiendo del supuesto, es importante ahora verificar si esas dificultades están relacionadas con el talento humano que realiza acciones operativas (personal médico, de enfermería, auxiliares de enfermería, odontólogos e higienistas orales), o quienes realizan funciones administrativas (facturación, admisiones, referencia).

Determinar que, si dichas fallas se relacionan con el personal asistencial, se considera el poco conocimiento que el personal asistencial pueda tener en relación a la resolución 412 del 2000 y/o a la resolución 3280 del 2018, cuyos documentos enmarcan normativamente las Guías de Atención, Normas técnicas, y Rutas de Atención Integral respectivamente para la prestación de servicios de detección temprana y protección específica

Por otro lado, al identificar fallas como por ejemplo errores del personal administrativo, faltas en la sistematización de procesos, deficiencia de personal y/o herramientas insuficientes informáticas, se observan dificultades en el proceso de auditoria; ésta tiene la finalidad de mejorar la calidad de los servicios realizando educación continuada a los profesionales acerca de la importancia de buscar cada día cometer menos errores y propender por el mejoramiento continuo, impactando directamente la rentabilidad de la organización y se considera es una herramienta muy útil que contribuye a lograr disminuir el número de glosas de las EAPB a las IPS.

6. MARCO TEÓRICO

7.1 UBICACIÓN CONTEXTUAL

La institución hospitalaria de Nivel 1, el Hospital Santa Lucía ESE del municipio de Roncesvalles, se encuentra ubicado en la cabecera municipal y cuenta con infraestructura y capacidad profesional para brindar atención básica a los más de 5 mil habitantes del área rural y urbana; dicha institución se encuentra ubicada en la calle 8 Número 2-27 Barrio Centro. (Gobernación del Tolima, 2011-2014)

El Hospital Santa Lucía E.S.E la cual tiene una Misión de *Somos una Empresa Social del Estado que contribuye al desarrollo y bienestar social brindando a la población servicios de salud eficientes, mediante la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación con una óptima calidad humana, tecnológica, científica y ética.* (Hospital Santa Lucía E.S.E, S.F)

Según la información presupuestal y financiera de la institución, la dispersión poblacional e información de la prestación de los servicios de salud, se realiza la categorización del riesgo donde esta institución se encuentra sin riesgo para la vigencia 2019.

1. Infraestructura

1.1 Talento humano

1.1.1 Tabla 11. Relación de contratación interna del Hospital Santa Lucía E.S.E durante la vigencia 2019

Cargo	Número de empleados
Gerencia	
Gerente	1
Área calidad	
Técnico en Auxiliar de Enfermería	5
Profesionales en Medicina de SSO	2
Profesionales en Bacteriología de SSO	1
Profesionales en Enfermería SSO	1
Profesional en Odontología SSO	1
Área financiera	
Auxiliar administrativo	1
Área administrativa	
Auxiliar administrativo	3
Auxiliar de farmacia	1
Servicios generales	1

Conductor	1
-----------	---

Fuente: Propia

1.1.2 Tabla 12. Relación de contratación externa del Hospital Santa Lucia E.S.E durante la vigencia 2019

Cargo	Número de empleados
Prestación de servicios como profesional para realizar las veces de control interno	1
Prestación de servicios profesionales como apoyo al área de facturación	1
Prestación de servicios como asesor jurídico	1
Prestación de servicios como auxiliar administrativo	4
Prestación de servicios como auxiliar de enfermería	2
Prestación de servicios como conductor	2
Prestación de servicios profesionales de un contador	1
Prestación de servicios profesionales como asesora de calidad	1
Prestación de servicios profesionales como médico general	1
Prestación de servicios como auxiliar de servicios generales	1

Fuente: Propia

1.2 Nivel de complejidad

El Hospital Santa Lucia E.S.E es una institución de primer nivel que presta servicios de baja complejidad los cuales Están dados, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. (Prada Rios , Perez Castaño, & Rivera Triviño, 2017)

Se hace precisión que en este nivel de complejidad quienes prestan la atención son: Médicos generales, Personal técnico y otros profesionales de la salud no especialistas. Se brindan servicios con tecnología de baja complejidad, en los servicios de consulta externa, hospitalización, urgencias y los servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad. El servicio de Hospitalización de baja complejidad que es brindado por esta institución, esta soportado por la atención de médico general, enfermera profesional, técnico en enfermería. (Arturo, 2009)

2. Infraestructura física.

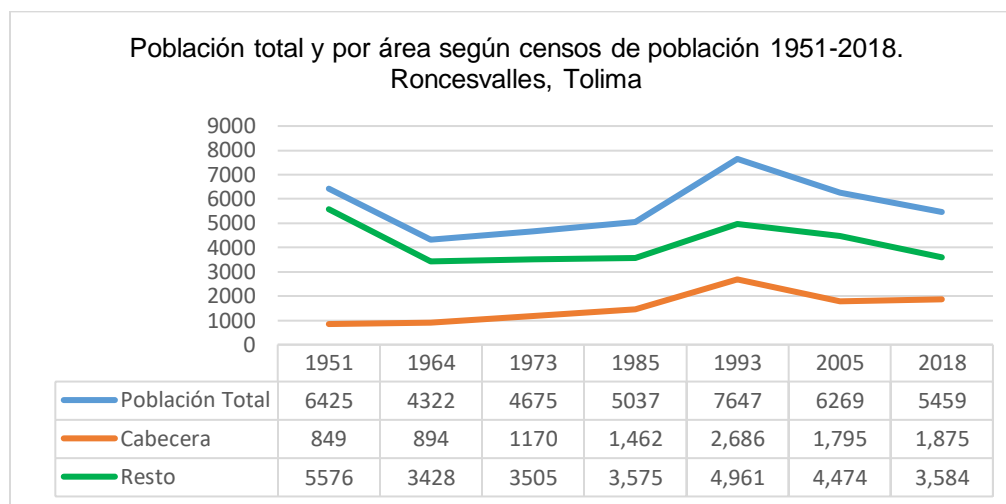
Es de aclarar que la institución solo cuenta con una sede en el área urbana y un centros de salud en los centros poblados, el cual se encuentra en funcionamiento seis días a la semana donde permanece una auxiliar de enfermería.

3. Área de influencia

Roncesvalles es un municipio de Colombia, situado en el occidente del departamento del Tolima. Está ubicado en la Cordillera Central a 113 kilómetros de Ibagué, limita al occidente con los municipios de Cajamarca, Tolima, Sevilla-Valle, Génova-Quindío, al sur con el municipio de Chaparral, Tolima, al oriente con el municipio de San Antonio, Tolima, y al norte con el Municipio de Rovira, Tolima.

Durante 67 años comprendidos desde el censo de 1951 hasta el último censo de 2018 Roncesvalles ha presentado una fluctuación importante en el tamaño de la población, caracterizada por tres períodos de ganancia y tres períodos de pérdida de habitantes.

Los años en los cuales el número de personas aumentó en relación con el censo anterior fueron los años 1973, 1985 y 1993; mientras que, en los años 1964, 2005 y 2018 se evidencia una disminución considerable.



Fuente: Elaboración propia a partir de información censal DANE (el año 2018 corresponde a las proyecciones de población del Censo 2018)

Si se tiene en cuenta que el mayor número se presentó en el año 1993 con 7647 habitantes; la disminución en comparación con el último censo en 2018 cuando se

registraron 5459 personas; es de 2188. Esto indica que hoy día la población del municipio es similar a la de los años 50 del siglo pasado. Este fenómeno representa para el municipio una menor presión en la demanda de servicios sociales y comunitarios, no obstante, ocasiona un reto en términos fiscales, teniendo en cuenta una menor tributación y menores ingresos transferidos por la nación.

7.2 NORMATIVIDAD

7.2.1 Sistema de Seguridad Social en Colombia (Ley 100 de 1993)

El Sistema de Seguridad Social Integral vigente en Colombia fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales pueden tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana. Hace parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

Los principios de prestación de servicios del Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia son: Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación. Este sistema busca además la ampliación de la cobertura a segmentos de la población no cubiertos hasta ese momento por el antiguo Sistema. El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y de servicios complementarios, incorporados en la Ley 100 de 1993 y en otras normas. (SUPERSALUD, S.F)

La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y es prestado por entidades públicas y privadas. Evita desequilibrios económicos y sociales que, de no resolverse, significarían la reducción o la pérdida de los ingresos a causa de contingencias como la enfermedad, los accidentes, la maternidad o el desempleo, entre otras.

De acuerdo con la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia se compone de los sistemas de pensiones, de salud y de riesgos laborales y de los servicios sociales complementarios. (SUPERSALUD, S.F)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso al servicio a toda la población, en todos los niveles de atención. Es operado por las Entidades Promotoras de Salud (EPSs) y la prestación del servicio está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSs) (SUPERSALUD, S.F)

7.2.2 Resolución 412 del 2000, Por La Cual Se Establecen Las Actividades, Procedimientos E Intervenciones De Demanda Inducida Y Obligatorio Cumplimiento Y Se Adoptan Las Normas Técnicas Y Guías De Atención Para El Desarrollo De Las Acciones De Protección Específica Y Detección Temprana Y La Atención De Enfermedades De Interés En Salud Pública

Ésta resolución adopta normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública. (MINISTERIO DE SALUD , 2000)

Dentro de las normas técnicas se encuentran:

- Protección específica:
 - Vacunación según el esquema del programa ampliado de inmunizaciones PAI
 - Atención preventiva en salud bucal
 - Atención del parto
 - Atención del recién nacido
 - Atención en planificación familiar a hombres y mujeres
- Detección temprana:
 - Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)
 - Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
 - Detección temprana de las alteraciones del embarazo
 - Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)
 - Detección temprana del cáncer de cuello uterino
 - Detección temprana del cáncer de seno
 - Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual (MINISTERIO DE SALUD , 2000)

Dentro de las guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública se encuentran:

- Bajo peso al nacer
- Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)
- Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)
 - Alta: Otitis media, Faringitis estreptococcica, laringotraqueitis.
 - Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.
- Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera
- Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar
- Meningitis Meningocóccica

- Asma Bronquial
- Síndrome convulsivo
- Fiebre reumática
- Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.
- Enfermedades de transmisión sexual
- Hipertensión arterial
- Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo
- Menor y Mujer Maltratados
- Diabetes Juvenil y del Adulto
- Lesiones preneoplásicas de cuello uterino
- Lepra
- Malaria
- Dengue
- Leishmaniasis cutánea y visceral
- Fiebre amarilla (MINISTERIO DE SALUD , 2000)

La resolución, además, habla de oferta de actividades y procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, que las EPS deben de cumplir, a través de la red prestadora; el registro de dichas actividades se realizara de acuerdo al anexo técnico Estructura del registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y Aplicación de Guías de Atención Integral para las Enfermedades de Interés de Obligatorio Cumplimiento. (MINISTERIO DE SALUD , 2000)

7.2.3 Resolución 3280 del 2018, Nuevas Rutas Integrales De Atención En Salud

La Resolución 3280 de 2018 da vía a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), la cual tiene como objetivo buscar un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Esta deroga la resolución 412 del 2000.

Las **Rutas integrales de atención en salud** son una herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las comunidades, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud. Adicionalmente, tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad, mediante la definición de las condiciones necesarias para asegurar

la integralidad en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades. (MINISTERIO DE SALUD , 2000)

Cada una de estas rutas cuenta con:

- intervenciones poblacionales: políticas públicas, información en salud y participación social
- intervenciones colectivas: en el entorno hogar, educativo, comunitario, laboral, institucional y en poblaciones vulnerables
- intervenciones individuales: primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez (MINISTERIO DE SALUD , 2000)

Esta resolución nos brinda las siguientes rutas:

- Ruta de promoción y mantenimiento de la salud **RPMS**: la cual hace parte del MIAS y se enmarca en el concepto de atención integral en salud como medio para alcanzar los resultados en las personas, familias y comunidades. Ésta es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que define a los integrantes del sector salud las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la generación de una cultura de cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía del derecho fundamental a la salud.

Las intervenciones individuales que se encuentran en esta ruta son:

- primera infancia: atención en salud por pediatría, medicina general o familiar y enfermera para la primera infancia,
- infancia: atención en salud por medicina general o familiar y enfermera para la infancia
- adolescencia: atención en salud por medicina general o familiar y enfermera para la adolescencia
- juventud: atención en salud por medicina general o familiar y enfermera para la juventud
- adultez: atención en salud por medicina general o familiar para la adultez
- vejez: atención en salud por medicina general o familiar para la vejez.
- Atención en salud bucal
- Atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna
- Detección temprana de cáncer de cuello uterino
- Detección temprana de cáncer de mama
- Detección temprana de cáncer de próstata
- Detección temprana de cáncer de colon y recto
- Atención para la planificación familiar y la anticoncepción
- Fortificación con micronutrientes en polvo
- Atención a la familia
- Educación y comunicación para la salud (MINISTERIO DE SALUD , 2000)

- Ruta de atención en salud materno perinatal **RIAMP**: es una herramienta, al igual que la anterior, de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que define a los integrantes del sector salud las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la generación de una cultura de cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía del derecho fundamental a la salud. La resolución da las orientaciones para la operación de la ruta, incluyendo parámetros para su gestión, intervenciones colectivas, familiares e individuales contenidas, el talento humano requerido para su provisión, los resultados esperados, indicadores y procedimientos para el monitoreo y evaluación de estos. (MINISTERIO DE SALUD , 2000)

Las intervenciones individuales que se encuentran en esta ruta son:

- Atención para el cuidado preconcepcional
- Interrupción voluntaria del embarazo
- Atención para el cuidado prenatal
- Curso de preparación para la maternidad y la paternidad
- Atención en salud bucal
- Atención para la promoción de la alimentación y nutrición
- Atención del parto
- Atención del puerperio
- Atención de emergencias obstétricas
- Atención para el cuidado del recién nacido
- Atención de las complicaciones perinatales y/o postnatales del recién nacido
- Atención para el seguimiento del recién nacido
- Atención a la familia (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2018)

7.2.4 Decreto único 780 del 2016, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Decreta la estructura del sector salud donde se encuentra como cabeza principal el ministerio de salud y protección social quien será el encargado de formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, promoción social en salud, así como, participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos laborales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo. Y a su vez será el encargado de dirigir, orientar, coordinar, regular y evaluar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema

General de Riesgos Laborales. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2018)

Los fondos especiales determinados durante este decreto fueron:

- Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA: Es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social sin personería jurídica, administrada directamente o a través de encargo fiduciario o fiducia pública, por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2018)
- Fondo de Salvamento y Garantías para e/ Sector Salud FONSAET. Es un fondo cuenta sin personería jurídica administrado directamente o a través de encargo fiduciario o fiducia pública por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones por parte de las Empresas Sociales del Estado, que se encuentren en riesgo alto o medio o que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por la Superintendencia Nacional de Salud y, las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2018)

Adicional a lo anterior se determinó lo concerniente al régimen reglamentario del sector salud y protección social el cual tiene como objeto unificar y actualizar las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, crear el Sistema de Afiliación Transaccional, mediante el cual se podrán realizar los procesos de afiliación y novedades en el citado Sistema, y definir los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud. Son deberes de las personas en relación con el Sistema General de la Seguridad Social en Salud los establecidos en los artículos 160 de la Ley 100 de 1993 y 10 de la Ley 1751 de 2015, en especial los referidos al suministro de información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, novedades, estado de salud e ingresos; al pago de las cotizaciones y pagos moderadores que se establezcan en el Sistema, de acuerdo con su capacidad de pago; al ejercicio de su actuaciones de buena fe; y al cumplimiento de las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2018)

Se realizó la creación del Sistema de Afiliación Transaccional como un conjunto de procesos, procedimientos e instrumentos de orden técnico y administrativo, que dispondrá el Ministerio de Salud y Protección Social para registrar y consultar, en tiempo real, los datos de la información básica y complementaria de los afiliados, la

afiliación y sus novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este cuenta con los siguientes componentes:

- A.** La información de referencia para la correcta identificación de los afiliados
- B.** información de referencia que permita controlar la multifiliación al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud y entre éste y los regímenes especiales y de excepción.
- C.** La información de referencia que permita validar los datos que se ingresen al Sistema.
- D.** El registro oficial de todos los aportantes y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su identificación, estado de pago de las cotizaciones y demás información que el Ministerio de Salud y Protección Social considere relevante.
- E.** Las reglas de afiliación y novedades contenidas en las disposiciones vigentes que soportan las validaciones para el registro de la afiliación y las novedades y que permiten controlar la calidad de los datos y la integridad de la información.
- F.** La plataforma tecnológica y de comunicaciones que soporte este Sistema. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2018)

Además, dentro del decreto también se profundiza sobre los aportes patronales, los planes de atención complementarios en el contributivo, los convenios entre EPS y cajas de compensación familiar en la administración de los recursos del régimen subsidiado y su obligación en la contratación con empresas sociales del Estado. Dentro de este decreto se recopilan las disposiciones para el funcionamiento del sistema obligatorio de calidad en la atención de salud, este busca la orientación de la mejoría de los resultados en atención en salud, centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Lo anterior teniendo en cuenta los componentes del SOGCS:

- El sistema único de habilitación.
- La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
- El sistema único de acreditación.
- El sistema de información para la calidad. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2018)

Las EPS deberán garantizar la afiliación y todos sus procesos sin tener en cuenta la edad o estados previos o actuales para la utilización de los servicios en salud, así como negar la inscripción, o realizar la desviación del sistema, si dado el caso la Empresa Promotora de Servicios de Salud negara los servicios se considerarán

como una práctica violatoria del derecho a la libre escogencia. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL , 2016)

7.2.5 Circular conjunta número 30, por la cual se realiza el procedimiento de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas, pago de facturación por prestación de servicios y recobros.

Por medio de esta se estableció el procedimiento de saneamiento y aclaración de cuentas del sector salud a través del cruce de información entre las Entidades Responsables de Pago - ERP (EPS del régimen contributivo y subsidiado, y Entidades Territoriales) e Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud -IPS tanto públicas como privadas, y como resultado de estos cruces, determinar el estado de las cuentas; si hay coincidencia, fijar y suscribir los compromisos obligatorios de pago y aclarar y depurar la información que no coincide entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL , 2016)

Las Entidades Responsables de Pago (ERP) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social la información a través de la plataforma PISIS, conforme con los anexos técnicos y las condiciones que se definen a continuación.

Periodo de reporte de información

- **Cargos Trimestrales**

Estos se realizarán cada trimestre del año, Información de facturas radicadas o recobros radicados en el periodo de reporte y de las facturas reportadas o recobros reportados en periodos anteriores que hayan tenido alguna actualización en los datos (Anexo Técnico 1 y 2), de las IPS por servicios prestados a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud con cargo a las EPS-S, de los afiliados al Régimen Contributivo con cargo a las EPS y de la población pobre no asegurada con cargo a las Entidades Territoriales o de los recobros que presentan las EPS-S con cargo a las Entidades Territoriales. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL , 2016)

Periodo de Reporte para Anexo Técnico 3

- **Cargos mensuales:**

Contiene la información de facturas pagadas a las IPS con el giro directo de EPS del Régimen Subsidiado, de cada mes de giro.

La depuración o registro contable de la información en los estados financieros se debe de realizar una vez las cuentas hayan sido validadas y conciliadas, las Entidades Responsables de Pago (ERP) (EPS del régimen contributivo y

subsidiado, así como de las Entidades Territoriales) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), deberán actualizar esta información en sus estados financieros, de tal forma que en los mismos se reflejen dichos ajustes de forma explícita a más tardar en el siguiente corte contable. El informe de los estados financieros actualizados debe ser enviado a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y conforme a la normativa vigente. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)

7.2.6 Resolución 2626 de 2019, por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial – MAITE

La implementación y seguimiento del Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE será responsabilidad de las entidades territoriales, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna, cada una en el marco de sus competencias. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)

La Política de Atención Integral en Salud -PAIS es el conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos que centra el sistema de salud en el ciudadano, permite atender a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud para generar mejores condiciones de salud de la población, ordenando la intervención de los integrantes del sistema de salud y de otros actores responsables de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, et tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutive. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)

la Política de Atención Integral en Salud —PAIS se desarrollará bajo las siguientes estrategias y enfoques:

1. **Estrategia de Atención Primaria en Salud:** Esta estrategia permite la coordinación intersectorial, para brindar una atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad y en las acciones individuales y colectivas (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)

2. **Estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud:** La Gestión Integral del Riesgo en Salud es la estrategia transversal de la Política de Atención Integral de Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores, para identificar, medir, intervenir desde la prevención hasta la paliación y Elevar a cabo el seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)
3. **Enfoque de cuidado de la salud:** El enfoque de cuidado se entiende como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)
4. **Enfoque diferencial de derechos:** El enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, condición de discapacidad o de víctimas de la violencia, entre otras situaciones que las ubican en una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud, por lo cual es preciso generar garantías especiales y esfuerzos encaminados a la eliminación de las mismas. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)

El MAITE conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)

Igualmente, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), pretende unificar los elementos y acciones que proporcionen el desarrollo de herramientas (planes, programas, proyectos, normas, documentos técnicos y ejecuciones concretas) en el marco de ocho líneas de acción:

1. **Aseguramiento:** Esta línea comprende las acciones orientadas a garantizar en los territorios, el acceso de las personas a los servicios contemplados en el sistema de salud, mediante la acción coordinada de los diferentes agentes en el marco de sus competencias legales. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)

2. **Salud Pública:** Esta línea busca que todos los actores territoriales orienten sus acciones al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, bajo el liderazgo y conducción de la Entidad Territorial, con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada e integral, encaminadas al logro de resultados esperados en la salud de las personas, familias y comunidades, que contribuya a la garantía del derecho a la salud. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)
3. **Prestación de servicios:** Esta línea comprende las acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud que se prestan en el territorio, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los mismos, a través del mejoramiento de la capacidad resolutive, la implementación de mecanismos que permitan verificar la suficiencia de la oferta de servicios y la organización de redes de prestadores de servicios de salud para favorecer el cumplimiento de las prioridades y expectativas en salud de las personas, familias y comunidades de sus territorios. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)
4. **Talento Humano en Salud:** Esta línea comprende los aspectos relacionados con la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación 'del talento humano que apoya los procesos de atención integral en salud, como protagonista, al igual que la población, de la implementación efectiva de las acciones de cuidado. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)
5. **Financiamiento:** Línea que comprende la planeación, presupuestario, ejecución y seguimiento de los recursos financieros que garanticen una gestión eficiente, eficaz y sostenible del sistema de salud para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)
6. **Enfoque diferencial:** Esta línea reconoce las particularidades de las poblacionales y las condiciones sociales y territoriales que ubican a las personas en situaciones de marginalidad y de mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud. En consecuencia, los agentes del sistema de salud, adelantarán acciones para eliminar tanto barreras de acceso a los servicios de salud, como otras formas de exclusión, contribuyendo a la reducción de las inequidades en salud. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)

7. **Articulación intersectorial:** Esta línea comprende la articulación de acciones, bienes, recursos y servicios, por medio de un trabajo coordinado y sistemático entre el sector salud, los sectores públicos, privados y las organizaciones sociales o comunitarias, alrededor de la atención integral en salud de las personas, familias y comunidades, a partir de sus prioridades y expectativas; entendiendo que la salud, dada su condición de producto social, conlleva para su abordaje un accionar que sobrepasa los alcances del sector salud. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)
8. **Gobernanza:** Esta línea comprende las acciones para la gestión de la salud como un asunto público, se fundamenta en la participación de la sociedad civil y se fortalece con el desempeño de la función de rectoría por parte de la autoridad sanitaria; implica que los gobernantes e instituciones (públicas y privadas), así como la participación de la comunidad funcionen activamente como un conjunto, para resolver los problemas priorizados y contribuir al goce efectivo del derecho a la salud. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2013)

El plan de acción territorial e implementación del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, deberá desarrollarse en las siguientes fases:

1. **Planeación:** En la primera fase las entidades departamentales y distritales de salud, con el acompañamiento del ministerio de Salud, tendrán un plazo de seis (6) meses, contados a partir de la posesión del respectivo gobernador y alcalde, para la formulación y adopción del Plan de Acción e Implementación del MAITE – PAIM. Durante este proceso, la entidad territorial deberá presentar a informes bimestrales con el propósito de establecer los grados de avance de la formulación del plan. (CONSULTOR SALUD, S.D)
2. **Ejecución:** En esta fase se implementará el Plan de Acción e Implementación del MAITE -PAIM y el departamento trabajará con las autoridades municipales para su ejecución. La vigencia del Plan de Acción e Implementación del MAITE - PAIM, tendrá una vigencia de cuatro (4) años. (CONSULTOR SALUD, S.D)
3. **Monitoreo:** Durante esta fase se efectuará la verificación trimestral del avance en cada uno de los compromisos establecidos en el PAIM. La entidad territorial reportará al Ministerio, el resultado del monitoreo, dentro de los

treinta (30) días siguientes a su vencimiento de cada trimestre. (CONSULTOR SALUD, S.D)

4. **Ajuste del Plan:** En el tercer trimestre de cada año, el departamento o distrito hará una revisión integral del Plan de Acción e Implementación del MAITE-PAIM y en caso de determinar la necesidad de realizar modificaciones para su ejecución, la entidad territorial efectuará los ajustes que considere. En caso de ajustes al Plan deberá comunicarse al Ministerio de Salud y Protección Social de manera inmediata. (CONSULTOR SALUD, S.D)

7.2.7 La Ley 1231 de 2008 “por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones

Esta hace referencia a un comprador o beneficiario del servicio y a un vendedor o prestador del servicio, en algunos de sus apartes hace alusión a “el obligado”. En la relación que se establece en el sector salud el beneficiario del servicio es el afiliado y no la entidad obligada a asumir el pago por la prestación del servicio (EPS o Entidad Territorial, entre otros) Dentro del sistema de seguridad social en salud, implementado a raíz de la expedición de la Ley 100 de 1993, la Institución Prestadora de Servicios de Salud no está facultada para librar y entregar o remitir al beneficiario del servicio en este caso el paciente, la factura de que trata la Ley 1231 de 2008 en los términos allí definidos. La misma debe ser librada y entregada o remitida a la entidad obligada al pago (EPS o Entidad Territorial, entre otros) quien es la única que debe aceptarla de manera expresa. (REPUBLICA C. D., Groupseres , S.F)

7.2.8 La Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

En ella se regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud, la cual está definida en el artículo 13 de dicha norma, en especial, el literal D, en cuanto atañe a las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes. Dicha disposición regula, entre otros, el tiempo de pago de conformidad con la modalidad contractual que se adopte y el trámite en el caso de formulación de glosas. (REPUBLICA C. D., MINSALUD, 2007)

“Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago

por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.” (REPUBLICA C. D., MINSALUD, 2007)

7.2.9 Decreto 2423 de 1996: Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.

Este decreto de obligatorio cumplimiento, dispone la nomenclatura en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; también en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza su tarifa. (Republica, 1996)

7.2.10 Decreto 1281 de 2002 por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación.

Este decreto explica el flujo de caja a realizar según el régimen en el que se encuentre el afiliado, fosalud o si no se encuentra afiliado a algún régimen. (REPUBLICA P. D., 2002)

Artículo 7º. *Trámite de las cuentas presentadas por los prestadores de servicios de salud.* Además de los requisitos legales, quienes estén obligados al pago de los servicios, no podrán condicionar el pago a los prestadores de servicios de salud, a requisitos distintos a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera, y a la demostración efectiva de la prestación de los servicios. (REPUBLICA P. D., 2002)

Cuando en el trámite de las cuentas por prestación de servicios de salud se presenten glosas, se efectuará el pago de lo no glosado. Si las glosas no son resueltas por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, en los

términos establecidos por el reglamento, no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias. (REPUBLICA P. D., 2002)

En el evento en que las glosas formuladas resulten infundadas el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro. (REPUBLICA P. D., 2002)

Las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones ante las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades territoriales y el Fosyga, se deberán presentar a más tardar dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas. Vencido este término no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias. (REPUBLICA P. D., 2002)

Artículo 12. *Aplicación del giro directo de los recursos del régimen subsidiado por parte de las Entidades Territoriales.* En los casos en que se giren directamente los recursos del régimen subsidiado a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, la entidad territorial podrá utilizar la información que ellas suministren y la de los contratos de prestación de servicios, para aplicar la medida. (REPUBLICA P. D., 2002)

Artículo 16. *Pago de la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.* Las entidades territoriales garantizarán el flujo mensual de caja de los recursos destinados a financiar la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Las reglas para el pago a las instituciones con las que exista convenio y/o contrato serán las mismas establecidas para los pagos de las Administradoras del Régimen Subsidiado a las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS. (REPUBLICA P. D., 2002)

7.2.11 El Decreto 4747 de 2007 “por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”

En este decreto se expone claramente la regulación del pago de los servicios de salud de manera oportuna, soportes de facturación, glosas y su respectivo tramite. (SOCIAL M. D., 2007)

Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá

exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social. (SOCIAL M. D., 2007)

Artículo 22. Manual Único de Glosas, Devoluciones y respuestas. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (SOCIAL M. D., 2007)

Artículo 23. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. (SOCIAL M. D., 2007)

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. (SOCIAL M. D., 2007)

Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. (SOCIAL M. D., 2007)

Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. (SOCIAL M. D., 2007)

Artículo 24. Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de

presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto-ley 1281 de 2002. (SOCIAL M. D., 2007)

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador. (SOCIAL M. D., 2007)

7.2.12 Ley 1608 de 2013 Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud.

En relación al proceso de facturación y cartera, en esta ley en los artículos 10, 11 y 12 se encuentra lo siguiente:

“Artículo 10. Giro directo de EPS en medidas de vigilancia especial, intervenidas o en liquidación. Las Entidades Promotoras de Salud, que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia competente, girarán como mínimo el 80% de las Unidades de Pago por Capitación reconocidas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, directamente desde el Fosyga o desde el mecanismo de recaudo o giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011. El giro directo en el caso del Régimen Contributivo, se hará una vez se reglamente por el Gobierno Nacional el procedimiento que corresponda. (REPUBLICA C. D., MINSALUD, 2013)

Artículo 11. Las EPS del Régimen Subsidiado que adeuden a las Entidades Territoriales recursos derivados de la liquidación de contratos del régimen subsidiado de salud, deberán reintegrarlos a la Entidad Territorial en un plazo máximo de 60 días calendario siguientes a la vigencia de la presente Ley. De no reintegrarse en este término se podrán practicar descuentos de los giros que a cualquier título realice el Fosyga. Los prestadores de servicios de salud y los distintos pagadores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrán la obligación de efectuar depuraciones permanentes a la información de los Estados Financieros, de tal forma que se vean reflejados, los pagos y anticipos al recibo de los mismos. Cuando la red de un mismo departamento reporte mora superior a 90 días en los pagos de las EPS, se podrá autorizar giro directo a los prestadores adicional al autorizado por la EPS. Para la aplicación de esta norma el Gobierno Nacional reglamentará el procedimiento. En el caso de los recobros y reclamaciones que se realizan al Fosyga cuya glosa de carácter administrativo hubiese sido notificada con anterioridad a la expedición de la presente Ley, y sobre los cuales no

haya operado el término de caducidad de la acción contenciosa administrativa correspondiente, solo se exigirán para su reconocimiento y pago los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación. Las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud habilitadas. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá permitir que los documentos de soporte de los cobros o reclamaciones ante el Fosyga sean presentados a través de imágenes digitalizadas o de la tecnología que para tal efecto defina dicha entidad. (REPUBLICA C. D., MINSALUD, 2013)

Artículo 12. Seguimiento y control. Para efectos de control del uso adecuado de los recursos a que hace referencia la presente ley, se establece la obligación de reportar al Ministerio de Salud y Protección Social el plan de aplicación y ejecución de los recursos de que trata esta ley en los términos y condiciones que exija este Ministerio, quien a su vez reportará los informes de ejecución a los organismos de inspección, vigilancia y control del sector. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y hará seguimiento permanente para la ejecución correcta de los recursos contemplados en la presente ley. En el evento que se detecte el inadecuado uso de los recursos de que trata esta ley, la entidad competente deberá ordenar la suspensión en la ejecución de los mismos. Las entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, una vez recibidos los pagos o giros, deberán reflejar en su contabilidad las cuentas por cobrar y pagar debidamente conciliadas y depuradas, de acuerdo con los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad.” (REPUBLICA C. D., MINSALUD, 2013)

7.2.13 Decreto 064 del 2020 Por el cual se modifican los artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 y 2.1.3.17, y se adicionan los 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiad, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones.

Este decreto de enero del 2020, busca garantizar la afiliación en salud al 100% de los colombianos y población migrante del país de Venezuela.

Los aspectos que busca regular este decreto son:

- *Afiliación de oficio:* Afiliación inmediata para no afiliados o con novedad de terminación de inscripción, cuando demanden servicios de salud o al momento que sean focalizados por la entidad territorial
 - La persona que no se encuentre afiliada al SGSSS, puede afiliarse de oficio cuando, demande servicios ante una IPS o al momento de ser focalizada por la entidad territorial.

- Se podrán afiliar las personas que se encuentren en niveles I y II del SISBEN, población especial, personas que no se encuentren encuestadas al SISBEN temporalmente, y población en estado terminado, es decir retirado y desafiliado, en la BDUA
- Corresponde a la entidad territorial gestionar la aplicación de la encuesta SISBEN y verificar las condiciones para continuar como beneficiarios del régimen subsidiado de la población
- *Afiliación de recién nacidos:* afiliación de todo recién nacido y de sus padres no afiliados
- *Población especial:* migrantes venezolanos con PEPE vigente y sus hijos menores de edad con documento de identidad válido
- *Novedad de movilidad:* cuando el afiliado no haya cumplido con el deber de reportar esa novedad ante la EPS, esta puede reportarla directamente a la BDUA. (SOCIAL M. D., 2020)

Dentro de los aspectos más importantes de este decreto se encuentran:

- Cuando la afiliación de oficio se realiza a través del Sistema de Afiliación Transaccional a la EPS y a la entidad territorial les llega la novedad al día siguiente, a través del SFTP dispuesto.
- Las EPS NO PODRAN NEGAR LA INSCRIPCION a ninguna persona por razones de edad, estado previo, actual o potencial de salud y de utilización de servicios. Tampoco podrán colocar barreras para la afiliación y la prestación de servicios que requiera el afiliado
- La IPS DEBE GARANTIZAR LA PRESTACION DE SERVICIOS una vez sea registrada la filiación de oficio al Sistema de Afiliación Transaccional
- El documento de la persona a afiliar o inscribir debe de ser válido para su edad y condición. (SOCIAL M. D., 2020)

7.3 MARCO REFERENCIAL

7.3.1 Proceso Administrativo De Facturación En Una IPS De Primer Nivel

Es el proceso en la que intervienen personas jurídicas o naturales, que mediante una negociación se contrata un producto o servicio, valorizándolo con el objeto de monetizarlo, se activa en el momento que un usuario solicita un servicio, sigue con

su atención y finaliza con el egreso de la institución. (Superintendencia Nacional de Salud, 2014)

La facturación debe apoyarse en la norma y los servicios que se pactan en la contratación y acuerdo con la entidad responsable de pago y la institución. La contratación con pago por capitación fue regulada por la Ley 1438 de 2011, Menciona en el artículo 52 numeral 3: La contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, se deberá hacer con fundamento en indicadores y evaluación de resultados en salud. (Superintendencia Nacional de Salud, 2014)

Modalidades de las Contrataciones:

Pago por capitación: “Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se establece una suma por persona para la atención de la demanda de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud de baja complejidad, a un número determinado de personas, durante un periodo de tiempo definido”. Es el pago que reconoce el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) a cada EPS por la prestación de los servicios de salud que le brinda a cada usuario que requiere de atención en salud contenidos en el PBS (Plan de Beneficios en Salud), el monto del valor lo dan las empresas promotoras de salud anualmente como un valor fijo por cada afiliado, sea en el régimen contributivo o el régimen subsidiado, este valor depende de algunos factores como son, la edad, el género y la ubicación geográfica, además son ajustados a las cuotas moderadoras y copagos para garantizar una buena atención en la prestación de los servicios PBS. La UPC (Unidad de Pago por Capitación) varía según el régimen contributivo y subsidiado ya que para el régimen contributivo se tiene en cuenta la edad, sexo y la ubicación, también hacen parte las cuotas moderadoras y los copagos de los beneficiarios y con el régimen subsidiado solo se tiene en cuenta la ubicación geográfica y no se dan los cobros de las cuotas moderadoras y copagos. Entonces tendrá mejores ingresos si hay buen número de afiliados, pero no por la cantidad de atenciones que se realicen. Puede llevar a que se discriminen aquellos casos que requieran muchos servicios y se prefieran aquellos que demandan poca atención. Según la ley 1438 de 2011 Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación.

Pago por episodio de atención: “Modalidad de contratación y de pago mediante el cual se reconoce una suma fija por un conjunto de tecnologías en salud requeridas para la atención de una condición individual de salud durante un periodo de tiempo determinado, en el cual se delimita el inicio, el curso evolutivo y el final de la atención”.

Este método de pago se ajusta al número de aparición de la condición médica o enfermedad que padece el usuario, el número de incidencia de la población, se

ajusta también dependiendo la edad y la gravedad o complejidad que tenga y esto puede generar un recobro. El pagador solo se hace cargo del costo de las actividades que hacen parte del episodio. En este modelo de pago se pueden contratar varios actores como un conjunto integral para las atenciones en salud dependiendo de la condición que especialidad requiera y grupos relacionados con el diagnóstico y por ende del tratamiento que necesite, ya que se paga solo por el tiempo en que se presente la condición médica y se resuelva después de tratada.

Pago integral por grupo de riesgo: “Modelo de contratación y de pago mediante la cual se reconoce una suma fija por persona para cubrir un conjunto de tecnologías en salud requeridas para la atención integral de su condición de salud durante un periodo de tiempo establecido”. Este modelo de pago lo asume la aseguradora por mayor incidencia de enfermedades, si es un riesgo primario (riesgo de aseguramiento) y si es un riesgo técnico lo asume el prestador de servicios de salud que depende de la calidad y eficiencia para manejar el proceso en la atención de salud. Este pago se da en la atención de los grupos de riesgo, bien sea por episodios de atención o por periodos de un año como en pacientes con enfermedades crónicas; el valor de pago depende del riesgo del paciente, de que tan sano o enfermo se encuentre. Entonces la EPS recibirá mayores pagos si tiene pacientes más enfermos que sanos, ya que estos requieren de una atención más completa en salud. Estas EPS deciden qué servicios cubren al paciente y no se limitan a la prestación de servicios específicos como en el caso de pago por evento, que solo se autorizan algunos específicos por las EPS. El monto de este modelo de pago es concretado por los prestadores y aseguradores teniendo en cuenta los costos de las atenciones requeridas, teniendo en cuenta que se busca cuidar los recursos del sistema de salud y ofrecer buenos servicios.

Pago global prospectivo: “Es la suma global que se establece por anticipado para cubrir el gasto corriente de la IPS (Institución Prestadora de Servicios) durante un periodo de tiempo determinado (generalmente un año), para proveer un conjunto de servicios acordados entre la IPS y la EPS”. Se paga por un conjunto de episodios de atención y tecnologías que se le brinden al usuario esto acordado por el pagador y el prestador del servicio. En esta contratación se puede acordar los números de atenciones en salud y lo que se emplee ya sea mínima o máxima, que deban de prestarse con cargo al monto presupuestado.

Este modelo PGP (Pago Global Prospectivo) busca controlar el riesgo de las aseguradoras, mejorar el acceso a la salud, que el proceso de autorizaciones sea más simple igual que el de facturación, todo esto mejorando el impacto en la salud.

Pago por servicio: Es el modelo de pago en el cual se pacta una suma fija por cada servicio prestado, por cada insumo o factor de producción de acuerdo a precios definidos por las EPS. También se llama pago por evento. Se tiene un ingreso positivo con el aumento de pacientes atendidos, ya que así se pueden ofrecer más servicios, el costo del servicio también incrementa el beneficio de este modelo y no es relevante la prestación de servicios preventivos o de bajo costo

Proceso de facturación

- 1 Clasificación por tipo de afiliación al SGSSS y verificación de derechos de acuerdo a contratación y a la atención requerida:
 - a) **Población asegurada al régimen contributivo:** todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, los trabajadores independientes con capacidad de pago, las madres comunitarias y los aprendices en etapa lectiva y productiva. (Superintendencia Nacional de Salud, 2014)
 - b) **Población asegurada al régimen subsidiado:** las personas pobres y vulnerables del país, es decir, las clasificadas en los niveles 1 o 2 del Sisbén, siempre y cuando no estén afiliadas al régimen contributivo, especiales o de excepción, y las poblaciones especiales prioritarias, tales como personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección a testigos; indigentes y población gitana (Superintendencia Nacional de Salud, 2014)
 - c) **Población no asegurada en condiciones de pobreza o vinculados.** Población pobre-vinculada SISBEN 1-2-3 P Población pobre- vinculada sin clasificación del SISBEN Población pobre-vinculada usuaria de programas especiales: desplazados, IVA social. (Superintendencia Nacional de Salud, 2014)
 - d) **Población no asegurada con capacidad de pago:** Población particular o privada que se hace responsable por su atención. (Superintendencia Nacional de Salud, 2014)

2 Requerimientos de la factura

Información de la entidad o institución que expide la factura. Razón social; NIT, dirección, teléfono, fecha, número del consecutivo, Información del paciente, Descripción detallada de servicios prestados. (Jaramillo Diaz , 2016)

3 Cuentas médicas

Proceso enfocado a realizar una evaluación sistemática, continua e integral de las cuentas médicas, desde el punto de vista administrativo, financiero y de pertinencia médica, según la normatividad vigente y los parámetros contractuales definidos por las partes. (Jaramillo Diaz , 2016)

4 Soportes de la factura

Según el procedimiento ejecutado por el prestador, se debe anexar: Remisión, Referencia, Autorización de Servicios, fotocopia del carnet y cedula, epicrisis, RIPS, hojas de descripción de procedimientos, hojas de medicamentos, informe de procedimientos de apoyo diagnóstico como imagenología, laboratorios; entre otros. (Jaramillo Diaz , 2016)

Listado Estándar de soportes de las facturas para el mecanismo de pago por capitación:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Evidencia del cumplimiento de las metas de cobertura, resolutiveidad y Oportunidad definida en el acuerdo de voluntades. (Jaramillo Diaz , 2016)

Proceso de revisión a la factura

Aspectos técnico científicos historia clínica:

- Completa: entendida como la que refleja claramente el proceso de atención.
- Incompleta: aquella que no cumple con todos los parámetros de atención.
- Inadecuada: es la que presenta inconsistencias en la atención, incoherencia, no hay letra legible, y al final no deja llegar a un proceso claro de atención. (Jaramillo Diaz , 2016)

Aspectos de auditoría médica

- Admisión: Necesaria, De urgencia, Por remisión
- Estancia: Adecuada, Insuficiente, Excesiva
- Tratamiento: Adecuado, Inadecuado, Insuficiente, Excesivo, Inapropiado.

Apoyo de imagenología y laboratorio: Adecuados, Insuficientes, Excesivos; Inapropiados. (Jaramillo Diaz , 2016)

7.3.2 Tipos de auditoria a realizar en la IPS

- Auditoria Medica: Es 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. (Jaramillo Diaz , 2016)
- Auditoria 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. (Jaramillo Diaz , 2016)
- Auditoría de Cuentas Médicas: Es el proceso enfocado a realizar una evaluación sistemática, continua e integral de las cuentas médicas, desde el punto de vista administrativo, financiero y de pertinencia médica, según la normatividad vigente y los parámetros contractuales definidos por las partes. (Jaramillo Diaz , 2016)

- 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. (Jaramillo Díaz , 2016)
- 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. (Jaramillo Díaz , 2016)
- 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. (Jaramillo Díaz , 2016)
- Auditoría interna: Es aquella realizada por el personal que tiene dependencia laboral con la institución o empresa (hospital, EPS, ARS, Municipios). (Jaramillo Díaz , 2016)
- Auditoría externa: Es la efectuada por profesionales independientes de la empresa o entidad. (Jaramillo Díaz , 2016)

7.3.3 Glosas y tipos de glosas

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. (S.D, MINSALUD, 2009)

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. (S.D, MINSALUD, 2009)

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. (S.D, MINSALUD, 2009)

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. (S.D, MINSALUD, 2009)

Objetivo del manual único de glosas: 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. (S.D, MINSALUD, 2009)

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. (S.D, MINSALUD, 2009)

7.3.4 Protección Específica Y Detección Temprana.

Desde el año 2000 se habla de protección específica y detección temprana, en el marco normativo de la Resolución 00412 de 2000, con el desarrollo de la Política PAIS, la Ley Estatutaria en Salud, el Modelo Integral de atención en Salud y MAITE su concepto ha prevalecido, cambiando el modelo de abordaje y las intervenciones a realizar para su aplicación en la atención en salud. (Medeweb, S.D)

En el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), se establecen las Rutas Integrales de Atención en Salud, donde determinan las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales, para la ejecución de las acciones de protección específica y detección temprana, así mismo, exige una articulación de los diferentes actores del SGSSS. (Medeweb, S.D)

Protección Específica: Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de las personas frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad. Artículo 6. Resolución 412 de 2000. (Medeweb, S.D)

Programas de protección específica (Resolución 3280 de 2018)

- a) Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.
- b) Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- c) Atención en salud bucal
- d) Atención para la planificación familiar y la anticoncepción
- e) Atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna (Medeweb, S.D)

Detección Temprana: Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. Artículo 7. Resolución 412 de 2000 (Medeweb, S.D)

Detección temprana (Resolución 3280 de 2018)

- a) Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- b) Atención en salud bucal
- c) Detección temprana de cáncer de colon y recto
- d) Detección temprana de cáncer de mama
- e) Detección temprana de cáncer de cuello uterino
- f) Detección temprana de cáncer de próstata (Medeweb, S.D)

7.3.5 Responsabilidades De Los Actores Del SGSSS

Para la implementación de las actividades de protección específica y detección temprana, dentro del actual modelo de salud "MIAS/MAITE", los diferentes actores del sistema deben coordinar acciones para lograr los resultados en salud esperados, en cumplimiento de las Rutas de Atención Integral. A continuación, se describen las algunas funciones de los actores del sistema:

1. Entidades territoriales departamentales, distritales y municipales

- a) Realizar el análisis de situación de salud de la población, que además de lo definido en la normatividad vigente.
- b) Establecer de manera conjunta con los integrantes del sector salud, los sectores públicos, privado y las organizaciones sociales o comunitarias los mecanismos, acuerdos y alianzas.
- c) Establecer espacios únicos de coordinación y mecanismos organizados para la gestión integral e integrada con los profesionales de las áreas técnicas con capacidad de toma de decisiones designados por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción y los Regímenes Especiales.
- d) Incluir en los respectivos instrumentos de planeación los resultados, estrategias, programas y proyectos requeridos para lograr la atención integral en salud.
- e) Evaluar en el marco de sus competencias, los resultados en salud en las personas, familias y las comunidades conforme a lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud, planes y acuerdos suscritos a nivel departamental para la adaptación e implementación progresiva de las mismas o acuerdos operativos suscritos entre las partes.
- f) Realizar el análisis de situación de salud de la población que permita identificar las poblaciones y sus características, definir atenciones complementarias de las Rutas y su adecuación sociocultural.

- g) Identificar las poblaciones y los entornos a abordar a partir de los resultados en salud y de las prioridades del territorio
- h) Definir por entorno las intervenciones colectivas complementarias a las intervenciones individuales
- i) Analizar la disponibilidad, suficiencia y completitud de servicios y las tecnologías
- j) Evaluar en el marco de sus competencias, los resultados en salud en las personas, familias (Medeweb, S.D)

2. Entidades promotoras de salud, Entidades que administran los regímenes de excepción o especiales y entidades obligadas a compensar

- a) Realizar la caracterización de su población afiliada
- b) Identificar las necesidades de adecuación sociocultural de los servicios en salud para la atención de la población a su cargo
- c) Definir la red de prestación de servicios, la adecuación de las atenciones en salud, las modalidades de prestación y los mecanismos o estrategias de gestión requeridos para garantizar la atención integral
- d) Garantizar la prestación de los procedimientos contemplados en las Rutas Integrales de Atención en Salud a cargo del componente primario,
- e) Definir, implementar, monitorear y evaluar los mecanismos de referencia y contrareferencia y de coordinación entre los prestadores que garanticen la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la prestación de las atenciones dispuestas en las Rutas Integrales de Atención en Salud;
- f) Participar en los espacios o escenarios de coordinación para la operación, monitoreo y evaluación de las Rutas
- g) Garantizar que los usuarios canalizados por la Entidad Territorial tengan acceso a las atenciones individuales dispuestas en las Rutas
- h) Gestionar la disponibilidad y competencia del talento humano requerido para la operación de las Rutas
- i) Evaluar los resultados en salud en las personas, familias y las comunidades conforme a lo establecido en las Rutas
- j) Establecer las cohortes respectivas de la población a su cargo, a fin de favorecer su seguimiento individual, la gestión del riesgo y la garantía de la prestación de las atenciones dispuestas en la RIAMPS y RAIMP (Medeweb, S.D)

3. Prestadores de servicios de salud

- a) Participar en los espacios de coordinación convocados por las Entidades promotoras de salud para la implementación de las Rutas de Integrales de Atención en Salud.
- b) Conocer la situación de salud de las personas y familias a su cargo,

- c) Garantizar la prestación de servicios contratados en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud,
- d) Realizar las adaptaciones y adecuaciones de los servicios y las modalidades de prestación, requeridos para garantizar las Rutas
- e) Cumplir los mecanismos de referencia y contrarreferencia y de coordinación entre los prestadores establecidos por las Entidades Promotoras de Salud, Entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, entidades obligadas a compensar.
- f) Desarrollar las capacidades y suficiencia de talento humano, los procesos organizacionales y disposición de los recursos físicos o tecnológicos requeridos para
- g) Suministrar la información requerida para monitorear y evaluar la atención integral en salud en el marco de lo establecido en las RIAS y los resultados esperados de la prestación de las atenciones,
- h) Evaluar los resultados en salud en las personas, familias y las comunidades (Medeweb, S.D)

7.3.6 Promoción De La Salud y Prevención De La Enfermedad

La promoción y la prevención tienen un lugar importante en léxico sanitario pese a que se le relega a un segundo lugar y se les confunde en su accionar a la hora de pensar en la política de salud y en la dinámica del sector. (Eslava, 2002)

La Prevención de la Salud está en función de evitar la aparición de enfermedades y controlar los factores de riesgo que favorecen el surgimiento de patologías. Adquirió una importancia en la formulación de políticas y en la orientación de las actividades sanitarias. Inicialmente de un pensamiento bacteriológico y la epidemiología unicausal, su paradigma fue el ataque contra las enfermedades infecciosas y carenciales. Ante las nuevas realidades del enfermar de las poblaciones surgieron enfoques multicausales que intentaron ofrecer un mayor poder analítico para entender la causalidad de los procesos patológicos, así como para orientar de manera más idónea las estrategias terapéuticas y profilácticas. En esta construcción de modelos más complejos para entender la enfermedad, se desarrollaron las ideas de las redes causales, los determinantes multifactoriales y, en últimas, la epidemiología de los factores de riesgo. Con base en estos esquemas, se estableció una lógica para abordar la acción de política en salud la cual se centra en la enfermedad, en la medida en que intenta enfrentar las causas de la enfermedad o las condiciones de posibilidad de los procesos patológicos. Las transformaciones en el conocimiento epidemiológico impactaron el campo de la política y generaron un marco lógico que sirve para orientar la política de salud. La acción Preventiva tiene como primer escalón la identificación del problema, definido como la enfermedad (o discapacidad) que se busca controlar; en segundo lugar, se busca establecer la causa de dicha enfermedad, asumida como una combinatoria de factores de riesgo asociados a la enfermedad; en tercer lugar, se piensa en las

intervenciones a efectuar para controlar la enfermedad y por último se diseña la manera de implementar estas acciones. (Eslava C., 2002)

La Promoción de la Salud se configuró como una alternativa para la acción en salud a partir de la segunda mitad del siglo XX, con el apoyo e impulso de la OMS, adquirió la categoría de política de salud pública a nivel internacional. El sentido en que hoy entendemos la Promoción de la salud deriva más directamente de los desarrollos conceptuales y prácticos de los años 70 y 80 del siglo XX. La Promoción de la salud ha ido construyendo una nueva manera de entender la salud que intenta superar la imagen negativa que la asume como lo opuesto a la enfermedad. A partir de la clásica definición de salud de la OMS de salud y enfermedad ha buscado nuevas maneras de abordar la salud como realidad propia, como vivencia de bienestar y como resultante de una compleja interacción de determinantes biológicos y sociales. La Promoción de la Salud ha propiciado el giro de la acción sanitaria de la enfermedad a la salud y ha intentado darle concreción y «materialidad» a esta última. La promoción de la salud procura formular objetivos de satisfacción (o satisfactores) a alcanzar, busca identificar las condiciones necesarias para alcanzar estos objetivos (o satisfactores) y se pregunta por el qué hacer para lograr estos objetivos y cómo hacerlo. (Eslava C., 2002)

La base de las acciones para la Promoción de la Salud es la identificación de situaciones sanitarias deseables que, por lo pronto, bien pueden ser pensadas como ideales colectivos de buen vivir a lograr o satisfactores necesarios para vivir una vida adecuada con las máximas posibilidades del momento. (Eslava C., 2002)

La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad en el modelo de la atención en Colombia

La separación entre las acciones individuales y colectivas, organizadas en la lógica de paquetes de beneficios; el gran peso asistencial-curativo que aún tiene el sistema sanitario, la confusión generada por el nombre y el papel de las EPS y la concepción eminentemente preventivista de las acciones desarrolladas tanto en el POS como en el PAB, han impedido que se desarrolle una política de salud realmente integral donde se asuma, de manera complementaria, la especificidad de la Promoción y Prevención. Con la implementación de la Ley 100 de 1993 se transformó profundamente la configuración del sistema de salud estableciéndose el aseguramiento como esquema fundamental, dejando de lado los subsidios a la oferta y desplazándolos a la demanda y concentrándose en garantizar una competencia de mercado entre prestadores de servicios (IPS) y administradoras. Así se separó en dos grandes categorías los servicios sanitarios: los servicios de salud pública y los servicios de beneficio individual y con base en esta separación se organizaron dos paquetes de beneficios conocidos como PAB y POS. El primero asumido como el Plan de Atención Básica que organiza acciones de promoción, prevención, vigilancia de la salud pública y control de factores de riesgo dirigidas a la colectividad. Como asunto público, dichas acciones deben ajustarse a las particularidades de cada territorialidad y se adelantan con carácter gratuito,

obligatorio, de cobertura universal y complementaria a las acciones que adelantan los otros planes de salud y otros sectores. La separación entre paquetes de beneficio se desarticula la integralidad de la acción sanitaria en la medida en que se fragmenta a la población y se rompe la base territorial y comunitaria que posibilitaría hacer más eficaz la labor en salud pública al mismo tiempo que se relega la acción de Prevención en el PAB y el POS se desentiende de este componente. La filosofía de la reforma sanitaria tiene un gran interés de atención en el componente curativo-asistencial, el cual sigue tomando la mayor cantidad de los recursos. (Eslava C., 2002)

Los dineros del Sistema han sido utilizados para desarrollar infraestructura asistencial, fortalecer la demanda de servicios asistenciales y pagar los altos costos del mercado farmacéutico. Las actividades asistenciales siguen siendo más rentables y, por eso mismo, más añoradas que las actividades de promoción y prevención. La Resolución 412 de 2000 está restringida al enfoque preventivo. El mismo nombre de la Resolución ya lleva plasmado su énfasis. Lo que se intenta es reforzar el trabajo en protección específica y detección temprana, es decir, reforzar la típica acción preventiva (tanto primaria como secundaria). Es la enfermedad la que organiza la lógica de la acción de protección y detección y, por tanto, la lógica de la Prevención está implícita en toda la reglamentación. (Eslava C., 2002)

7.4 GLOSARIO

- **Estrategia.** Son actuación sobre problemas de salud que bien por su elevada prevalencia requieren un abordaje integral, que tenga en cuenta todos los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria, así como la coordinación.
- **Empresa Social del Estado (ESE).** Son entidades públicas descentralizadas, de categorías especial, con autonomía creada por unas leyes, los servicios de salud que prestan los financia en su totalidad el estado, pueden ser de carácter nacional e internacional, y se financian con los recursos que son destinados para salud a nivel nacional. En cuanto a la organización del sistema general de salud en sus dos estructura pública y privados.
- **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 del servicio de salud.
- **Investigación:** Es un **proceso intelectual y experimental** que comprende un conjunto de métodos aplicados de modo sistemático, con la **finalidad de indagar sobre un asunto o tema**, así como de ampliar o desarrollar su conocimiento, sea este de interés científico, humanístico, social o tecnológico.
- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).** Las instituciones prestan servicios en los diferentes niveles de atención, a grupos poblaciones los cuales tienen establecidos convenios con sus EPS. Con autonomía

administrativa y financiera, calidad y eficiencia. Con los recursos tecnológicos que demanda la prestación de los servicios, donde se puede establecer convenios al mismo tiempo con otras instituciones formando redes, que estas pueden ser de carácter privado o público que buscan satisfacer las necesidades de salud de los individuos.

- **MAITE.** La Resolución 2626 de 2019 adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, modifica la Política de Atención Integral en Salud — PAIS, y se convierte en el nuevo norte conceptual para la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en Colombia.
- **Movilidad,** es un mecanismo que permite a los afiliados continuar inscritos en la misma EPS, así: - Si está afiliado al Régimen Subsidiado y consigue empleo puede permanecer en la misma EPS con su núcleo familiar, para lo cual, debe informar a su empleador y éste, reportar a la EPS la novedad de movilidad si está afiliado al régimen contributivo y pierde su capacidad de pago y se encuentra en el nivel I,II .del SISBEN puede permanecer en la misma EPS con su núcleo familiar, para lo cual , deberá reportar a la EPS la novedad.
- **Proceso.** Es una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr algún resultado específico. Los procesos son mecanismos de comportamiento que diseñan los hombres para mejorar la productividad de algo, para establecer un orden o eliminar algún tipo de problema. El concepto puede emplearse en una amplia variedad de contextos.
- **Protección temprana y detección específica.** Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que buscan identificar posibles casos de una enfermedad o alteraciones del estado de salud en las personas. (SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD , 2014)
- **RIPS.** Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, se define Como el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación control y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la resolución 3374 de 2000 (las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de los profesionales independientes, o de los grupos de práctica profesional, las entidades administradoras de planes de beneficios y los organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS.)

8 DISEÑO METODOLÓGICO

Ésta investigación se realiza bajo un análisis inicial que permita identificar las principales causas de las glosas presentadas en la institución durante el año 2019, estableciendo como puntos principales análisis integral del proceso de la prestación de servicios de protección específica y detección temprana, análisis comparativo con otras IPS e investigación en conjunto con los usuarios internos. El análisis de estos procesos brinda información importante sobre el sistema financiero del hospital y cómo los distintos actores contribuyen a mejorar los procesos para disminuir el número de glosas.

8.1 Enfoque y Tipo de estudio:

El enfoque de este estudio es mixto.

El enfoque cualitativo se aborda desde el objetivo general, el cual busca identificar estrategias que disminuyan la cantidad de glosas relacionadas con actividades de detección temprana y protección específica, las cuales se puedan aplicar en el marco normativo de la Resolución 3280 del 2018, Rutas Integrales de Atención en Salud. En relación al enfoque cuantitativo se busca identificar el número de glosas y sus variables en el año 2019 relacionadas con actividades de detección temprana y protección específica.

Para la realización del estudio se tomó la información del año 2019 relacionada con el número de glosas presentadas, concernientes a las actividades de detección temprana y protección específica, se analizaron diferentes variables para la identificación de estrategias que disminuyan la cantidad de dichas glosas y se puedan aplicar en el marco normativo de la Resolución 3280 del 2018, Rutas Integrales de Atención en Salud, por esto se considera que el estudio es transversal retrospectivo analítico.

8.2 Población

A continuación, se relaciona el talento humano con en el que cuenta la E.S.E.

Tabla 14. Relación de talento humano del Hospital Santa Lucia E.S.E durante la vigencia 2019

Cargo	Número de empleados
Gerencia	
Gerente	1
Área calidad	
Técnico en Auxiliar de Enfermería	5
Profesionales en Medicina de SSO	2
Profesionales en Bacteriología de SSO	1
Profesionales en Enfermería SSO	1

Profesional en Odontología SSO	1
Asesora de Calida	1
Área financiera	
Auxiliar administrativo	4
Apoyo al área de facturación	1
Contador	1
Área administrativa	
Auxiliar administrativo	4
Auxiliar de farmacia	1
Conductor	3
Orientador al usuario	4
Gestión documental	1
Ingeniero de sistemas	1
Profesional en la actualización de inventarios	1
Asignador de citas y administrador del sistema	1
Auxiliar de recurso humano	1
Ingeniero biomédico	1
Auxiliar de facturación	2
Área asistencial	
Auxiliar de enfermería	2
Auxiliar de servicios generales	1
Médico general	1

Fuente: Propia

En relación al talento humano, del Hospital Santa Lucia E.S.E, para la vigencia del año 2019, contó con 1 gerente; en el área de calidad 11 personas entre profesionales y técnicos; en el área financiera 6 personas, en el área administrativa 20 personas, y en el área asistencial 4. El personal se encuentra comprendido entre profesionales, profesionales SSO, auxiliares, técnicos y bachilleres, para un total de 42 personas.

8.2.1 Criterios de inclusión:

- Personal asociado al proceso de facturación
- Personal asociado al proceso de cartera
- Personal asistencial que labora en los programas de detección temprana y protección específica
- Personal del área financiera
- Personal del área de calidad
- Gerente

8.2.3 Criterios de exclusión

- Ninguno

8.3 Caracterización de variables

UNIDAD DE ANALISIS	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Glosas	EPS/Aseguradora	Entidad prestadora de salud que presta sus servicios de afiliación a la población Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) son empresas que brindan servicios de salud privada a los trabajadores que están afiliados a ellas, y complementan la cobertura que brinda Es Salud	Entidad prestadora de salud que presta sus servicios de afiliación a la población del municipio de Roncesvalles, la cual glosa una actividad de la IPS	Cuantitativa	Nominal	La EPS que glosa la actividad de la IPS será presentada a través de porcentajes de acuerdo a la categoría establecida.

	Valor Factura	Precio monetario por la cual una actividad es cobrada por parte de la IPS a la EPS	Valor monetario cobrado por la IPS a la EPS, por sus servicios brindados a la población	Cuantitativa	Nominal	El valor de la factura de la IPS será presentado en cifras.
	Valor Glosa	Precio monetario de 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.	Valor monetario de una no conformidad que afecta de forma parcial o total el valor de la factura enviada por la IPS a la EPS.	Cuantitativa	Nominal	El valor de la glosa será presentada en cifras

	Motivo Glosa	Razón de la no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud.	Motivo de la no conformidad por la cual la EPS glosa la factura enviada por la IPS	Cualitativa	Nominal	El motivo de la no conformidad será presentado a través de la clasificación establecida.
	Respuesta IPS	Respuesta que da la institución a la no conformidad enviada por la EPS.	Respuesta de la IPS a la EPS por la actividad glosada.	Cualitativa	Nominal	La respuesta de la IPS a la actividad glosada será presentada a través de la clasificación establecida.
Proceso integral en la prestación de servicios de programas de detección temprana y protección específica	Tipo de colaborador	Personal vinculado al proceso de prestación de servicios de programas de detección temprana y protección específica	Personal que labora en la IPS que tenga relación con el proceso en la prestación de programas de detección temprana y protección específica, el cual será clasificado: - Tipo de	Cuantitativa	Nominal	El número de talento humano de la IPS vinculado al proceso de prestación de servicios de programas de detección temprana y protección específica será presentada a través de

			colaborador (asistencial o administrativo) Información recolectada por medio de una encuesta			porcentajes de acuerdo a las categorías establecidas
	Servicio o área en el que se encuentra asignado	Servicio o área en el que el personal se encuentra asignado	Servicio o área en el que se encuentra el personal de la IPS que será encuestado, el cual será clasificado: - Servicio o área Información recolectada por medio de una encuesta	Cuantitativa	Nominal	El número de talento humano de la IPS vinculado al proceso de prestación de servicios de programas de detección temprana y protección específica será presentada a través de porcentajes de acuerdo a las categorías establecidas

	<p>Conocimiento de la definición de detección temprana y protección específica</p>	<p>Detección temprana. es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. Protección específica. es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones</p>	<p>Definición de detección temprana y protección específica solicitada en una pregunta abierta, para evaluar su conocimiento general; la cual será clasificada en:</p> <p>a. Tiene conocimiento</p> <p>b. No tiene conocimiento</p> <p>Información recolectada por medio de una encuesta</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Razón</p>	<p>El conocimiento de la definición de detección temprana y protección específica será presentada a través de porcentajes de acuerdo a las categorías establecidas.</p>
--	--	--	--	--------------------	--------------	---

		tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.				
--	--	---	--	--	--	--

	<p>Conocimiento de la resolución que establece los lineamientos de detección temprana y protección específica</p>	<p>Adherencia, aplicación y comprensión de la Resolución 412 del 2000 que establece los lineamientos de detección temprana y protección específica</p>	<p>Conocimiento del personal de la resolución que establece los lineamientos de detección temprana y protección específica, la cual será clasificada con una pregunta cerrada de opción múltiple: Cual es la resolución que establece los lineamientos de detección temprana y protección específica? a. resolución 3384 de 2000 b. resolución 3374 de 2000 c. resolución 4505 de 2012 d. resolución 412 del 2000</p> <p>Información</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El conocimiento de la resolución 412 del 2000 será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta</p>
--	---	--	---	--------------------	----------------	--

			recolectada por medio de una encuesta			
--	--	--	---	--	--	--

	<p>Conocimiento de los servicio en el cual se genera más glosas en una IPS</p>	<p>Comprensión del servicio en el cual se generan más glosas en la IPS, es el servicio de promoción y prevención.</p>	<p>Conocimiento del personal del servicio en el cual se generan más glosas en la IPS, la cual se medirá con una pregunta cerrada de opción múltiple: ¿En qué servicio de una institución de I nivel, cree usted que se generan mas glosas? a. Hospitalización b. Urgencias c. Consulta externa d. Promoción y prevención e. Laboratorio Información recolectada por medio de una encuesta</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El conocimiento del servicio en el cual se genera más glosas en una IPS será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta</p>
--	--	---	--	--------------------	----------------	--

	<p>Conocimiento de la definición de demanda inducida efectiva</p>	<p>Comprensión de la definición de demanda inducida efectiva como la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios y que éstos sean utilizados finalmente por el usuario</p>	<p>Conocimiento de la definición de demanda inducida efectiva por parte del personal de la IPS, la cual se medirá con una pregunta cerrada de opción múltiple: Defina demanda inducida efectiva: a. La acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios y que éstos sean utilizados finalmente por el usuario b. Conjunto de establecimientos y programas de salud al servicio de la población c. Acción de orientar a la</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El conocimiento de los profesionales de la IPS de la definición de demanda inducida efectiva será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta</p>
--	---	--	--	--------------------	----------------	---

			<p>población a la adherencia de hábitos básicos para la promoción y defensa de la salud individual y colectiva</p> <p>Información recolectada por medio de una encuesta</p>			
--	--	--	---	--	--	--

	<p>Conocimiento de los programas que hacen parte de detección temprana y proteccion especifica</p>	<p>Conocimiento de los programas de una IPS que hacen parte de detección temprana y proteccion especifica brindados en el servicio de promoción y prevención</p>	<p>Conocimiento del personal de los programas que hacen parte de detección temprana y proteccion especifica, el cual se medirá con una pregunta cerrada de opción múltiple: ¿De los siguientes, cuales no son programas que hacen parte de la atención de detección temprana y proteccion especifica? a. Agudeza visual b. Pediatría c. Planificación familiar e. Vacunación f. Atención del joven g. Atención del</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El conocimiento de los programas que hacen parte de detección temprana y proteccion especifica será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta</p>
--	--	--	--	--------------------	----------------	---

			recién nacido h. Ginecoobstetricia i. Control prenatal j. Curso de preparación para la maternidad y paternidad segura Información recolectada por medio de una encuesta			
--	--	--	--	--	--	--

	<p>Conocimiento de las edades en las que se realiza medición de la agudeza visual</p>	<p>Entendimiento de las edades en las que se evalúa la capacidad del sistema visual para detectar y discriminar detalles de un objeto.</p>	<p>Conocimiento del personal de las edades establecidas para la toma de la agudeza visual, el cual se media con una pregunta cerrada de opción múltiple: En que edades se realiza la medición de la agudeza visual: a. 16,11,56,4 años b. 65,4,16,7,50 años c. 16,55,80,11,4 años d. 4,11,16,45 años Información recolectada por medio de una encuesta</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El conocimiento del personal de las edades establecidas para la toma de la agudeza visual será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta</p>
--	---	--	--	--------------------	----------------	--

	<p>Conocimiento de la edad establecida para el inicio de la toma de la CCU en el programa de CA de cuello uterino</p>	<p>Conocimiento de la edad establecida para el inicio de la realización del examen que se realiza a las mujeres donde se toma una pequeña muestra de tejido del cuello del útero para ser examinado en el laboratorio, con el fin de detectar células anormales que ocasionan cáncer de cuello uterino</p>	<p>Conocimiento del personal de la edad establecida para la toma de la CCU, el cual se evaluará con una pregunta cerrada de opción múltiple: Desde qué edad está establecido la toma de la CCU? a. 18 años b. 15 años c. Al inicio de la vida sexual d. 80 años</p> <p>Información recolectada por medio de una encuesta</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El conocimiento del personal de la edad establecida para el inicio de la toma de la CCU será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta.</p>
--	---	--	--	--------------------	----------------	---

	<p>Conocimiento del rango de edad para pertenecer al programa de alteraciones y desarrollo del joven</p>	<p>Comprensión del rango de edad establecido para pertenecer al programa de atención del joven</p>	<p>Cocimiento de los profesionales de la IPS, del rango de edad establecido para pertenecer al programa de atención del joven, el cual se evaluara con una pregunta cerrada de opción múltiple: Cuál es el rango de edad para pertenecer al programa del joven? a. de 10 a 24 b. de 10 a 29 c. de 10 a 27 d. de 11 a 29 Información recolectada por medio de una encuesta.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Intervalo</p>	<p>El conocimiento del rango de edad para pertenecer al programa del joven por parte del personal de la IPS vinculada al proceso, será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta.</p>
--	--	--	--	--------------------	------------------	--

	<p>Conocimiento para el direccionamiento del usuario a los programas</p>	<p>Capacidad de direccionar usuarios a los programas de detección temprana y protección específica según su género, edad y condición.</p>	<p>La capacidad del personal de la IPS para dirección a usuarios nuevos a los programas de detección temprana y protección específica se medirá con una pregunta cerrada de opción múltiple: Paciente de 25 años Mujer que por primera vez asiste a la institución a pedir servicios de salud a que área o áreas se puede remitir (Seleccionar una o varias Respuesta) a. Consulta Urgencias, Imagenología b. Joven, Citología</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>La capacidad de direccionar usuarios a los programas de detección temprana y protección específica según su género, edad y condición, será presentado de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta</p>
--	--	---	--	--------------------	----------------	--

			<p>c. Consulta externa, Trabajo Social</p> <p>d. Planificación Familiar, Salud Oral</p> <p>e. Examen clínico de mama, control prenatal</p> <p>Información recolectada por medio de una encuesta.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

	<p>Conocimiento de los paraclínicos que se deben ordenar en el programa de alteraciones del adulto.</p>	<p>Adherencia a la norma técnica del programa de alteraciones del adulto, en relación al envío de paraclínicos establecidos.</p>	<p>Conocimiento de personal de la IPS, de los paraclínicos que se deben ordenar en el programa de alteraciones del adulto, el cual se evaluará con una pregunta cerrada de opción múltiple: Paciente masculino de 55 años, que asiste a consulta del adulto, que laboratorios se ordenan? a. Creatinina, glucosa en suero, parcial de orina b. Serología, VIH, antígeno prostático c. Perfil lipídico, BUN, creatinina d. Perfil lipídico e. a y b son ciertas</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El conocimiento de los profesionales de la IPS en relación a los paraclínicos que se deben ordenar en el programa de alteraciones del adulto será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta.</p>
--	---	--	--	--------------------	----------------	--

			f. a y d son ciertas g. d y c son ciertas Información recolectada por medio de una encuesta.			
--	--	--	---	--	--	--

	<p>Conocimiento del programa de alteraciones del embarazo</p>	<p>Adherencia a la norma técnica del programa de alteraciones del embarazo.</p>	<p>Conocimiento del personal de la IPS, de la norma técnica de alteraciones del embarazo, el cual se medirá con una pregunta cerrada de opción múltiple: ¿Con qué frecuencia y con qué profesional, debe ser valorada una gestante de alto riesgo de 20 semanas de gestación? a. Pediatra cada 15 días b. Urgencias cada 8 días c. Ginecoobstetricia cada 30 días d. Médico general cada 30 días Información recolectada por</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El conocimiento de los profesionales de la IPS en relación a la norma técnica de alteraciones del embarazo será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta.</p>
--	---	---	--	--------------------	----------------	--

			medio de una encuesta.			
--	--	--	------------------------	--	--	--

	<p>Conocimiento del programa de alteraciones del embarazo en relación a los paraclínicos que se deben ordenar en el primer control prenatal</p>	<p>Adherencia a la norma técnica del programa de alteraciones del embarazo en relación a la solicitud de exámenes paraclínicos establecidos para el primer control prenatal</p>	<p>Conocimiento del personal de a IPS de la norma técnica de alteraciones del embarazo en relación a la solicitud de paraclínicos para el primer control prenatal, el cual se medirá con una pregunta cerrada de opción múltiple: Cuáles son los exámenes obligatorios a ordenar en el primer control prenatal? (Seleccionar una o varias Respuesta) a. Hemograma y hemoclasificación b. Curva de tolerancia (Glucosa) c. Serología,</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El conocimiento de los profesionales de la IPS de la norma técnica de alteraciones del embarazo en relación a la solicitud de exámenes paraclínicos establecidos para el primer control prenatal será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta.</p>
--	---	---	---	--------------------	----------------	--

			<p>Elisa para VIH y Haga d. Ecografía de detalle anatómico c. Uroanálisis, frotis de flujo vaginal y CCU e. Perfil lipídico, BUN y creatinina f. Glicemia y ecografía Obstétrica g. Todas las anteriores Información recolectada por medio de una encuesta.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

	<p>Conocimiento del programa ampliado de inmunización PAI</p>	<p>Adherencia a la norma técnica del programa PAI establecido.</p>	<p>Conocimiento del personal de la IPS del programa ampliado de inmunización PAI, el cual se medirá con una pregunta cerrada de opción múltiple: Cuál es el esquema de vacunación para el 1 año de edad? a. VOP, HB, BCG b. SRP y FA c. Pentavalente y VOP e. Influenza g. SRP y pentavalente Información recolectada por medio de una encuesta.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El conocimiento de los profesionales de la IPS de la norma técnica del PAI será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta.</p>
--	---	--	---	--------------------	----------------	--

	<p>Conocimiento del programa de atención preventiva en salud oral</p>	<p>Adherencia a la norma técnica del programa de atención preventiva en salud oral</p>	<p>Conocimiento del personal de la IPS en relación al programa de atención preventiva en salud oral, el cual se medirá con una pregunta cerrada de opción múltiple: Qué actividad de salud oral se realiza en niños y niñas de 3 a 15 años?</p> <p>a. Aplicación de sellantes b. Exodoncia c. Endodoncia e. Control de placa bacteriana</p> <p>Información recolectada por medio de una encuesta.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El conocimiento de los profesionales de la IPS en relación al programa de atención preventiva en salud oral será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta.</p>
--	---	--	--	--------------------	----------------	---

	Conocimiento de la resolución 3047 del 2008	Conocimiento de la resolución que define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios	Conocimiento del personal de la IPS de la resolución 3047 del 2008, la cual se medirá con una pregunta cerrada de opción múltiple: Cuál es la resolución por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deben ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios? a. 3047 de 2008 b. 227 del 2020 c. ley 100 Información	Cualitativa	Nominal	El conocimiento de los profesionales de la IPS de la resolución 3047 del 2008 será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta.
--	---	--	--	-------------	---------	--

			recolectada por medio de una encuesta.			
--	--	--	--	--	--	--

	<p>Conocimiento de la definición de glosa</p>	<p>Comprensión de que glosa se define como una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud</p>	<p>Conocimiento del personal de la IPS de la definición de glosa, a cual se medirá con una pregunta cerrada de opción múltiple: Que es una glosa: a. Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud b. Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud c. Respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El conocimiento de los profesionales de la IPS en relación a la definición de glosa será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta.</p>
--	---	---	---	--------------------	----------------	---

			devolución generada por la entidad responsable del pago. Información recolectada por medio de una encuesta.			
--	--	--	--	--	--	--

	<p>Conocimiento de la clasificación de las glosas</p>	<p>Las glosas se clasificaban en: facturación, tarifas, soportes, pertinencia, devoluciones, autorización y cobertura</p>	<p>Conocimiento del personal de la IPS de la clasificación de las glosas, la cual se medirá con una pregunta cerrada de opción múltiple: Cuál es la clasificación de las glosas? a. Facturación, tarifas, soportes b. Pertinencia, devoluciones c. Autorización, cobertura d. Todas las anteriores e. Ninguna de las anteriores</p> <p>Información recolectada por medio de una encuesta.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El conocimiento de los profesionales de la IPS en relación a la clasificación de las glosas será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las respuestas evidenciadas en la encuesta.</p>
--	---	---	---	--------------------	----------------	---

<p>Estrategias para mitigar las pérdidas relacionadas con las pérdidas generadas por la prestación de los servicios de protección específica y detección temprana.</p>	<p>Impacto de las estrategias de IEC realizadas por la IPS</p>	<p>Eficacia de las capacitaciones realizadas en la IPS al personal interno, en relación a los programas de detección temprana y protección específica, con el fin de mejorar el desempeño de los mismos.</p>	<p>La evaluación del resultado de las capacitaciones realizadas por la IPS al personal interno en relación a los programas de detección temprana y protección específica se medirá con una pregunta abierta: Las capacitaciones que ha recibido por parte de la IPS, relacionadas con detección temprana y protección específica han llevado a mejorar su desempeño en sus actividades? ¿SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Por qué?</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>El impacto de las capacitaciones realizadas en la IPS al personal interno, en relación a los programas de detección temprana y protección específica será presentado de acuerdo al análisis que se realice a las respuestas evidenciadas en la encuesta</p>
--	--	--	---	--------------------	----------------	--

	Estrategias para aumentar la demanda de los programas de detección temprana y protección específica relacionados con salud sexual y reproductiva	Estrategias que disminuyan la exclusión de los programas de detección temprana y protección específica, relacionados con salud sexual y reproductiva, por parte de la población.	Las estrategias que se implementarían para disminuir el estigma de la población hacia los programas relacionados con salud sexual y reproductiva se indagaran por medio de una pregunta abierta: Que estrategias utilizaría usted para desestigmatizar los programas de detección temprana y protección específica relacionados con salud sexual y reproductiva?	Cualitativa	Nominal	Las estrategias que se implementarían para disminuir el estigma de la población hacia los programas relacionados con salud sexual y reproductiva se presentaran de acuerdo al análisis que se realice a las respuestas evidenciadas en la encuesta.
--	--	--	--	-------------	---------	---

	Estrategias para disminuir las brechas geográficas entre la población y los servicios de detección temprana y protección específica	Actividades y planes que se logren ser aplicadas para que la población con barreras geográficas, pueda acceder a los servicios de detección temprana y protección específica	Las estrategias para disminuir barreras geográficas entre la población y los programas de detección temprana y protección específica, se indagaran con una pregunta abierta: Que actividades implementaría para llevar los programas de detección temprana y protección específica a la población que presenta dificultades de accesibilidad?	Cualitativa	Nominal	Las estrategias que se logren ser aplicadas para que la población con barreras geográficas, pueda acceder a los servicios de detección temprana y protección específica, se presentaran de acuerdo al análisis que se realice a las respuestas evidenciadas en la encuesta.
--	---	--	--	-------------	---------	---

	<p>Experiencia previa del personal de la IPS en programas de detección temprana y protección específica</p>	<p>Experiencia previa del personal de la IPS relacionado con la prestación de servicios de programas de detección temprana y protección específica</p>	<p>La experiencia del personal de la IPS, en relación a los programas de detección temprana y protección específica se medirá con una pregunta cerrada de única respuesta: Usted ha laborado en otra institución prestadora de salud de I nivel de atención? SI _____ NO _____ Si respuesta es afirmativa responda la 22 y 23.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Razón</p>	<p>La experiencia previa del personal de la IPS relacionado con la prestación de servicios de programas de detección temprana y protección específica, se presentarán de acuerdo al análisis que se realice a las respuestas evidenciadas en la encuesta.</p>
--	---	--	--	--------------------	--------------	---

	Estrategias para disminuir las glosas relacionadas con programas de detección temprana y protección específica aplicables en la IPS	Actividades y planes que el personal conozca por experiencias previas, aplicables en la IPS para disminuir las glosas relacionadas con programas de detección temprana y protección específica	Las estrategias que el personal conozca por experiencias previas, aplicables en la IPS para disminuir las glosas relacionadas con programas de detección temprana y protección específica se indagará con una pregunta abierta. Cual o cuales estrategias utilizadas en dicha institución aplicaría donde labora actualmente para disminuir las glosas relacionadas con programas de detección temprana y	Cualitativa	Nominal	Las estrategias que el personal conozca por experiencias previas, aplicables en la IPS para disminuir las glosas relacionadas con programas de detección temprana y protección, se presentarán de acuerdo al análisis que se realice a las respuestas evidenciadas en la encuesta.
--	---	--	---	-------------	---------	--

			proteccion especifica?			
	Estrategias utilizadas en otras IPS enfocadas en el cumplimiento de metas de los programas de detección temprana y proteccion especifica	Actividades y planes que el personal conozca por experiencia previa, enfocadas en el cumplimiento de metas de los programas de detección temprana y proteccion especifica	Las estrategias que el personal conozca por experiencia previa, enfocadas en el cumplimiento de metas de los programas de detección temprana y proteccion especifica, se indagaran por medio de una pregunta abierta: Cuales estrategias utilizaban en	Cualitativa	Nominal	Las estrategias que el personal conozca por experiencia previa, enfocadas en el cumplimiento de metas de los programas de detección temprana y proteccion especifica, se presentaran de acuerdo al análisis que se realice a las respuestas

			dicha institución para dar cumplimiento a las metas estipuladas para cada uno de los programas?			evidenciadas en la encuesta.
	Estrategias aportadas por el personal interno de la IPS para disminuir glosas de los programas de detección temprana y protección específica	Actividades enfocadas a la disminución de glosas relacionadas con programas de detección temprana y protección específicas generadas por parte del personal interno de la institución, que se puedan aplicar en la IPS	Las estrategias generadas por parte del personal interno, enfocadas a la disminución de glosas en los programas de detección temprana y protección específica, se indagarán por medio de una pregunta abierta: ¿Si usted fuera gerente de la institución, que cambios establecería para	Cualitativa	Nominal	Estrategias aportadas por el personal interno de la IPS para disminuir glosas de los programas de detección temprana y protección específica, se presentarán de acuerdo al análisis que se realice a las respuestas evidenciadas en la encuesta.

			evitar o disminuir glosas en la prestación de servicios de los programas de detección temprana y protección específica?			
--	--	--	---	--	--	--

8.4 Plan de recolección y análisis de información

8.4.1 Fuentes primarias de información

- Glosas del año 2019 relacionadas con detección temprana y protección específica del Hospital Santa Lucia del municipio de Roncesvalles
- Ponderado de metas para detección temprana y protección específica del año 2019

8.4.2 Fuentes secundarias de información:

- Información recolectada al personal que cumple con los criterios de inclusión
- Estrategias para disminuir la cantidad de glosas que se relacionan a detección temprana y protección específica del Hospital Santa Lucia E.S.E, del municipio de Roncesvalles

8.4.3 Mecanismo para el análisis de datos:

Para la generación de estrategias que permitan minimizar pérdidas financieras generadas por glosas en el Hospital Santa Lucia, se tomó las actividades de detección temprana y protección específica, realizadas en el año 2019 y las glosas del mismo año relacionadas con dichas actividades.

Esta información fue ingresada y tabulada en el instrumento “Análisis de glosas HSL.excel”, donde se identifique denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones del ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS UNIFICACION Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009. En este mismo instrumento se clasificaron las glosas según Ruta de Atención Integral, curso de vida o intervención específica, con el objetivo de que las estrategias planteadas, sean aplicables en las actividades enmarcadas según la resolución 3280 del 2018.

Se aplicó y analizo encuestas al personal que cumplió con los criterios de inclusión, donde se evaluó el conocimiento que éstos tienen en relación al proceso de atención de actividades de detección temprana y protección específica, cartera, facturación y auditoria. Y adicional, se recolecto y analizo estrategias implementadas por el Hospital Santa Lucia E.S.E, del municipio de Roncesvalles, que busquen disminuir la cantidad de glosas relacionadas con detección temprana y protección específica.

Para finalizar se analizó la información en su totalidad, y se generaron estrategias que si bien, fueron basadas en glosas de actividades de detección temprana y protección específica, sean aplicables en el nuevo marco normativo de Rutas Integrales de Atención en Salud.

8.5 Muestra

La muestra será la cantidad de glosas del periodo 2019, que se relacionen con actividades de detección temprana y protección específica, la información recolectada de la encuesta al personal de la institución que cumple con los criterios de inclusión y la información recolectada de la IPS en relación al cumplimiento de estimaciones de indicadores correspondientes a los programas de detección temprana y protección específica.

9. CRONOGRAMA

N°	Actividades	Mes		Mes				Mes			Mes				Mes		Mes			
		JULIO		AGOSTO				SEPTIEMBRE			OCTUBRE				NOVIEMBRE		DICIEMBRE			
		19 - 24 julio	25 - 31 julio	1 - 7 agosto	8 - 14 agosto	15 - 21 agosto	22 - 28 agosto	29-4 septi	5- 11 septi	12 - 18 sep	19 - 25 septi	26-2 octu	3-9 octu	10-16 octu	17-23 octu	24-30 octu	31-6 nov	7 -10 nov	14-20 nov	28-4 dic
Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10	Semana 11	Semana 12	Semana 13	Semana 14	Semana 15	Semana 16	Semana 17	Semana 18	Semana 19	Semana 20	
A1	Solicitar el acceso a la información	Realizado	Realizado																	
A2	Identificar la cantidad de actividades de detección temprana y protección específica realizadas en el año 2019			Realizado																
A3	Identificar las glosas del año 2019 relacionadas con actividades de detección temprana y protección específica			Realizado	Realizado															
A4	Ingresar hallazgos a instrumento "Análisis de glosas HNFPM.escei", donde se identifique denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones del ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS UNIFICACION Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009				Realizado	Realizado														
A5	Tabular la información registrada						Realizado	Realizado												
A6	Clasificar las glosas según Ruta de Atención Integral, curso de vida o intervención específica.							Realizado	Realizado											
A7	Realizar encuesta al personal que cumplió con los criterios de inclusión donde se evalúe el conocimiento previo que tienen en relación al proceso de atención de actividades de detección temprana y protección específica, cartera facturación y auditoría.									Realizado	Realizado									
A8	Analizar la información recolectada del personal que cumplió con los criterios de inclusión										Realizado	Realizado	Realizado							
A9	Recolectar y analizar estrategias que busquen disminuir la cantidad de glosas relacionadas con detección temprana y protección específica del Hospital Santa Lucía E.S.E. del municipio de Boncesuales														Realizado	Realizado				
A10	Analizar toda la información recolectada para la generación de estrategias que permitan minimizar pérdidas financieras generadas por glosas																Realizado	Realizado		
A11	Socialización																			Realizado

Convención

	Pendiente
	En proceso
	Realizado

10.PRESUPESTO

ACTIVIDAD	TALENTO HUMANO	INSUMOS	TECNOLOGIA	FUENTE DE FINANCIACIÓN			
				INVESTIGADORES	UNIVERSIDAD	OTRAS ENTIDADES	TOTAL VALOR
Solicitar el acceso a la información	1 investigador	lápiz, borrador, papel, lapicero	PC	\$300.000	0	0	\$300.000
Identificar la cantidad de actividades de detección temprana y protección específica, realizadas en el año 2019	2 investigadores	Registros de la IPS, lápiz, borrador, papel, lapicero	PC, sistemas de información	\$600.000	0	0	\$600.000
Identificar las glosas del año 2019 relacionadas con actividades de detección temprana y protección específica	2 investigadores	Registros de la IPS, lápiz, borrador, papel, lapicero	PC, sistemas de información	\$600.000	0	0	\$600.000

<p>Ingresar hallazgos a instrumento "Análisis de glosas HSL.excel", donde se identifique denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones del ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS UNIFICACION Resolución 3047 de 2008 modificada por la</p>	<p>5 investigadores</p>	<p>Anexo técnico No 6 del manual único de glosas, devoluciones y respuestas unificación</p>	<p>PC</p>	<p>\$950.000</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>\$950.000</p>
---	-----------------------------	---	-----------	------------------	----------	----------	------------------

Resolución 416 de 2009							
Tabular la información registrada	5 investigadores	información registrada durante la identificación de hallazgos	PC	\$950.000	0	0	\$950.000
Clasificar las glosas según Ruta de Atención Integral, curso de vida o intervención específica.	5 investigadores	Glosas identificadas, lápiz, papel, borrador, lapicero	PC, sistemas de información	\$950.000	0	0	\$950.000
Realizar encuesta al personal que cumplió con los criterios de inclusión donde se evalúe el conocimiento	2 investigadores	Encuesta, lápiz, borrador, papel, lapicero		\$600.000	0	0	\$600.000

previo que tienen en relación al proceso de atención de actividades de detección temprana y protección específica, cartera, facturación y auditoría.							
Analizar la información recolectada del personal que cumplió con los criterios de inclusión	2 investigadores	Encuestas diligenciadas	PC	\$300.000	0	0	\$300.000
Recolectar y analizar estrategias que busquen disminuir la cantidad de glosas relacionadas con detección temprana y	2 investigadores	Análisis de las glosas, Registros de la IPS, Lápiz, borrador, papel, lapicero	PC, sistemas de información	\$400.000	0	0	\$400.000

11.RESULTADOS

11.1 Análisis de las encuestas

Gráfico 1

Tipo de colaborador

39 respuestas

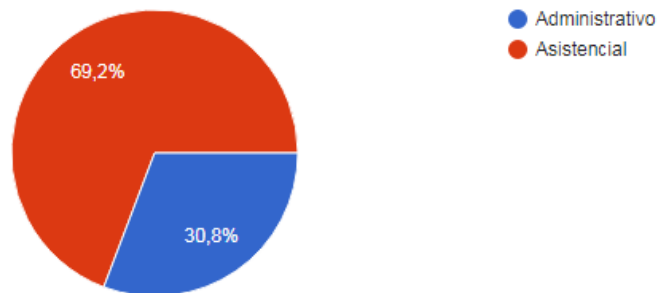


Gráfico 2.

Área o servicio:

39 respuestas

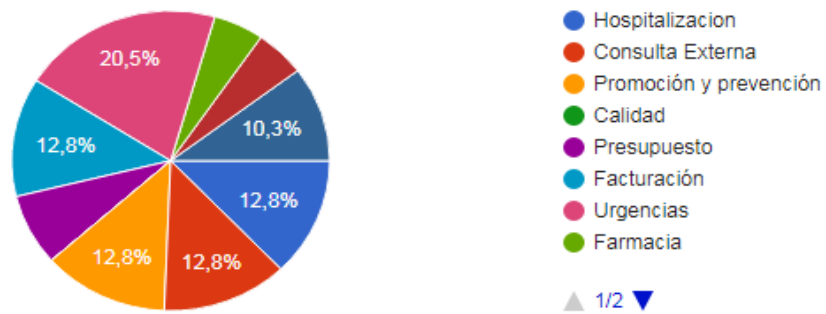


Gráfico 3

Cual es la resolución que establece los lineamientos detección temprana y protección especifica?

39 respuestas

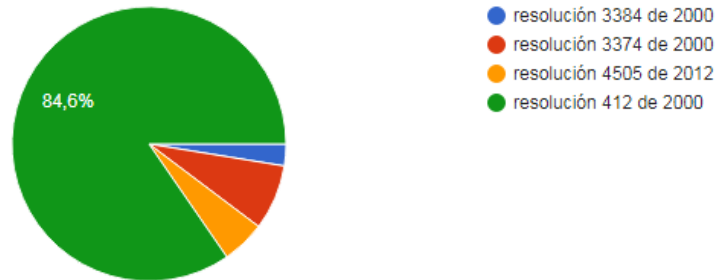


Gráfico 4.

En que servicio de una institución de I nivel, cree usted que se generan mas glosas?

39 respuestas

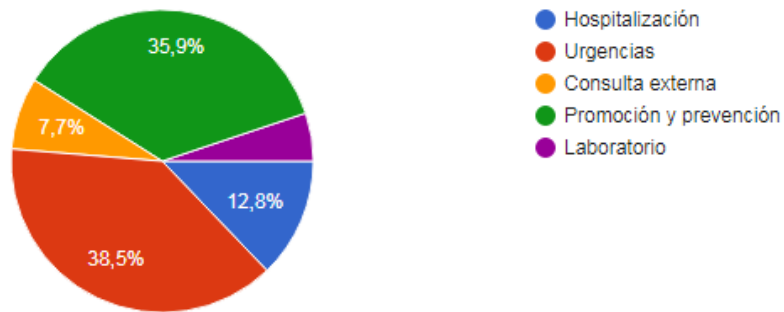


Gráfico 5.

Defina demanda inducida efectiva:

39 respuestas

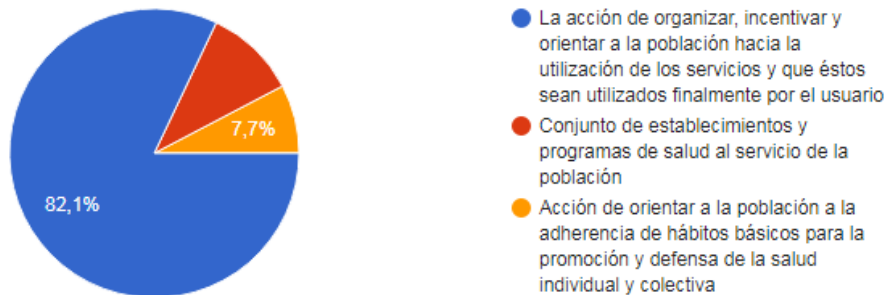


Gráfico 6:

De los siguientes, cuales programas no hacen parte de la atención de detección temprana y protección específica?

39 respuestas

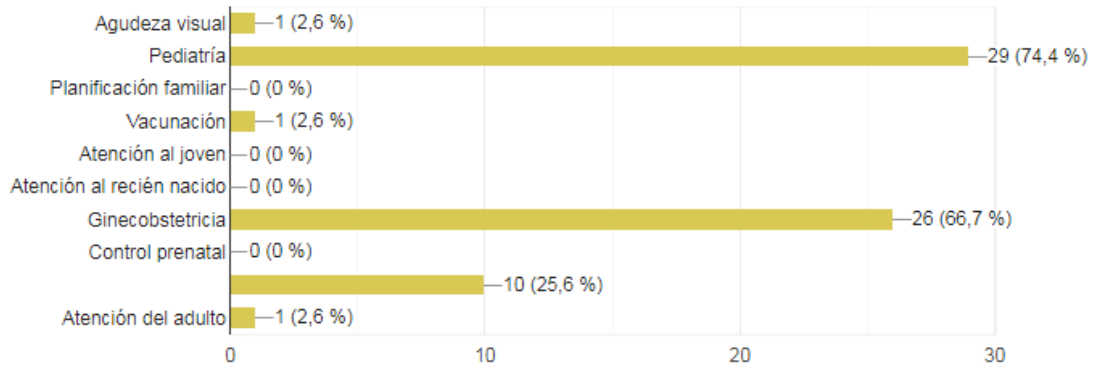


Gráfico 7

En que edades se realiza la medición de agudeza visual?

39 respuestas

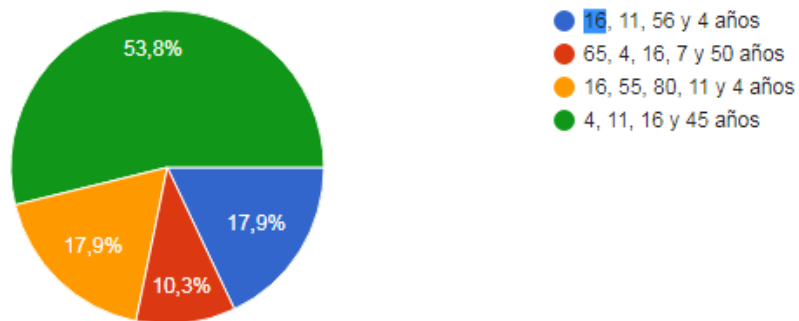


Gráfico 8

Desde que edad esta establecida la toma de la CCU?

39 respuestas

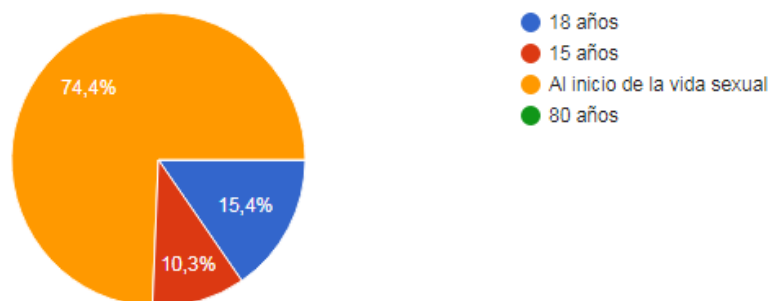


Gráfico 9

Cual es el rango de edad para pertenecer al programa del joven?

39 respuestas

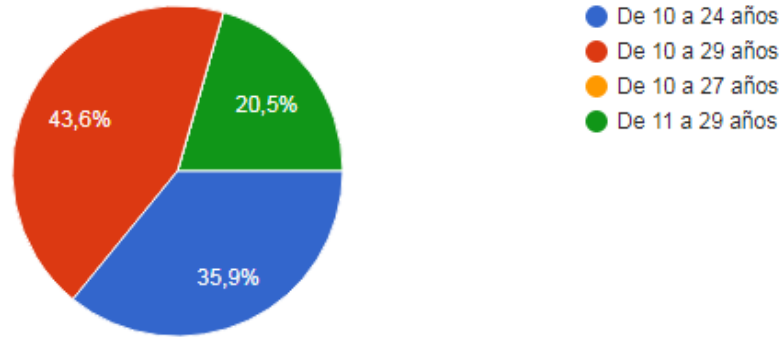


Gráfico 10

Paciente masculino de 55 años, que asiste a consulta del adulto, que laboratorios se ordenan?

39 respuestas

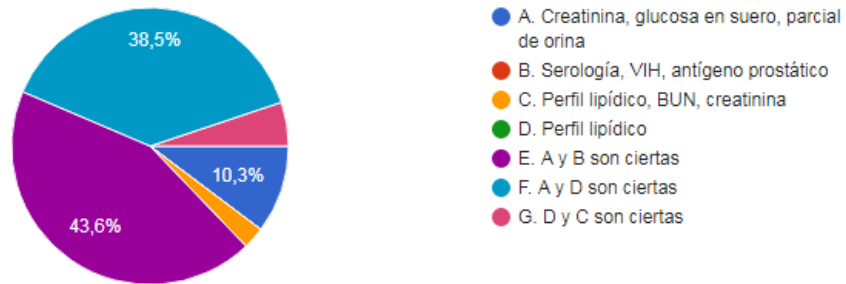


Gráfico 11

Paciente de 25 años Mujer que por primera vez asiste a la institución a pedir servicios de salud a que área o áreas se puede remitir? (Seleccionar una o varias Respuesta)

39 respuestas

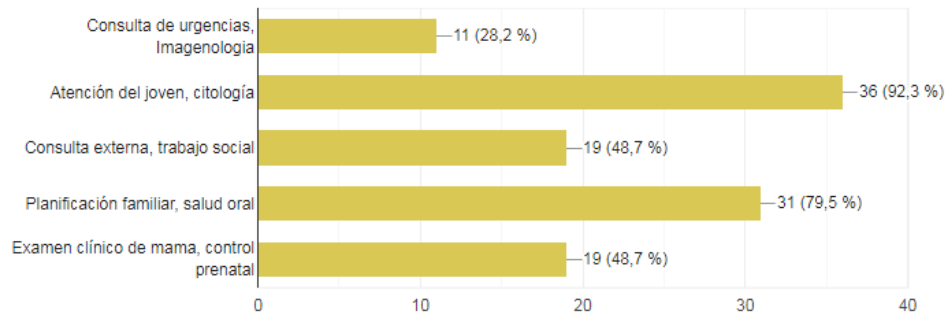


Gráfico 12

Con que frecuencia y con que profesional, debe ser valorada una gestante de alto riesgo de 20 semanas de gestación?

39 respuestas

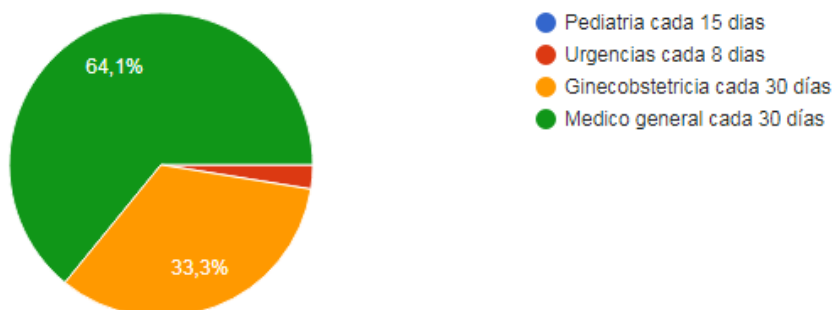


Gráfico 13

Cual es el esquema de vacunacion para el 1 año de edad?

39 respuestas

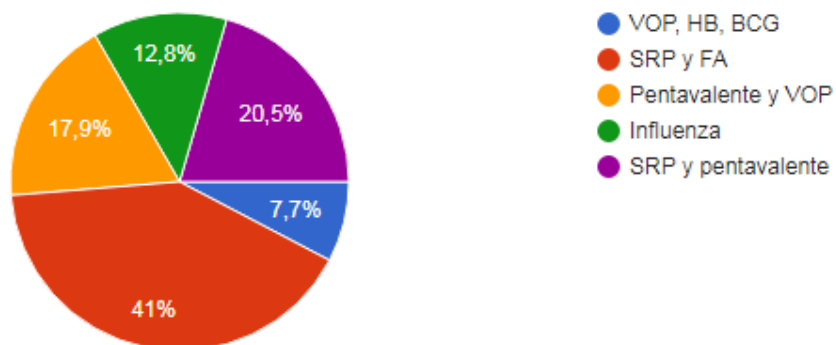


Gráfico 14

Que actividad de salud oral se realiza en niños y niñas de 3 a 15 años?

39 respuestas

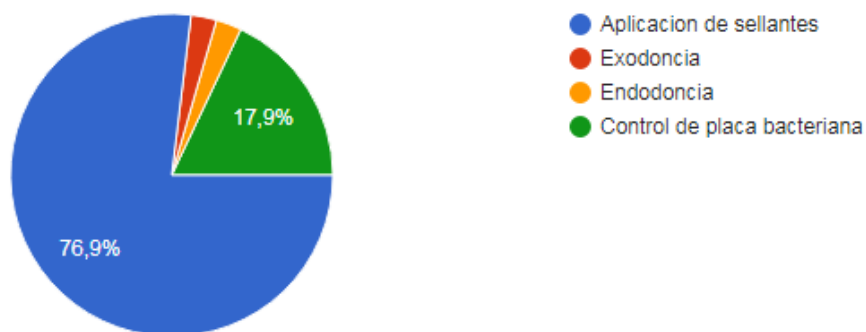


Gráfico 15

Cuales son los exámenes obligatorios a ordenar en el primer control prenatal? (Seleccionar una o varias Respuesta)

39 respuestas

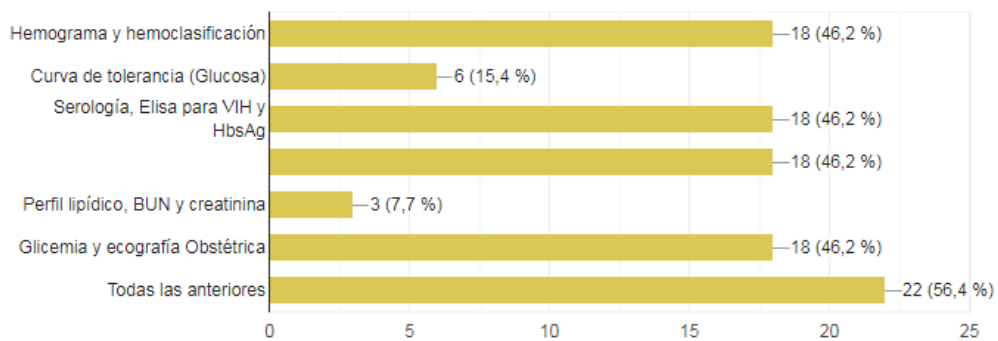


Gráfico 16

Cual es la resolución por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deben ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios?

39 respuestas

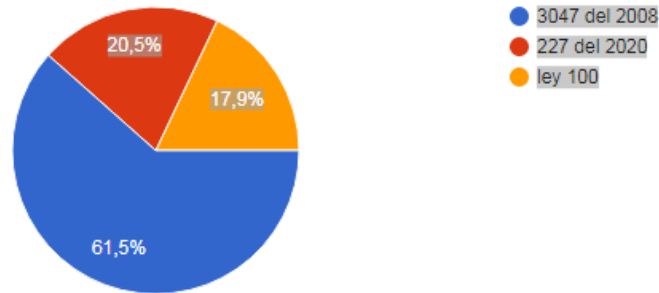


Gráfico 17

Que es una glosa?

39 respuestas

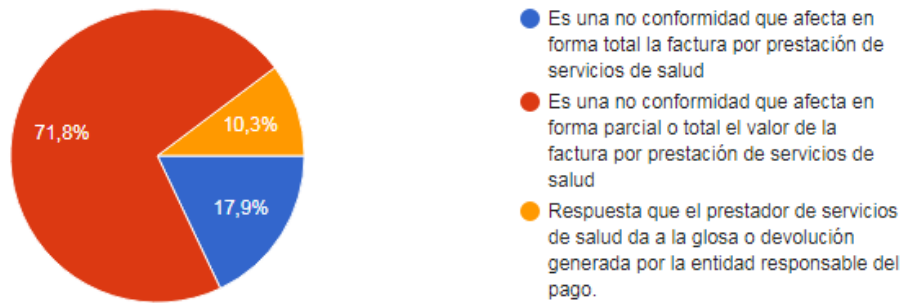


Gráfico 18

Cual es la clasificación de las glosas?

39 respuestas

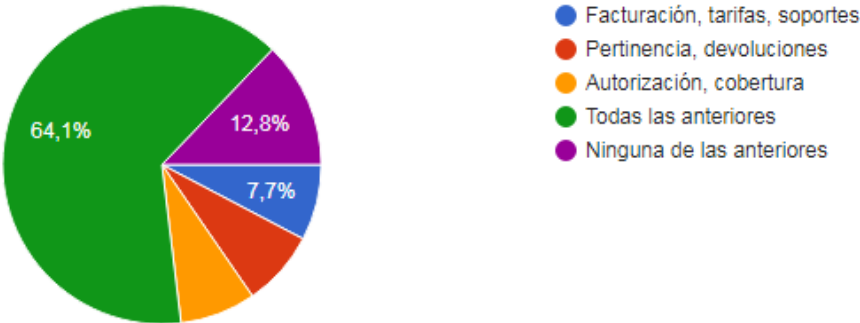


Gráfico 19

Las capacitaciones que ha recibido por parte de la IPS, relacionadas con detección temprana y protección específica han llevado a mejorar su desempeño en sus actividades?

39 respuestas

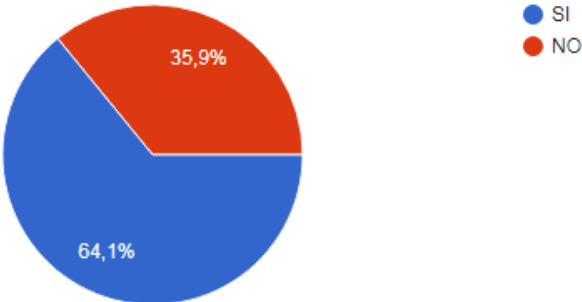
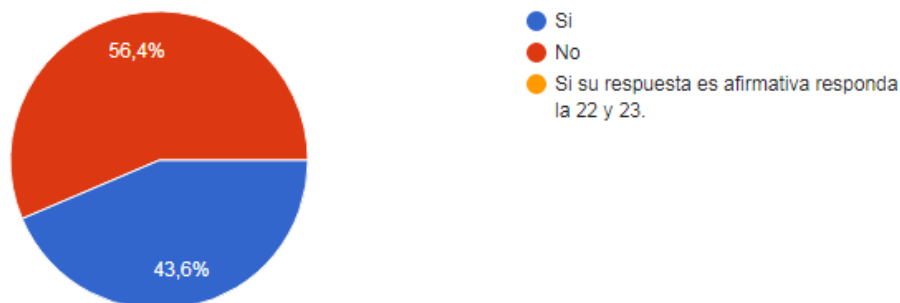


Gráfico 20

Usted ha laborado en otra institución prestadora de salud de I nivel de atención?

39 respuestas



Conclusiones

- Existe conocimiento de la norma técnica y de los programas por un porcentaje considerable del personal.
- El personal está familiarizado con los programas de Protección Específica (PE) y Detección Temprana (DT).
- Hay claridad en la mayoría del personal en los criterios de inclusión de los diferentes programas.
- Se deben crear estrategias para evitar la fuga de usuarios hacia otros niveles o municipios.
- El equipo de facturación tiene buen conocimiento y experiencia en los programas de PE y DT.
- Existe un personal asistencial significativo que tiene conocimiento y es consciente de los programas de PE y DT.
- Existe un personal con capacidad de liderazgo con conciencia de los programas de PE y DT que debe ser organizado estratégicamente.
- Hay un porcentaje representativo en la institución de rotación de personal.
- Hay poca o mínima capacitación del personal nuevo.
- Inexistencia de herramientas que se basen en las nuevas tecnologías para la captación de usuarios.
- Se debe mejorar la demanda inducida ante la inexistencia de nuevas herramientas. Continuar o retomar el perifoneo, el caso, la educación

continua en colegios, educación al paciente en urgencias, consulta externa y hospitalización.

- Fortalecer los planes de educación continua.
- Creación de grupos con un líder para cada programa de PE y DT además de creación de grupos y líderes en el personal administrativo y de facturación.

11.2. Análisis de estrategias en la IPS Saúl Quiñones E.S.E

Las principales estrategias que una institución de orden público o privado debe implementar para disminuir las glosas y mantener el nivel financiero son:

- Conocer los tipos de contratos con las EAPB.
- Tener conocimiento de los valores contratados de los procedimientos e insumos
- Verificar la plantilla SOAT.
- Verificar si se factura con tarifa plena.
- Contar con un manual tarifario actualizado y socializado.
- Actualización continua del software institucional.
- socializar las glosas con las áreas que las generan, para que los colaboradores conozcan que se está haciendo mal y se adopten medidas de mejora.
- Capacitación al personal administrativo y asistencial de la organización de salud.

Estas estrategias están implementadas hace seis meses lo que ha permitido recuperar el 100% de la reconvención, y con la aplicación de la Resolución 521 del 2020, la institución genera mayor número de actividades lo que permite generar un balance positivo en el área financiera de la organización, esto porque ya se tiene claro los tipos de contratos, eventos – cápita; antes de tener bien implementadas estas estrategias las glosas eran en un 50% ya que lo facturado no aplicaba a cabalidad en lo estipulado en los contratos.

Se adoptó el manual de funciones en el área de facturación, para que los colaboradores sepan claramente cuáles son sus prioridades dentro de sus funciones y a si se puedan trazar metas para obtener logros significativos.

El personal que está capacitado es el de facturación y parte del asistencial operativo ya que estos deben tener claro según la resolución 3280 de 2018, Resolución 521

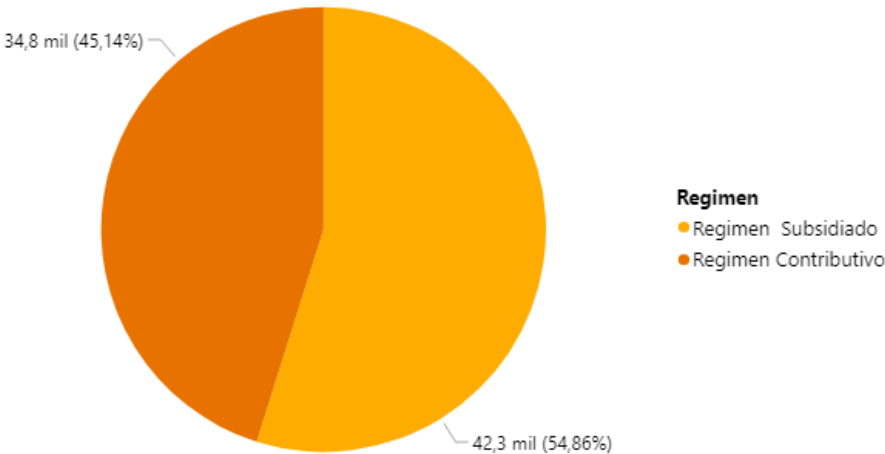
los procedimientos y periodicidad en cada ciclo de vida para que al ser auditados por las EPS y al presentar cuentas de cobro no se generen las glosas.

Las glosas son el principal factor de riesgo que afecta de manera directa la estabilidad financiera de una institución de salud, para disminuir su prevalencia la parte administrativa de la organización debe estandarizar y sistematizar los procesos de facturación. Para lograr de manera eficaz esta tecnología se debe capacitar al talento humano que son la base fundamental del funcionamiento de una institución, para que de esa manera se encuentre el equilibrio entre lo físico y lo humano para generar estabilidad laboral, calidad de los servicios, y finalmente la satisfacción de los usuarios.

A demás debe tener una comunicación asertiva con los auditores de las EAPB e IPS.

11.3 Analisis cumplimiento de coberturas EAPB NUEVA EPS

Suma de Porcentaje Cumplimiento por Regimen



En relacion al cumplimiento de los indicadores de los programas de promocion y prevencion para el año 2019 en la EAPB NUEVA EPS, se puede observar que el regimen subsidiado, es quien mas coberturas logro cumplir con un 54,08%, mientras que el regimen contributivo tan solo el 45,14%.

Programa Prenatal

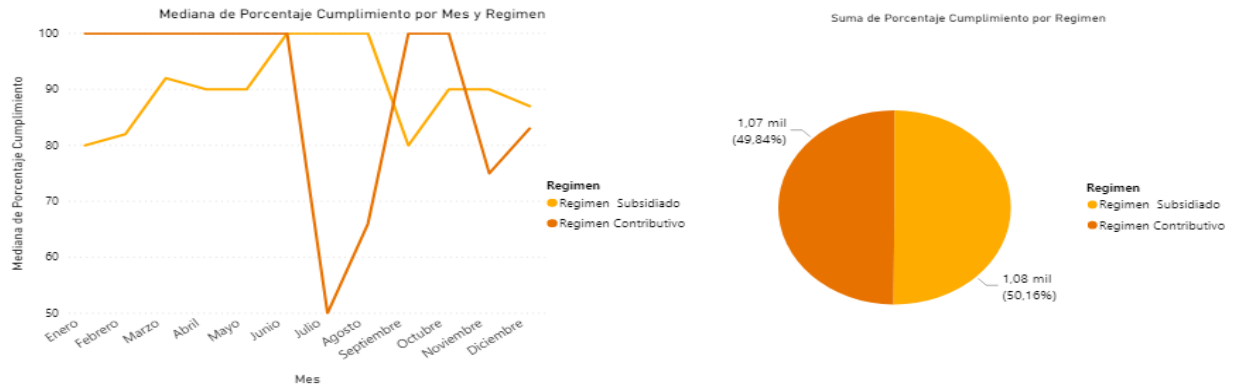
Indicador % de gestantes con asesoría en lactancia materna:

Programa Prenatal

% de gestantes con asesoría en Lactancia materna

80

Máx. de Estimación



En relación al % de gestantes con asesoría en lactancia materna, la estimación tanto en el régimen subsidiado como contributivo era de 80%; como se observa en la gráfica, el régimen subsidiado mantuvo durante todo el año 2019 coberturas por encima del estimado, mientras que el régimen contributivo presentó variación en los meses de julio, agosto y noviembre, meses en los cuales no superó lo estimado.

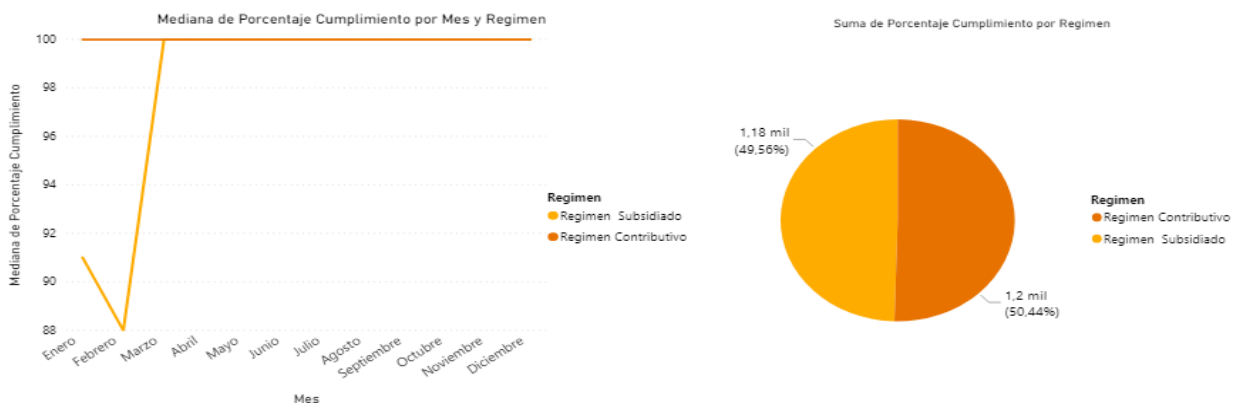
Indicador % de gestantes con registro de peso y talla:

Programa Prenatal

% de gestantes con registro de peso y talla

90

Máx. de Estimación



El % de gestantes con registro de peso y talla se mantuvo en 100% para el régimen contributivo durante todo el año 2019, mientras que el régimen subsidiado cumplió el estimado del 90%, a partir del mes de marzo.

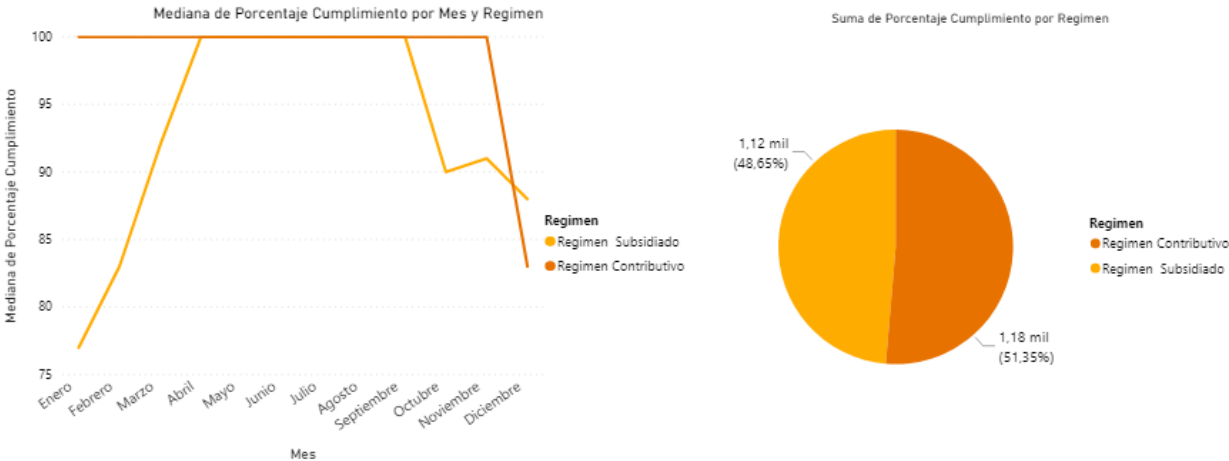
% de gestantes con resultado de antígeno para He B:

Programa Prenatal

% de gestantes con resultado de antígeno para Hep B

90

Máx. de Estimación



Para el % de gestante con resultado de antígeno para He B, se mantuvo el cumplimiento para el régimen contributivo hasta el mes de diciembre, donde descendió al 83%; para el régimen subsidiado se evidencia cumplimiento durante el segundo y tercer trimestre del año, sin embargo, el último trimestre se marca un descenso significativo de las coberturas.

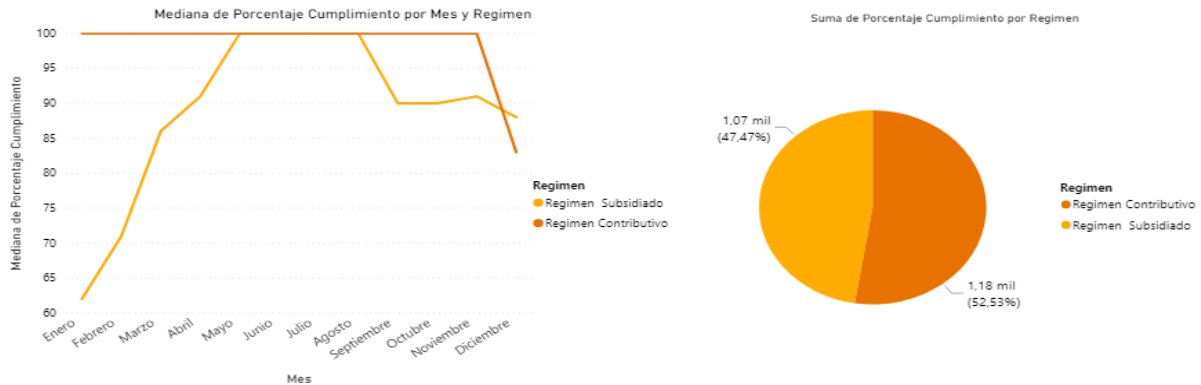
Indicador % de gestantes con resultados de glicemia:

Programa Prenatal

% de gestantes con resultado de glicemia

90

Máx. de Estimación



El % de gestantes con resultados de glicemia muestra una gráfica similar a la anterior, en donde el régimen contributivo se mantiene con coberturas optimas hasta el mes de diciembre, sin embargo, el régimen subsidiado muestra un comportamiento similar en donde los meses de enero, febrero, marzo y diciembre no cumple con el estimado.

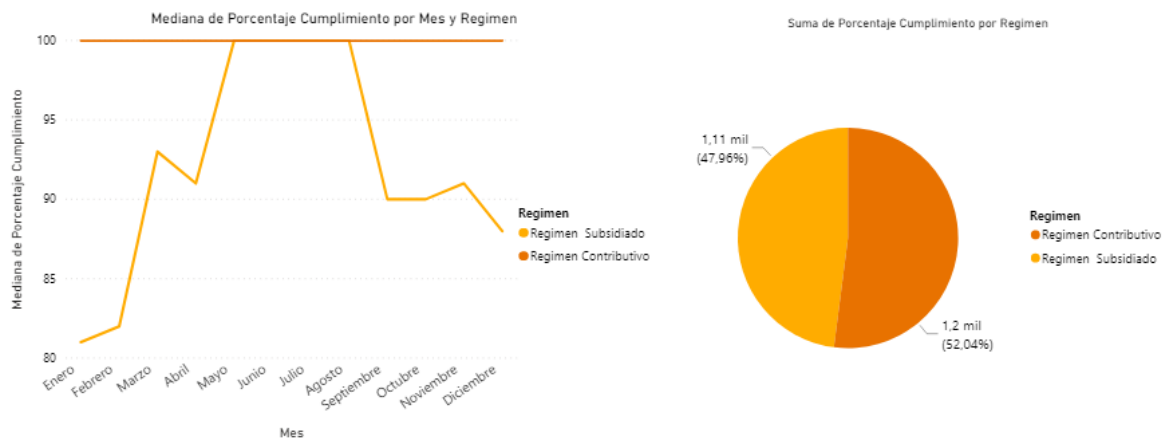
Indicador % de gestantes con resultado de hemoglobina:

Programa Prenatal

% de gestantes con resultado de Hemoglobina

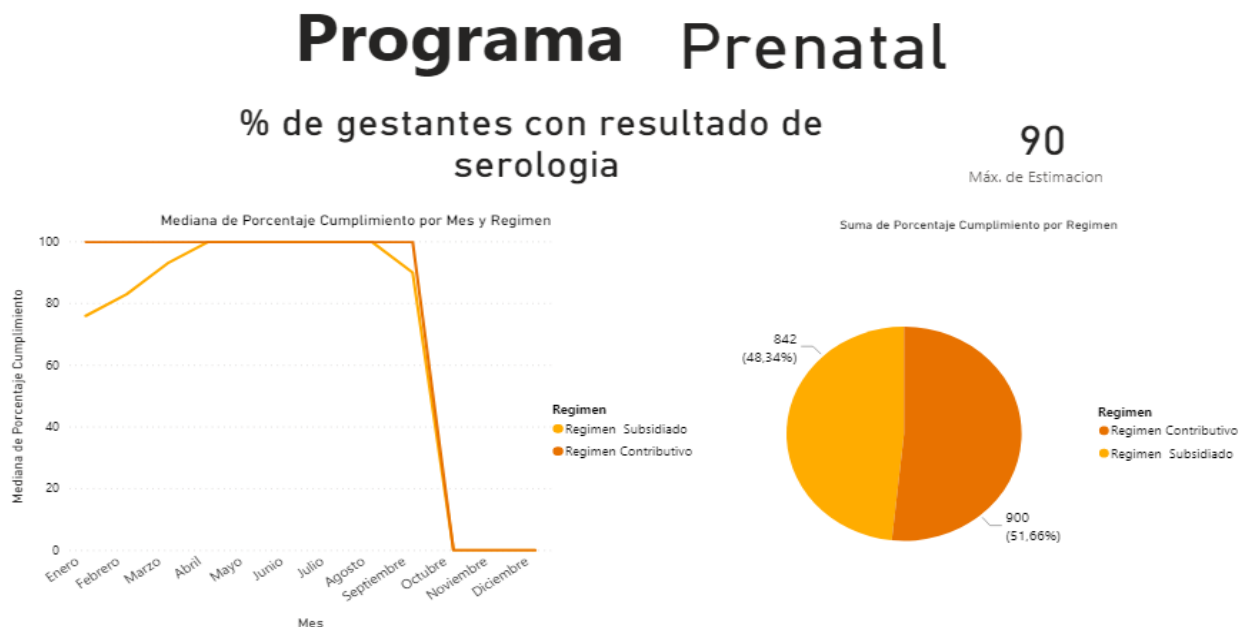
90

Máx. de Estimación



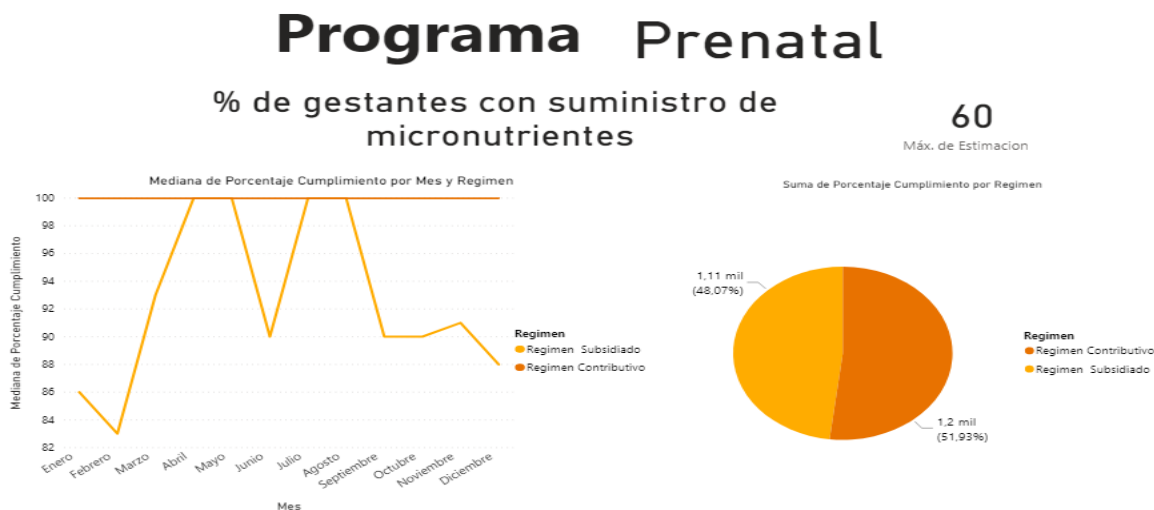
En el % de gestantes con resultado de hemoglobina, se observa un cumplimiento óptimo durante todo el año 2019 para el régimen contributivo, mientras que para el régimen subsidiado se evidencia el no cumplimiento del indicador en los meses de enero, febrero y diciembre.

Indicador % de gestantes con resultado de serología:



En cuanto al % de gestantes con resultado de serología, el régimen contributivo se mantuvo con coberturas del 100% hasta el último trimestre del año, en donde tanto subsidiado como contributivo presentaron coberturas del 0%.

Indicador % de gestantes con suministro de micronutrientes:



Para el % de gestantes con suministro de nutrientes, el porcentaje de cumplimiento tanto para el régimen subsidiado como el contributivo se mantuvo por encima de la estimación del 60% durante todo el año 2019.

Indicador % de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez:



Para el % de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez, el régimen contributivo se mantiene por encima de la estimación desde el mes de enero hasta el mes de octubre, durante los dos meses siguientes desciende hasta el 0%. El régimen subsidiado no cumple la estimación durante los meses de enero, febrero, septiembre y diciembre.

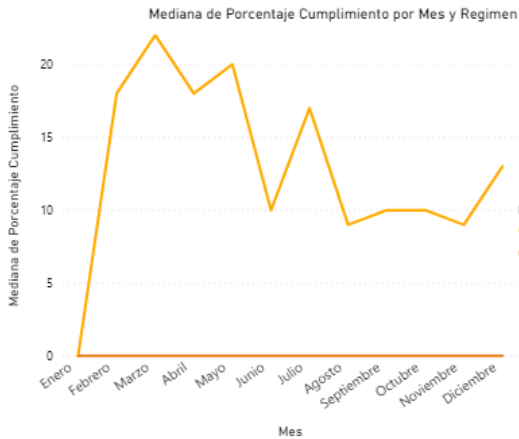
Indicador % de gestantes con consulta de nutrición:

Programa Prenatal

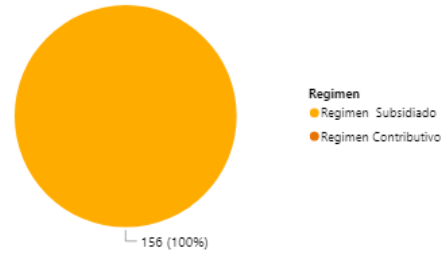
% gestantes con consulta de nutrición

50

Máx. de Estimacion



Suma de Porcentaje Cumplimiento por Regimen



Para el % de gestantes con consulta de nutrición con un estimado del 50%, tanto para el régimen subsidiado como el contributivo se evidencia el no cumplimiento de la meta, el régimen contributivo se mantuvo en 0% durante todo el año, mientras que el subsidiado tan solo cumplido con el 22% en el mes de abril.

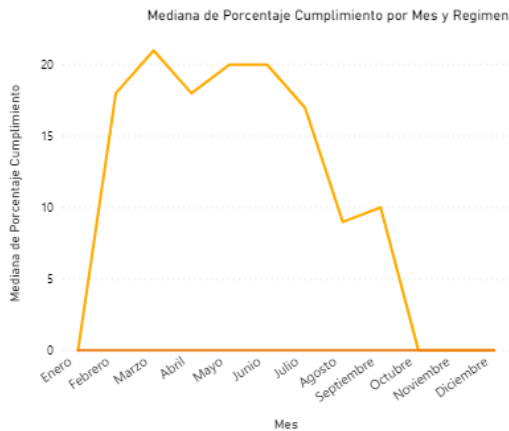
Indicador % de gestantes con consulta de psicología:

Programa Prenatal

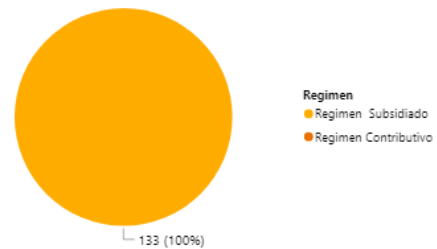
% gestantes con consulta de psicología

45

Máx. de Estimacion

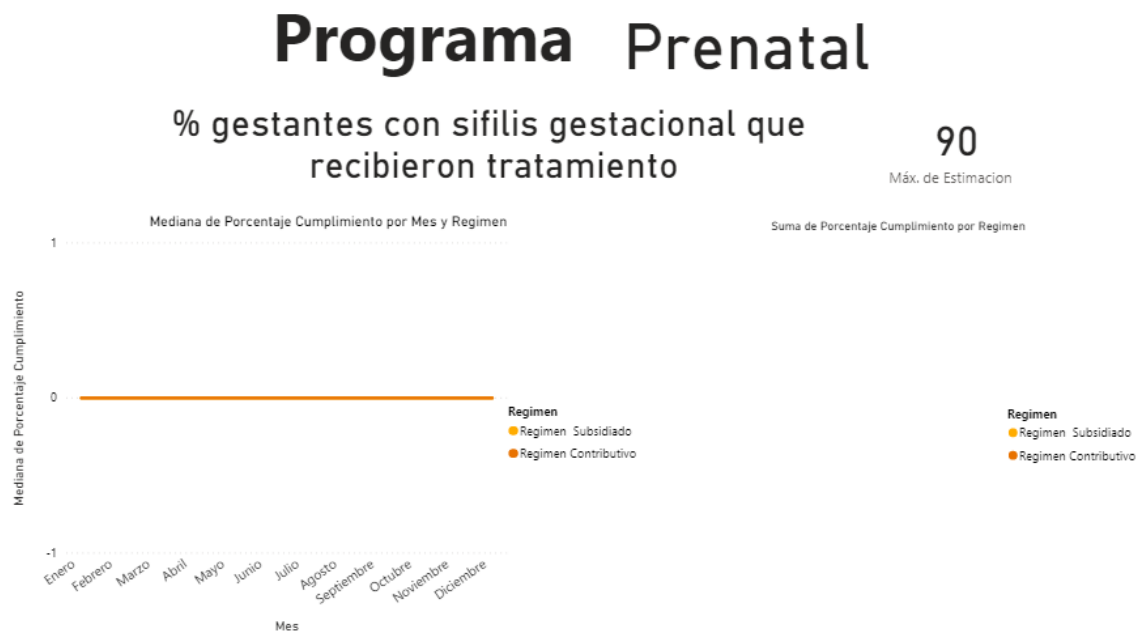


Suma de Porcentaje Cumplimiento por Regimen



Éste indicador evidencia un comportamiento similar al anterior, en donde ninguno de los dos regímenes da cumplimiento al estimado.

Indicador % de gestantes con sífilis gestacional que recibieron tratamiento:



Para el % de gestantes con sífilis gestacional que recibieron tratamiento, se observa en 0 tanto para el régimen subsidiado como el contributivo. Al realizar una búsqueda de información se encuentra que, durante el año 2019, no se presentaron casos de sífilis gestacional.

Programa CA de mama

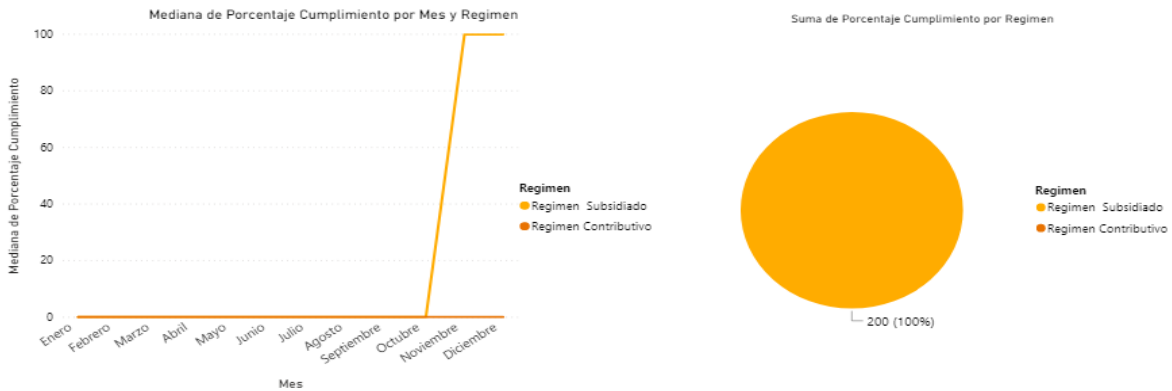
Indicador toma de biopsia de mama en mujeres reporte biraps 4 y 5

Programa DT mama

Cumplimiento en la toma de biopsia de mama en mujeres reporte de birads 4 y 5

90

Máx. de Estimacion



Para dicho indicador se evidencia que para el régimen contributivo no se dio cumplimiento durante todo el año 2019, y para el régimen subsidiado durante los meses de noviembre y diciembre se obtiene una cobertura del 100%.

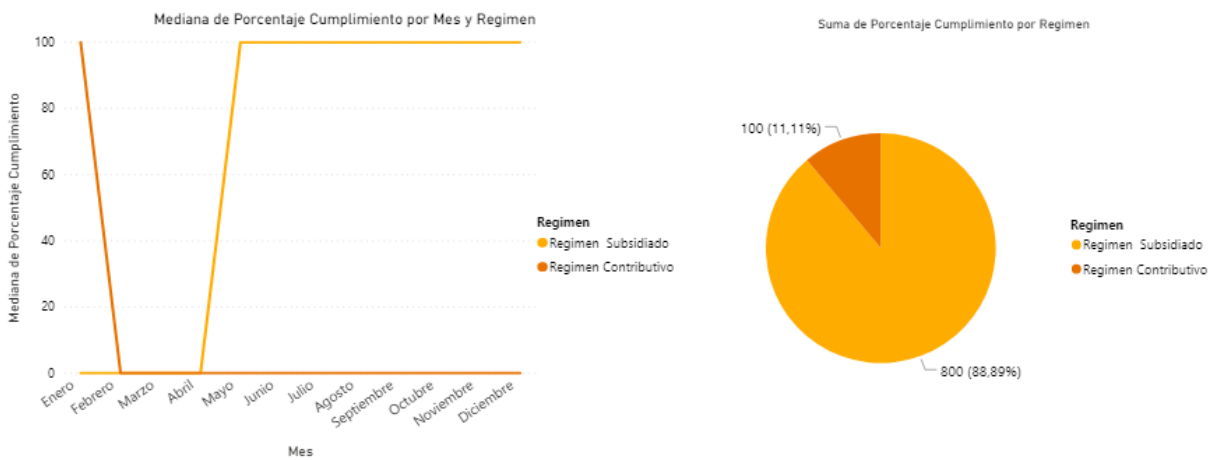
Indicador % de mamografías con toma adecuada:

Programa DT mama

% de Mamografías con toma adecuada

90

Máx. de Estimacion



En relación al % de mamografías con toma adecuada, para el régimen subsidiado se evidencia coberturas superiores al 90% desde el mes de mayo, la cual se mantiene hasta el mes de diciembre; mientras que para el régimen contributivo se observa cumplimiento de la estimación tan solo en el mes de enero, manteniéndose en 0% durante el resto del año 2019.

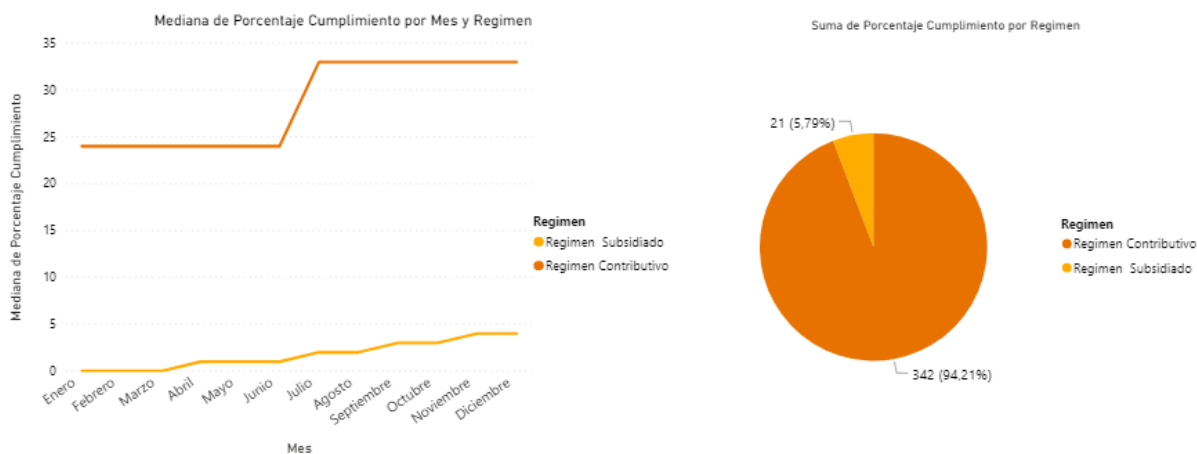
Indicador cobertura de tamizaje para CA de mama al menos una vez en la vida:

Programa DT mama

Cobertura de tamizaje para cancer de mama al menos una vez en la vida

55

Máx. de Estimación



En relación a la cobertura de tamizaje para CA de mama, se observa que tanto el régimen subsidiado como el régimen contributivo no cumplieron la estimación del 55% en ningún mes durante el año 2019.

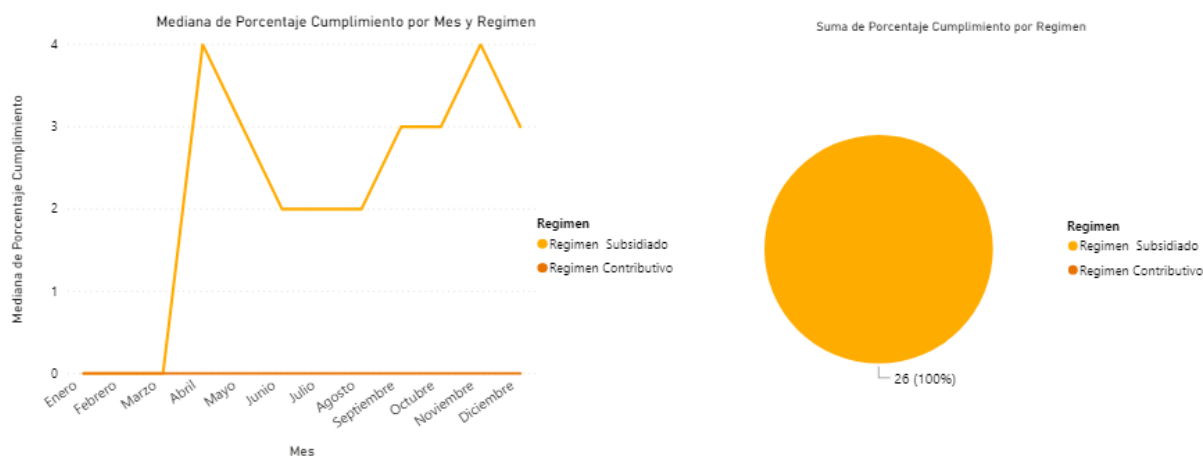
Indicador cumplimiento en el tamizaje para CA de mama en el año:

Programa DT mama

Cumplimiento en el tamizaje para
cáncer de mama en el año

20

Máx. de Estimacion



Para el cumplimiento en el tamizaje para CA de mama en el año, siendo que el estimado es de tan solo el 20%, ni el regimen subsidiado ni el contributivo, logran superar coberturas del 10%.

Programa joven

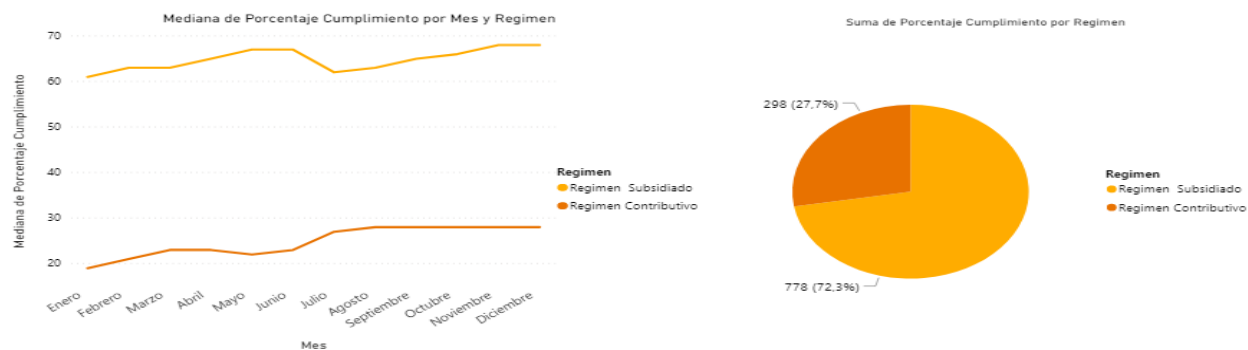
Indicador cobertura en la consulta de detección temprana de alteraciones del joven:

Programa Joven

Cobertura en la consulta de detección
temprana de alteraciones del joven

50

Máx. de Estimacion



Para éste indicador, se observa que el régimen subsidiado siempre se mantuvo por encima de la estimación (50%), siendo así su resultado óptimo. Mientras que para

el régimen contributivo, se observa el no cumplimiento de la estimación durante todo el año 2019.

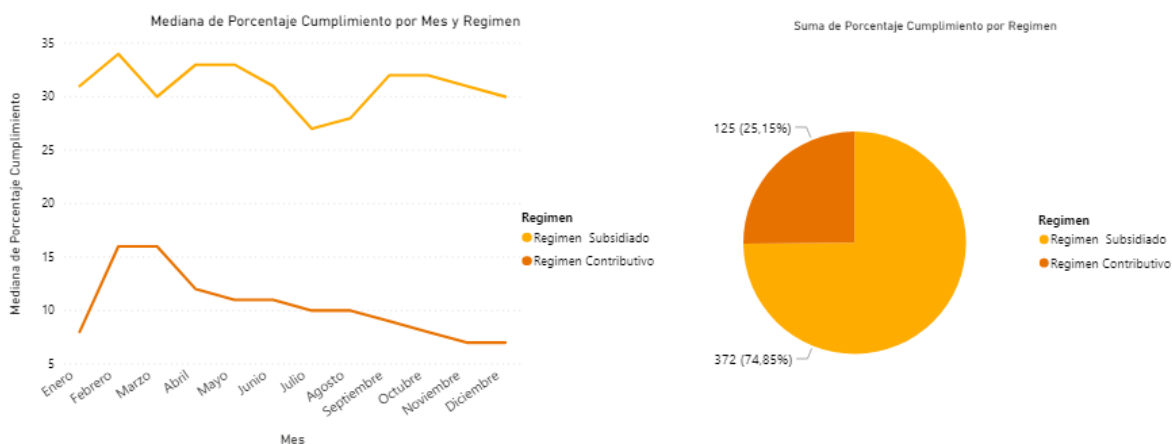
Indicador cumplimiento en la consulta del joven de 10 a 29 años:

Programa Joven

Cumplimiento en la consulta del joven de 10 a 29 años

25

Máx. de Estimación



Para el cumplimiento en la consulta del joven de 10 a 29 años, se observa que el régimen subsidiado cumplió el estimado del 25% durante todo el año 2019 con coberturas superiores, mientras que el régimen contributivo no tuvo cumplimiento en ningún mes del año.

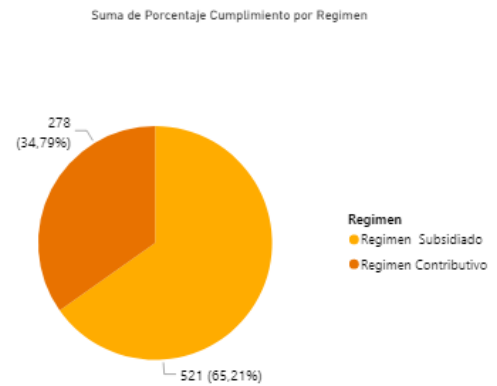
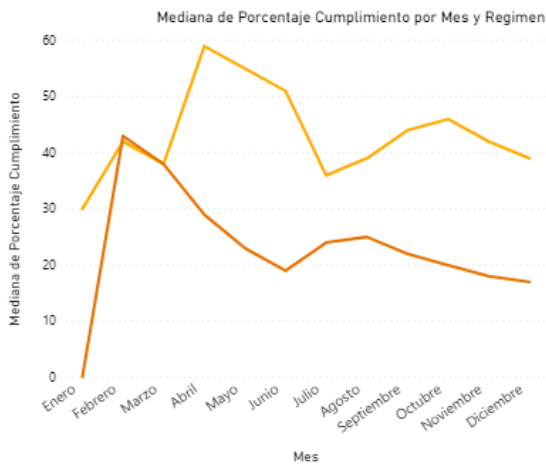
Indicador cumplimiento en la consulta del joven de 10 a 13 años:

Programa Joven

Cumplimiento en la consulta del joven de 10 a 13 años

30

Máx. de Estimacion



El relacion al cumplimiento en la consulta del joven de 10 a 13 años, para el regimen subsidiado se evidencia cumplimiento de la estimacion durante todo el año 2019 dando cumplimiento a la meta. En relacion al regimen contributivo, tan solo los meses de enero y marzo, presenta coberturas superiores al 30%, por lo cual no da cumplimiento a dicho indicador.

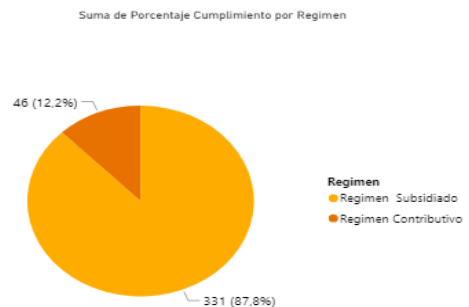
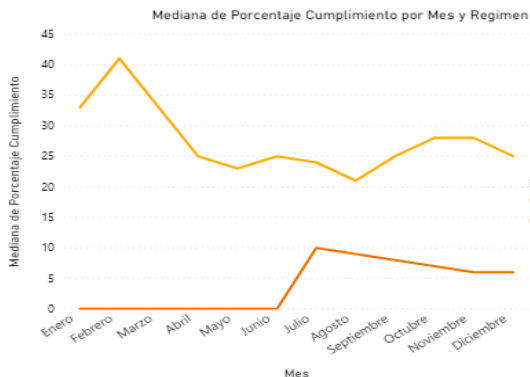
Indicador % de niñas de 10 a 13 años con toma de hemoglobina:

Programa Joven

% de niñas de 10 a 13 años con toma de hemoglobina

20

Máx. de Estimacion



Para el % de niñas de 10 a 13 años con toma de hemoglobina, en el régimen subsidiado siempre se presentó cumplimiento superior al 20% (meta esperada), sin embargo, para el régimen contributivo, no se presentó cumplimiento a la estimación.

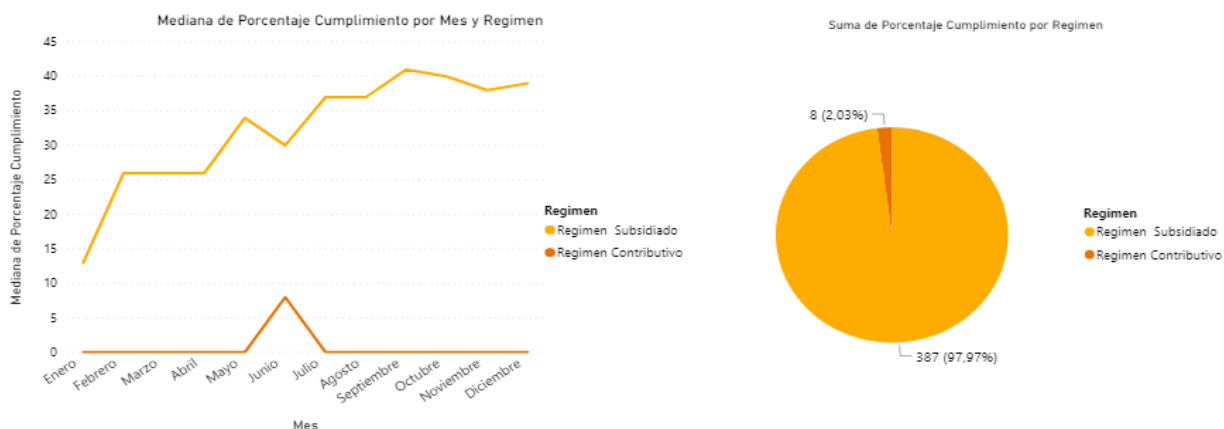
Indicador cumplimiento en la consulta del joven de 14 a 16 años:

Programa Joven

Cumplimiento en la consulta del joven de 14 a 16 años

30

Máx. de Estimación



El regimen subsidiado dio cumplimiento a la estimacion del 30% para dicho indicador apartir del mes de mayo, con una tendencia al ascenso, mientras que el regimen contributivo se mantuvo en 0% durante la mayoria de los meses del año.

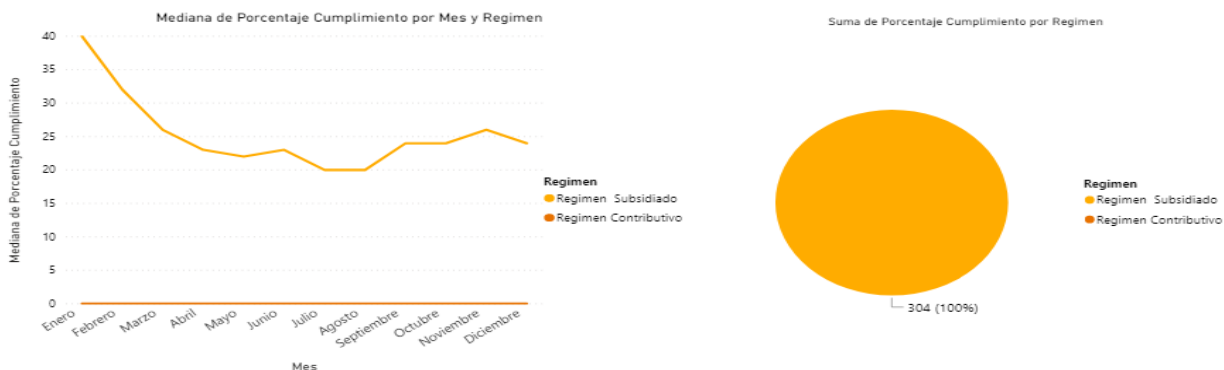
Indicador cumplimiento en la consulta del joven de 17 a 21 años:

Programa Joven

Cumplimiento en la consulta del joven de 17 a 21 años

25

Máx. de Estimación



En relacion a la consulta del joven de 17 a 21 años el regimen el regimen subsubsidiado no dio cumplimiento a la estimacion del 25% para dicho indicador en la mayoria de los meses del año, presentando coberturas entre el 20 y 24%. El regimen contributivo se mantuvo en 0% de cumplimiento durante todo el año.

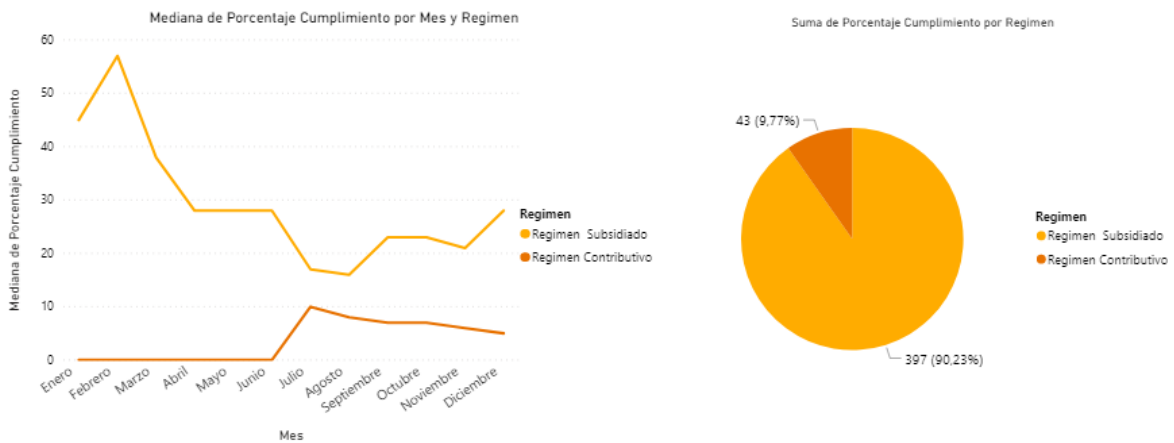
Indicador cumplimiento en la consulta del joven de 22 a 24 años:

Programa Jovén

Cumplimiento en la consulta del joven de 22 a 24 años

25

Máx. de Estimacion



Para éste indicador, el regimen subsidiado dio cumplimiento a la estimacion del 25% para dicho indicador durante el primer semestre del año, al finalizar presento coberturas inferiores al estimado. El regimen contributivo continua con tendencias al no cumplimiento de indicadores.

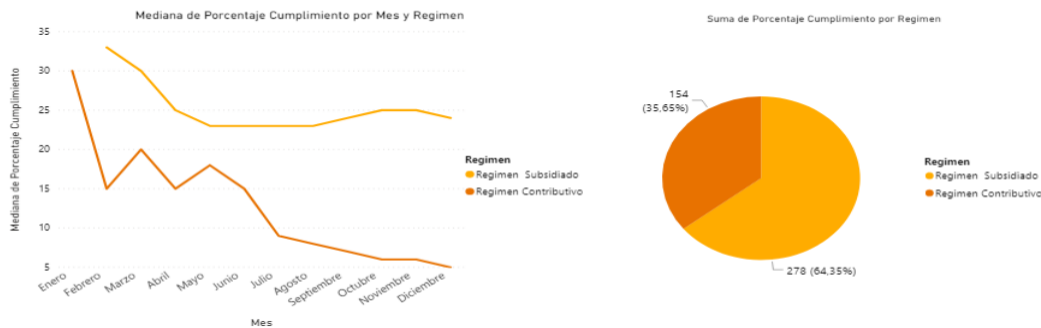
Indicador cumplimiento en la consulta del joven de 25 a 29 años:

Programa Jovén

Cumplimiento en la consulta del joven de 25 a 29 años

25

Máx. de Estimacion



Tanto el régimen subsidiado como el contributivo, muestran tendencia al descenso, en donde el régimen subsidiado cumple con el estimado en tan solo los meses de febrero, marzo y abril, mientras que el régimen contributivo solo cumple con el estimado en el mes de enero.

Programa de crecimiento y desarrollo

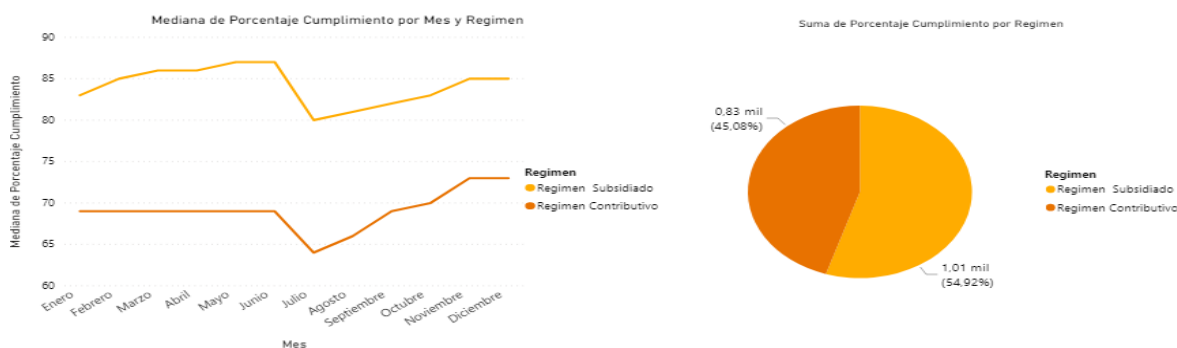
Indicador cobertura de consulta de crecimiento y desarrollo al menos una vez en la vida:

Programa Cto y Dllo

Cobertura de consulta de crecimiento y desarrollo al menos una vez en la vida

75

Máx. de Estimación



Para la cobertura de consulta de crecimiento y desarrollo al menos una vez en la vida, se observa que el régimen subsidiado mantuvo sus coberturas muy por encima del 75% durante todo el año 2019, sin embargo, para el régimen contributivo, no se evidencia cumplimiento de dicho indicador, presentando coberturas de tan solo el 73%.

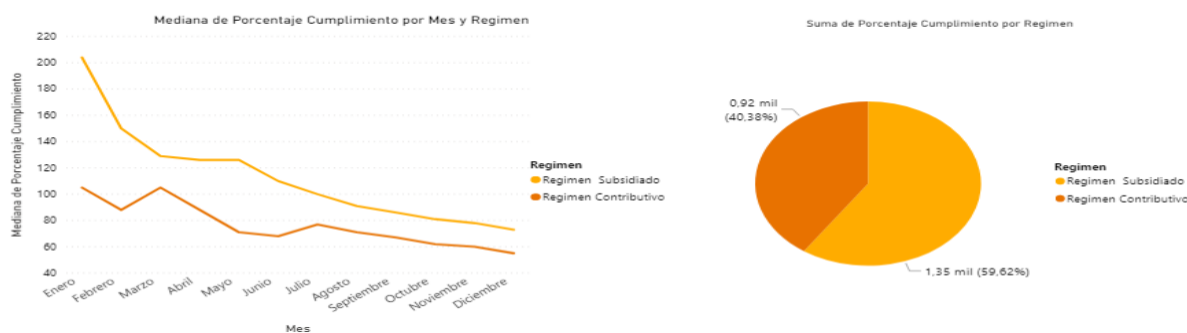
Indicador de cumplimiento de consultas de crecimiento y desarrollo de 0 a 9 años en el año:

Programa Cto y Dllo

Cumplimiento en las consultas de crecimiento y desarrollo de 0 a 9 años en el año

60

Máx. de Estimación



Para el indicador de cumplimiento de consultas de crecimiento y desarrollo de 0 a 9 años en el año, tanto para el régimen subsidiado como el régimen contributivo se evidencia un cumplimiento muy por encima a la estimación del 60%, evidenciando que, durante el año 2019, se presentaron coberturas por encima del 100%, dando como resultado óptimo para dicho indicador.

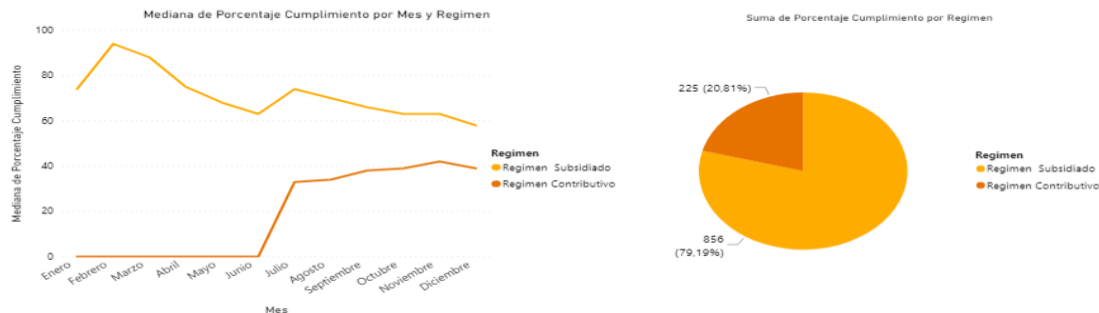
Indicador de cumplimiento en las consultas de crecimiento y desarrollo de primera vez en la vida:

Programa Cto y Dllo

Cumplimiento en las consultas de crecimiento y desarrollo de primera vez en la vida

80

Máx. de Estimación



Para este indicador, se observa que el régimen subsidiado solo cumple con el estimado del 80% en los meses de febrero y marzo, el régimen contributivo no cumple con la estimación de dicho indicador en todo el año.

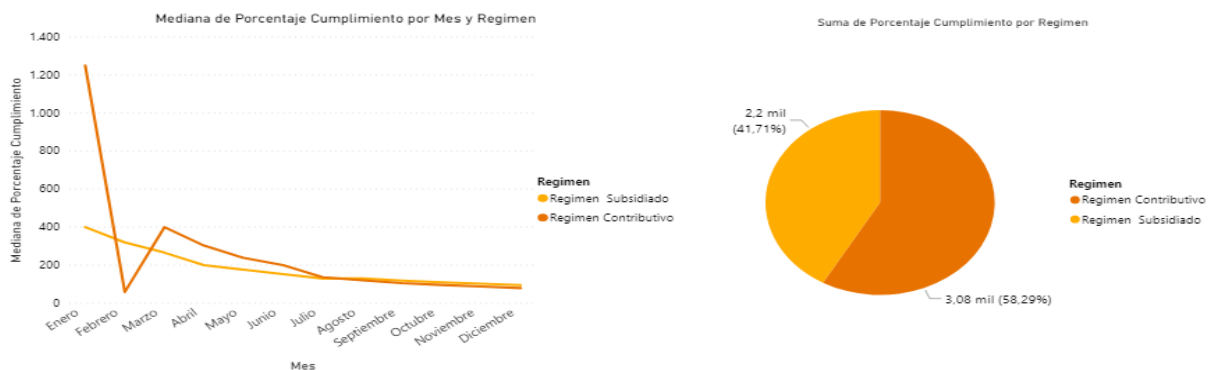
Indicador cobertura de consulta de crecimiento y desarrollo médico-enfermera menor de un año:

Programa Cto y Dllo

Consultas de control de crecimiento y desarrollo medico- enfermera, menor de un año

90

Máx. de Estimación



En relación a los controles de crecimiento y desarrollo en el menor de un año, el régimen subsidiado cumple con la estimación con coberturas superiores al 90% durante todo el año 2019, mientras que el régimen contributivo no cumple en los meses de febrero y diciembre.

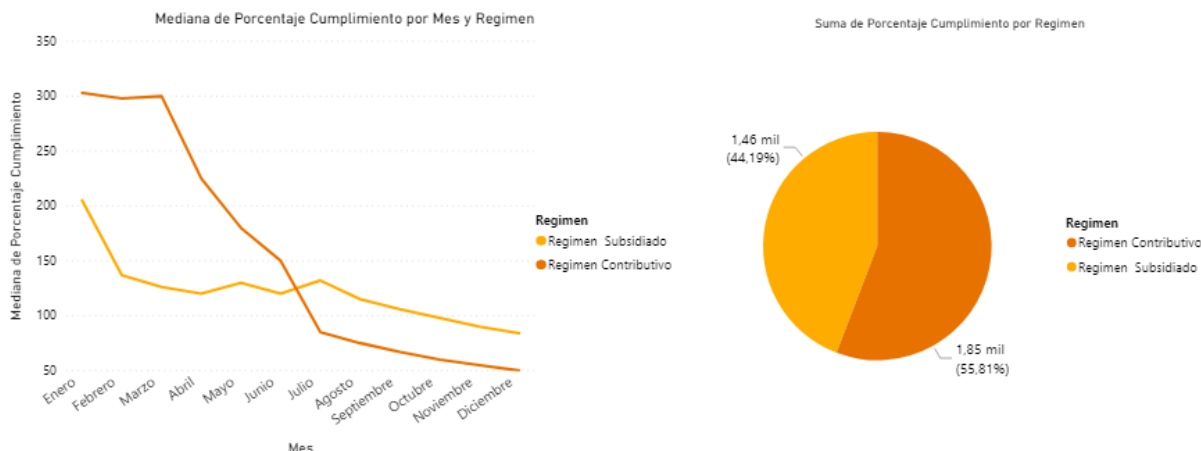
Indicador cobertura de consulta de crecimiento y desarrollo médico-enfermera de 12 a 23 meses:

Programa Cto y Dllo

Consultas de control de crecimiento y desarrollo medico- enfermera, 12 a 23 meses

80

Máx. de Estimación



Como se evidencia en la gráfica, y al igual que el indicador anterior, el régimen contributivo mantiene coberturas por encima a la estimación durante todo el año 2019, mientras que el régimen contributivo desciende al no cumplimiento desde los meses de agosto a diciembre con coberturas inferiores al 80%.

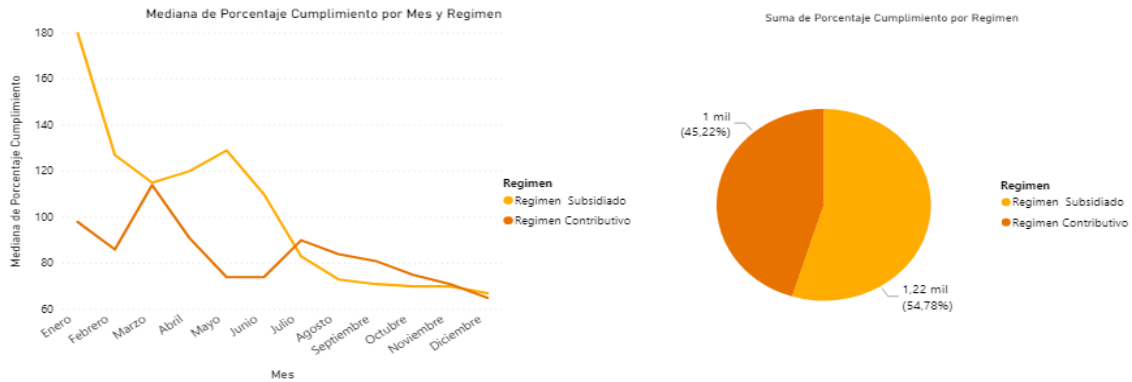
Indicador cobertura de consulta de crecimiento y desarrollo médico-enfermera entre 2 y 7 años:

Programa Cto y Dllo

Consultas de control de crecimiento y desarrollo medico- enfermera, niños 2 a 7 años

60

Máx. de Estimacion



En relación a los controles de crecimiento y desarrollo en niños entre 2 y 7 años, tanto el régimen subsidiado como el contributivo mantuvieron coberturas muy por encima del 60%, tan solo el mes de diciembre para el régimen contributivo es el mes en el cual se registra la cobertura más baja del 65%, siendo aún por encima de la estimación. Por lo tanto, el cumplimiento de dicho indicador es óptimo para ambos regímenes.

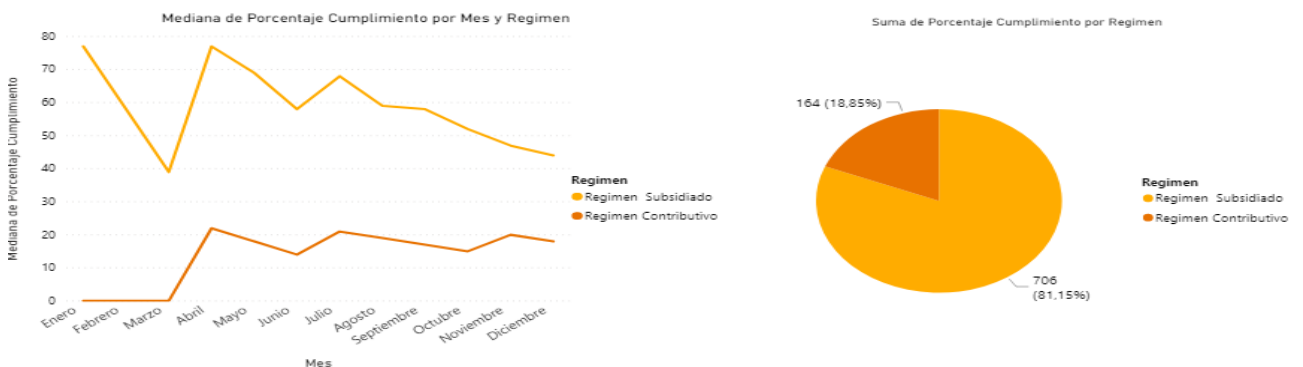
Indicador cobertura de consulta de crecimiento y desarrollo médico-enfermera entre 8 y 9 años:

Programa Cto y Dllo

Consultas de control de crecimiento y desarrollo medico- enfermera, niños 8 a 9 años

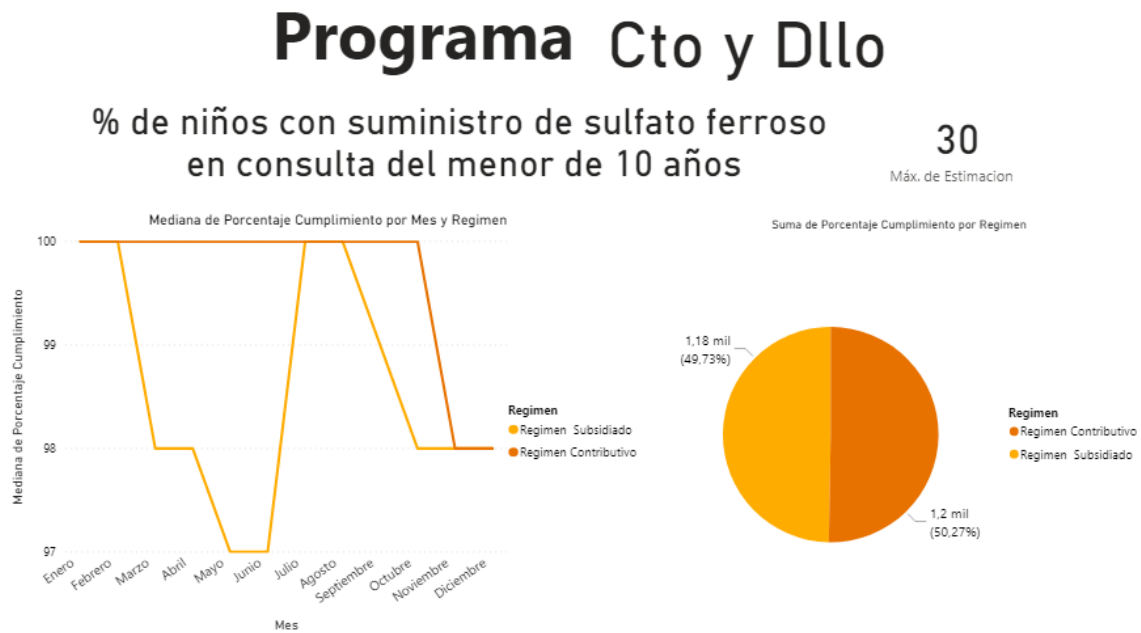
40

Máx. de Estimacion



En relación a los controles de crecimiento y desarrollo en niños entre 8 y 9 años, para el régimen subsidiado se evidencia cumplimiento durante todo el año 2019, mostrando coberturas por encima de la estimación del 40%. Sin embargo, para el régimen contributivo, se observa un incumplimiento de dicho indicador para todo el año consecutivo.

Indicador % de niños con suministro de sulfato ferroso en consulta menor de 10 años:



En el % de niños con suministro de sulfato ferroso en consulta menor de 10 años no se presentó incumplimiento inferior al 30% (estimación) en ninguno de los regímenes; se mantuvo siempre por encima de éste.

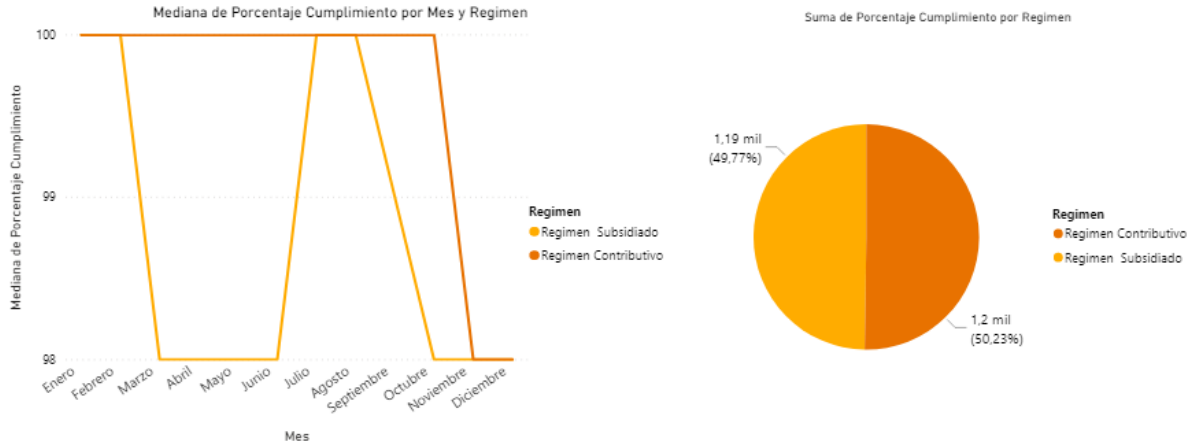
Indicador % de niños con suministro de Vit A en consulta del menor de 10 años:

Programa Cto y Dllo

% de niños con suministro de vit A en consulta del menor de 10 años

30

Máx. de Estimación



Para el % de niños con suministro de Vit A en consulta menor de 10 años, se observa una gráfica similar al indicador analizado anteriormente, en donde los regímenes dan cumplimiento a la estimación durante todo el año 2019.

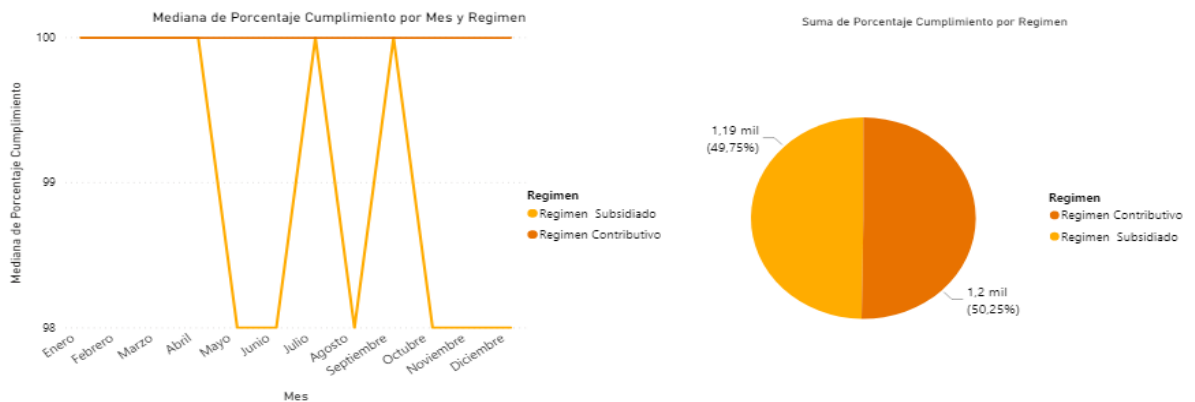
Indicador % de niños en consulta de crecimiento y desarrollo que registran peso y talla:

Programa Cto y Dllo

% de niños en consulta de cy d que registran peso y talla

90

Máx. de Estimación



Para este indicador, tanto para el régimen subsidiado como contributivo, el cumplimiento se mantuvo por encima del estimado (90%).

Programa de adulto

Indicador cumplimiento en la realización de consulta del quinquenio:



Se observa que para el régimen subsidiado dicho indicador fue cumplido con coberturas superiores al 40% durante casi todo el año 2019, tan solo en el mes de diciembre se observa un descenso al 38%, siendo aun aceptable para la estimación. Sin embargo para el régimen contributivo, el cumplimiento a dicho indicador no se da, al tener coberturas máximas de tan solo 24%.

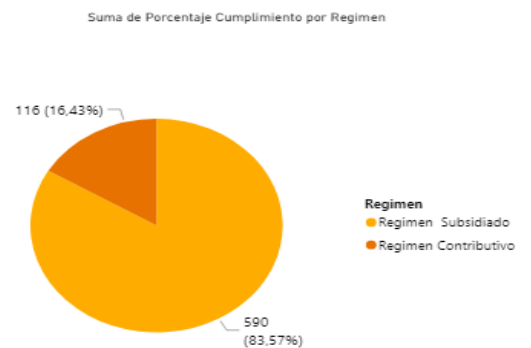
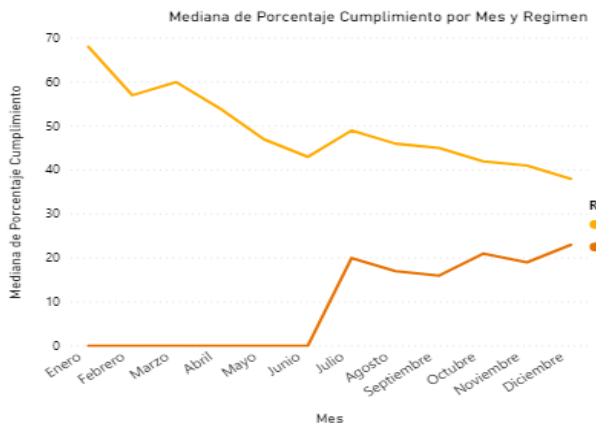
Indicador % de personas en quinquenio con toma de glicemia, HDL y Creatinina

Programa Adulto

% de personas en quinquenio con toma de glicemia, HDL y creatitina

40

Máx. de Estimacion



Para el % de personas en quinquenio con toma de glicemia, HDL y creatinina, se evidencia un comportamiento igual al indicador anterior, en donde el régimen contributivo no cumple con la estimación, mientras que el subsidiado si.

Programa de parto

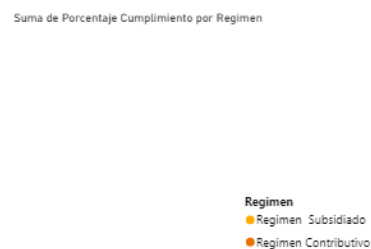
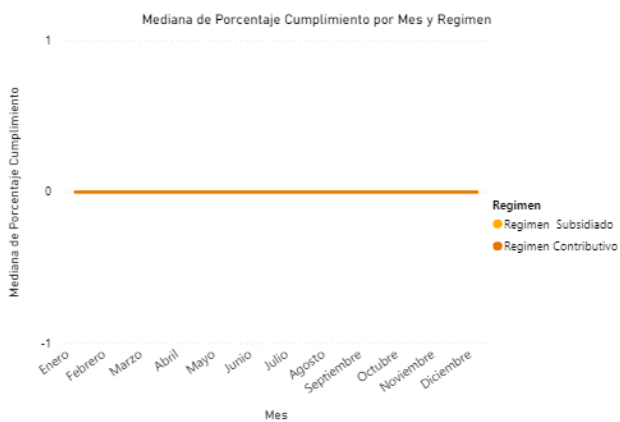
Indicador % de recién nacidos tamizados con TSH:

Programa Parto

% de recién nacidos tamizados con TSH

90

Máx. de Estimacion



Para el % de recién nacidos tamizados con TSH, se evidencia un indicador en 0% tanto en el régimen subsidiado como el contributivo. Se evidencia que para la Nueva EPS, no se presentaron nacimientos durante el año 2019 en la IPS.

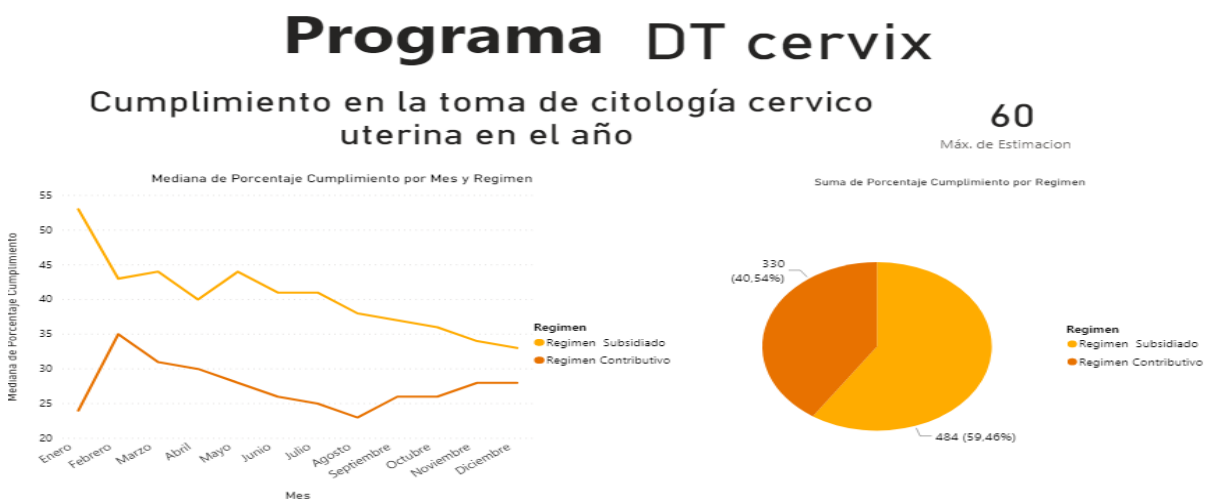
Indicador % de recién nacido con control de recién nacido:



Se evidencia que para el % de recién nacido con control de recién nacido, igual comportamiento que con el indicador anterior, ya que no se presentaron nacimientos de usuarios de Nueva EPS en la IPS durante el 2019.

Programa CA de cérvix

Indicador cumplimiento de la toma de citología cervicouterina en el año:



Para dicho indicador se evidencia que tanto para el regimen subsidiado como el contributivo no se da cumplimiento a la estimacion del 60% durante todo el año 2019.

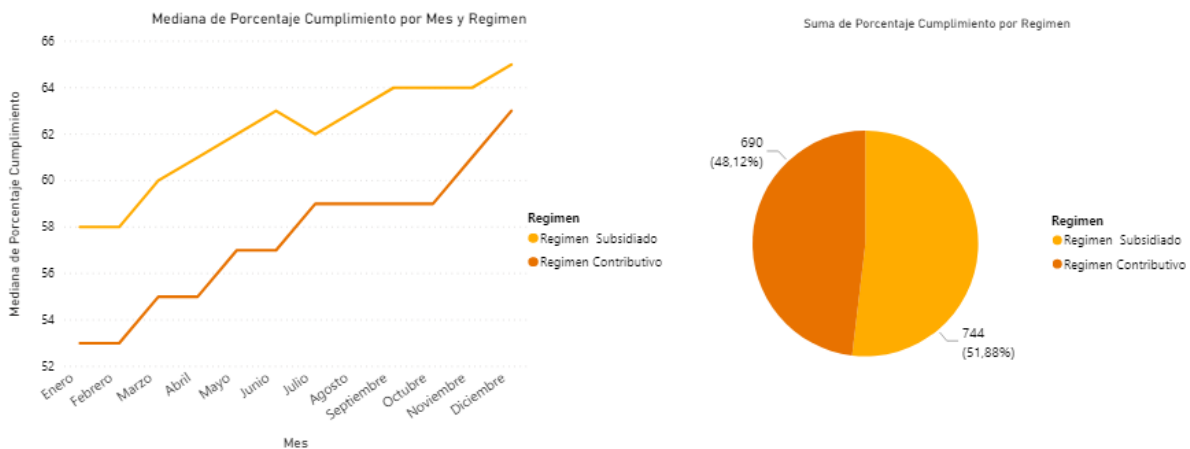
Indicador cobertura de citología cervicouterina por lo menos una vez en la vida:

Programa DT cervix

Cobertura de citologia cervico uterina por lo menos una vez en la vida

80

Máx. de Estimacion



Para la cobertura de citología cervicouterina por lo menos una vez en la vida, se observa al igual que el indicador anterior, que la estimación no se cumple en ninguno de los dos regímenes.

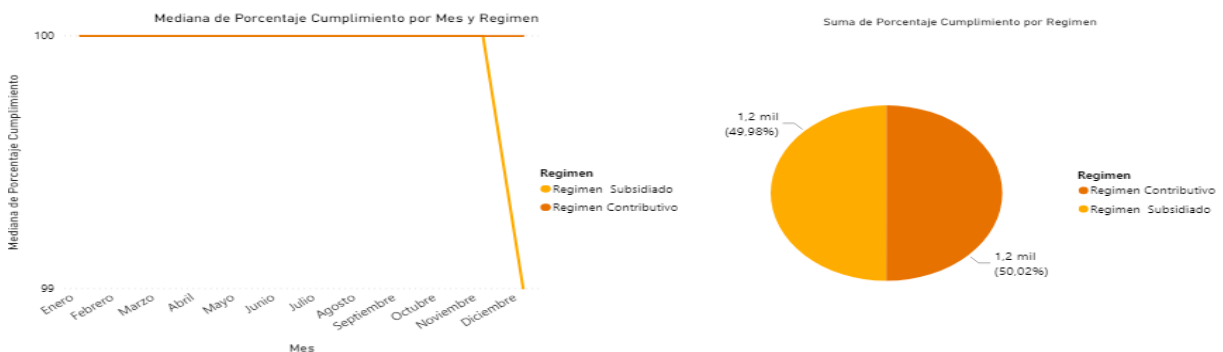
Indicador calidad de la muestra:

Programa DT cervix

Calidad de la muestra (ZTP)

90

Máx. de Estimacion



Para la calidad de la muestra (ZTP), en el programa de CA de cérvix, se evidencia que tanto el régimen subsidiado, como el régimen contributivo, cumplió con metas superiores al 90% durante el año 2019.

Indicador cumplimiento en la toma de biopsia de cuello uterino:



Para dicho indicador se evidencia incumplimiento del 0%, tanto para regimen subsidiado como contributivo. Cabe resaltar que la IPS Hospital Santa Lucia E.S.E, es de primer nivel y no realizan dicho procedimiento.

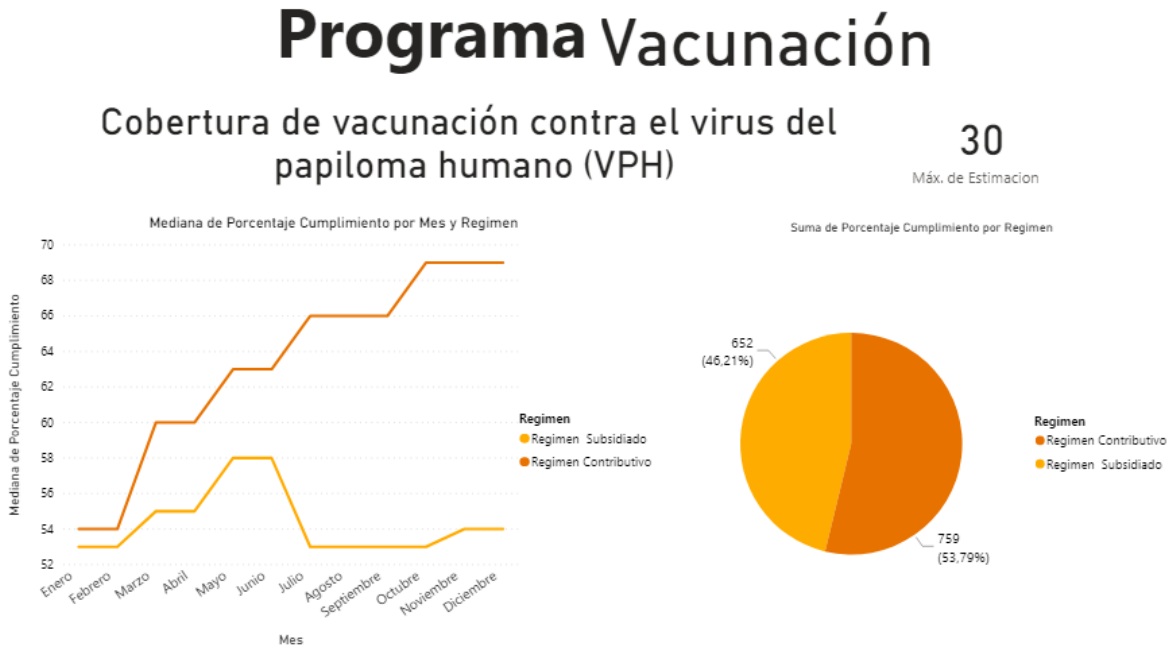
Indicador cumplimiento en la toma de colposcopia:



Se evidencia que tanto para el regimen subsidiado como contributivo no se dio cumplimiento al cumplimiento en la toma de colposcopia durante el año 2019, cabe resaltar que el Hospital Santa Lucia E.S.E es ina IPS de primer nivel.

Programa de vacunación

Indicador cobertura de vacunación contra el VPH:



Para la cobertura de vacunación contra el VPH, se evidencia que tanto para el régimen subsidiado como el contributivo, se cumplió la estimación por encima del 30%, siendo un resultado óptimo para el programa.

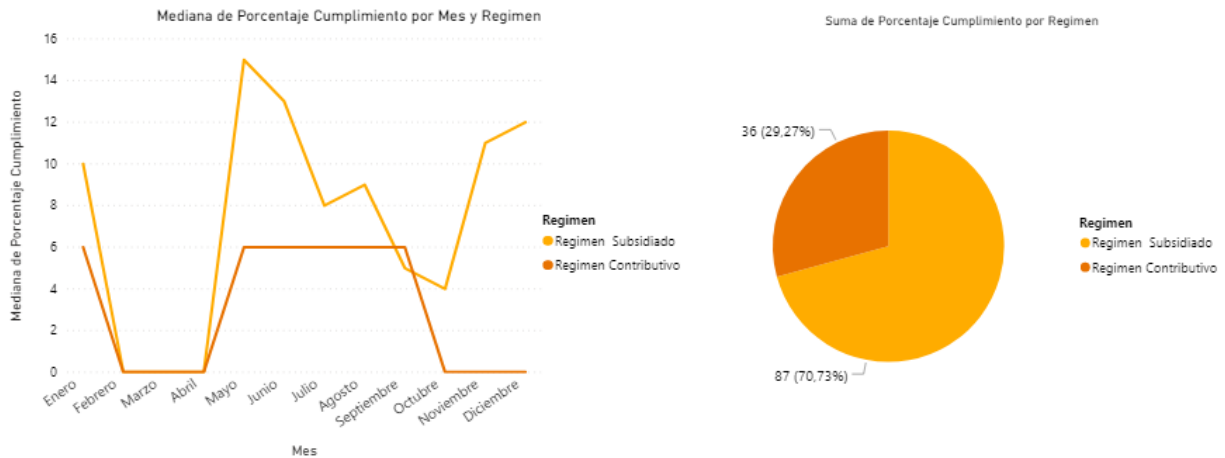
Indicador cobertura de vacunación en adultos:

Programa Vacunación

Cobertura de vacunación en adultos

20

Máx. de Estimacion



En relación a la vacunación en adultos, si bien la estimación es de tan solo 20%, se observa que tanto el régimen subsidiado como el contributivo, no cumplió con la meta durante todo el año.

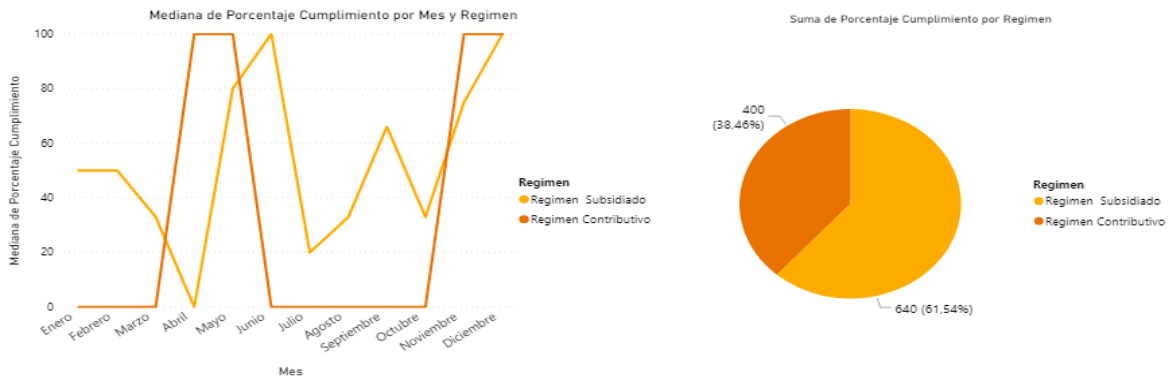
Indicador cobertura de vacunación en gestantes:

Programa Vacunación

Cobertura de vacunación en gestantes (Tdap)

90

Máx. de Estimacion



En relación a la vacunación en gestantes, el régimen subsidiado presento cumplimiento superior al 90% en los meses de abril, mayo, noviembre y diciembre, los otros meses, vario entre el 0% y el 80%. Para el régimen contributivo, se observa que solo cumplió la meta superior en los meses de abril, mayo, noviembre y diciembre.

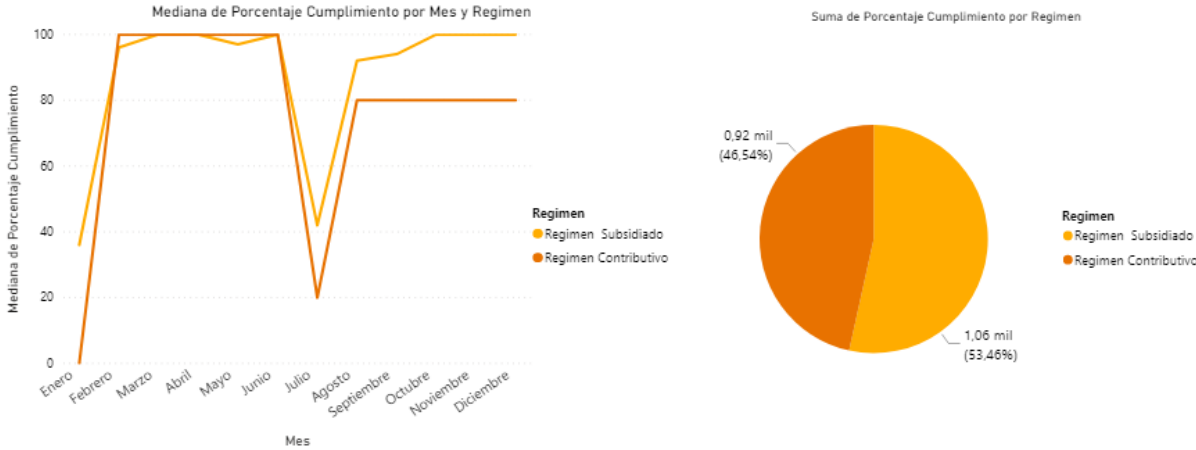
Indicador cobertura de vacunación en menores de un año:

Programa Vacunación

Cobertura de vacunación en menores de 1 año
(0 a 11 meses 29 días)

90

Máx. de Estimación



En relación a la vacunación en menores de un año, se observa que el régimen subsidiado no cumple con lo estimado para los meses de enero y agosto, mientras que el régimen subsidiado presenta el mismo comportamiento en los meses de enero, y de agosto a diciembre.

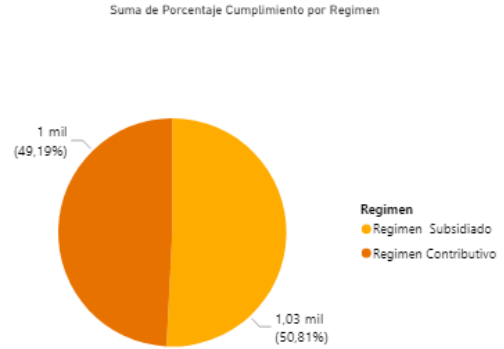
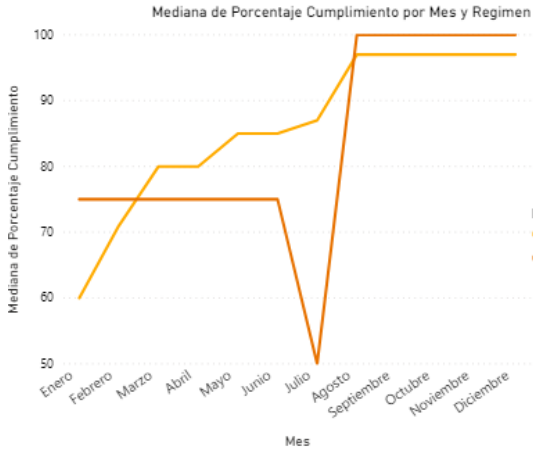
Indicador cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses:

Programa Vacunación

Cobertura de vacunación en menores de 12 a 24 meses (de 1 año)

90

Máx. de Estimación



En relación a la vacunación de 1 año, tanto para el régimen subsidiado como el contributivo, no se dio cumplimiento durante los primeros meses del año, sin embargo, se cumple con la estimación del 90% en los meses de agosto a diciembre en ambos regímenes.

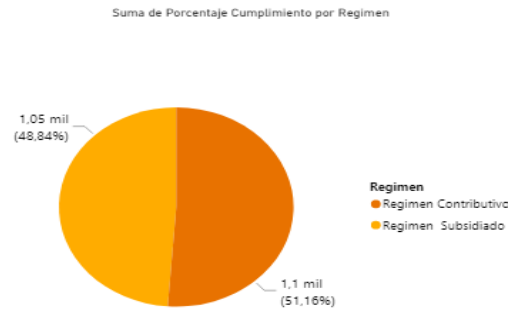
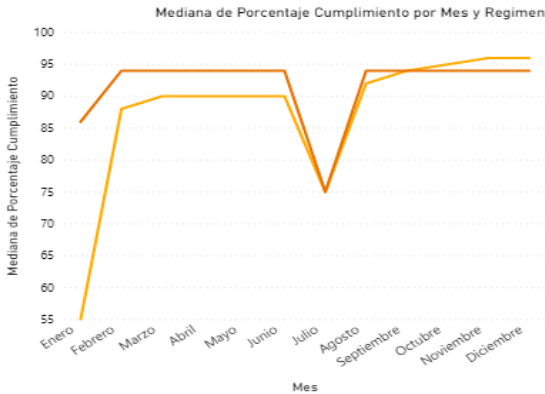
Indicador cobertura de vacunación en menores de 6 años:

Programa Vacunación

Cobertura de vacunación en menores de 6 años

90

Máx. de Estimación



Para la cobertura de vacunación en menores de 6 años, el régimen subsidiado no cumple durante los meses de enero, febrero y julio la estimación del 90%, comportamiento similar con el régimen contributivo el cual no cumple tan solo los meses de enero y julio.

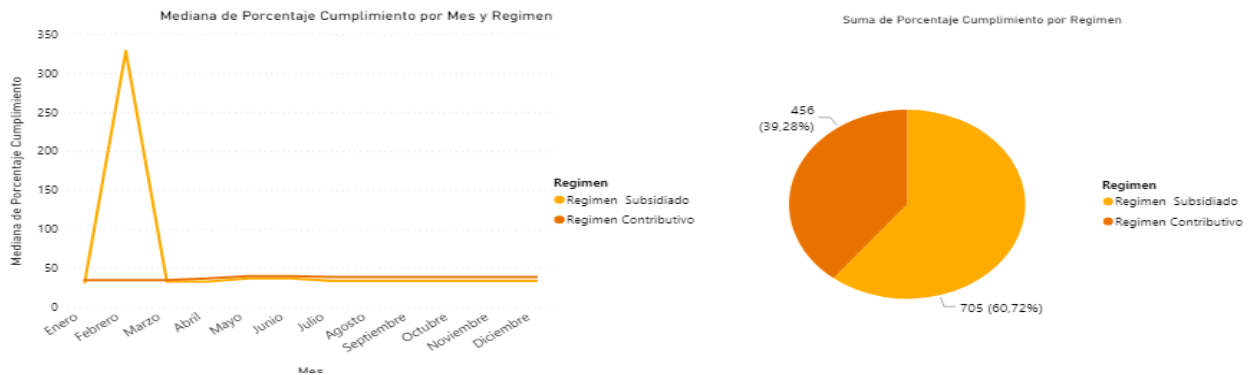
Cobertura de vacunación de mujeres en edad fértil:

Programa Vacunación

Cobertura de vacunación en mujeres en edad fértil

30

Máx. de Estimación



Se observa que, para la vacunación en mujeres en edad fértil, la estimación es de 30%, y tanto el régimen subsidiado como el contributivo mantuvo coberturas muy por encima durante todo el año 2019.

Programa planificación familiar

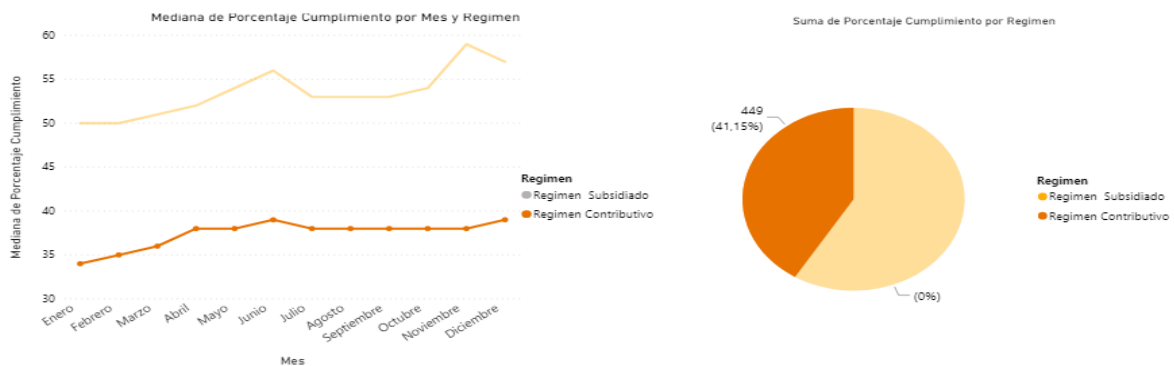
Indicador cobertura en la realización de consulta de planificación familiar de primera vez en mujeres de 15 a 49 años:

Programa Planificación familiar

Cobertura en la realización de consulta planificación familiar de primera vez en mujeres de 15 a 49 años

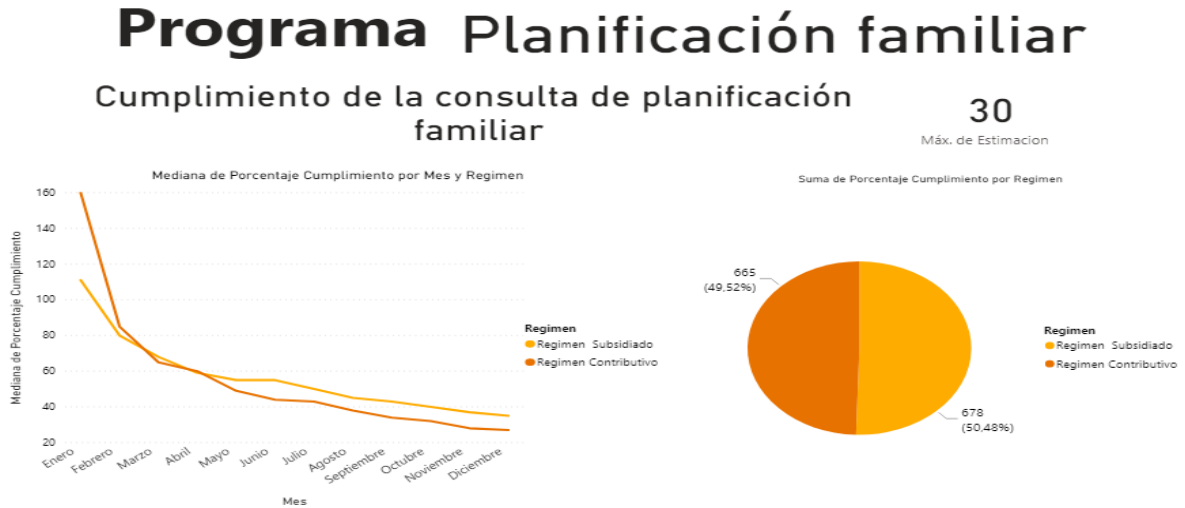
50

x. de Estimación



En relación a planificación familiar, la cobertura en la realización de consulta de primera vez en mujeres de 15 a 49 años, el régimen subsidiado mantuvo su cumplimiento óptimo por encima del 50%. Sin embargo, para el régimen contributivo no se cumple con el estimado.

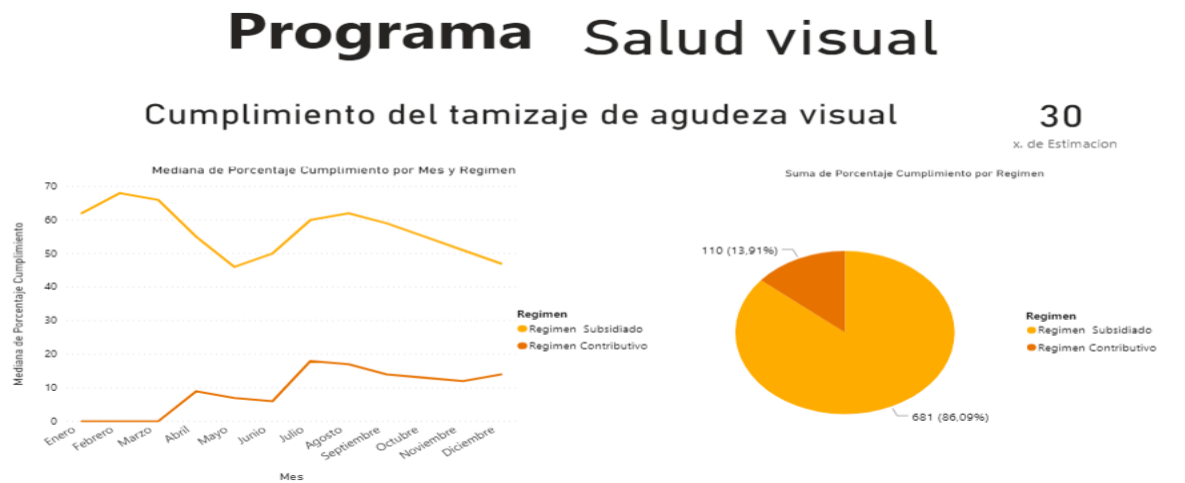
Indicador cumplimiento en la consulta de planificación familiar:



Como se observa en la gráfica, tanto el régimen contributivo como el subsidiado, muestran un comportamiento al descenso, sin embargo, el régimen subsidiado presento coberturas superiores a la estimación (30%) durante todo el año 2019, mientras que el régimen contributivo durante los dos meses finales del año no cumplió con la meta con coberturas del 27% y 28%.

Programa salud visual

Indicador cumplimiento de tamizaje de agudeza visual:



En relación al tamizaje para agudeza visual, se observa que el régimen subsidiado da cumplimiento durante todo el año 2019 a dicho indicador con coberturas superiores al 30%. Sin embargo, para el régimen contributivo, no se observa cumplimiento de la estimación.

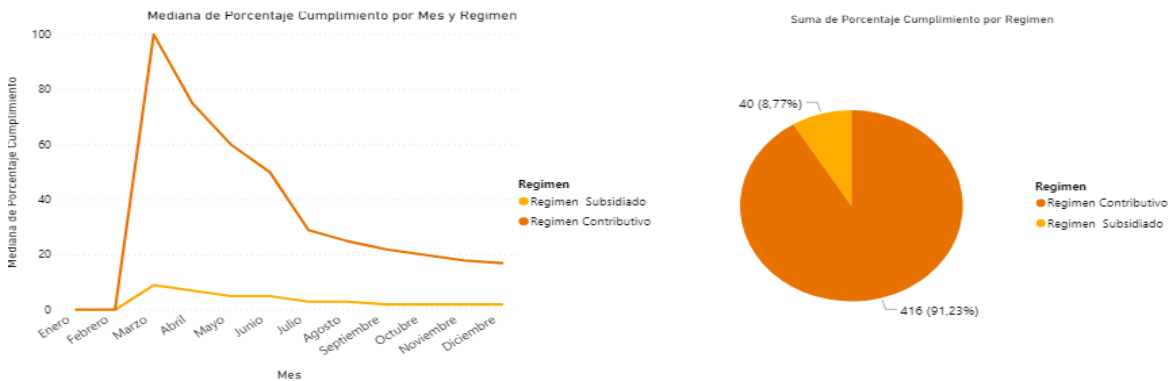
Indicador cumplimiento en la consulta de oftalmología:

Programa Salud visual

Cumplimiento en la consulta de oftalmología

20

x. de Estimación



Para el regimen subsidiado, se observa el no cumplimiento a la estimacion durante todo el año 2019 con coberturas inferiores al 20%; caso contrario en el regimen contributivo el cual si cumplio en la mayoría de los meses.

Programa de salud oral

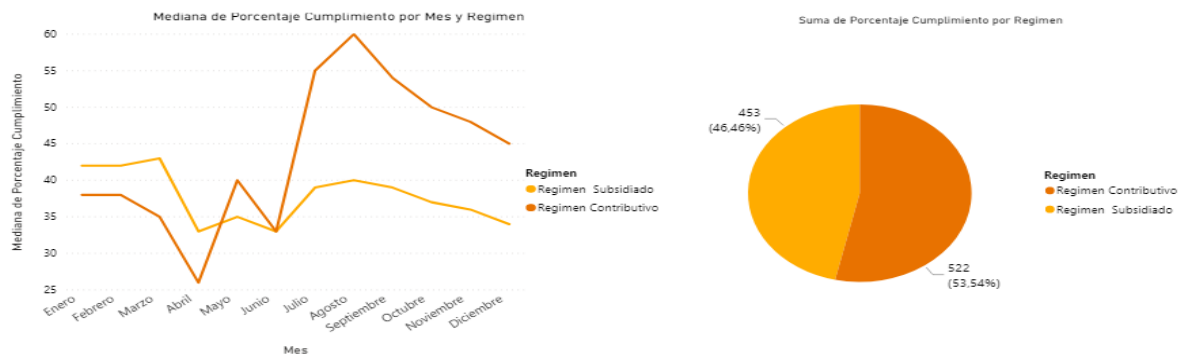
Indicador cumplimiento de aplicación de flúor:

Programa Salud Oral

Cumplimiento de aplicación de flúor

25

x. de Estimación



Para este indicador, ya que la estimación es de tan solo el 25%, se evidencia cumplimiento tanto del régimen subsidiado como el contributivo durante todo el año 2019.

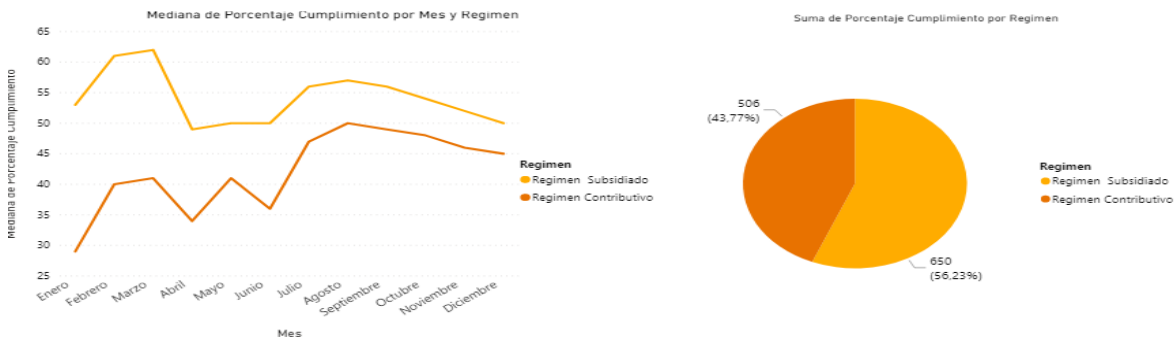
Indicador cumplimiento en el control de placa bacteriana:

Programa Salud Oral

Cumplimiento en el control de placa bacteriana

25

x. de Estimacion



Tanto para el regimen subsidiado, como el contributivo, se observa cumplimiento de la estimacion (25%) durante todo el año 2019 para dicho indicador; Se obtiene un cumplimiento optimo de dicho indicador.

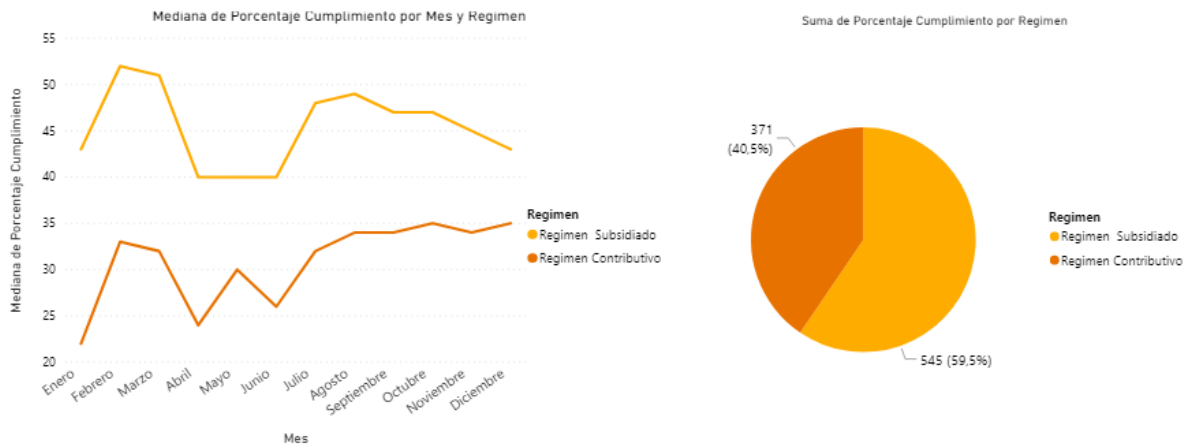
Indicador cumplimiento en la realizacion de detartraje supragingival:

Programa Salud Oral

Cumplimiento en la realización de Detartraje supragingival

25

x. de Estimacion



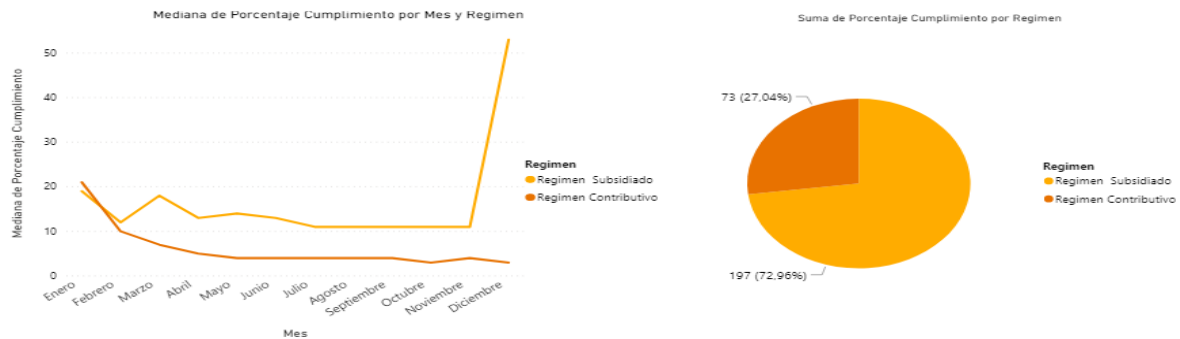
Se evidencia resultado optimo de dicho indicador tanto para el regimen subsidiado como el contributivo, con coberturas superiores al 25% durante casi todo el año 2019. Tan solo se evidencia un descenso en el regimen contributivo durante los meses de enero y abril al 24%.

Indicador cumplimiento de aplicación de sellantes: Programa Salud Oral

Cumplimiento de aplicación de sellantes

25

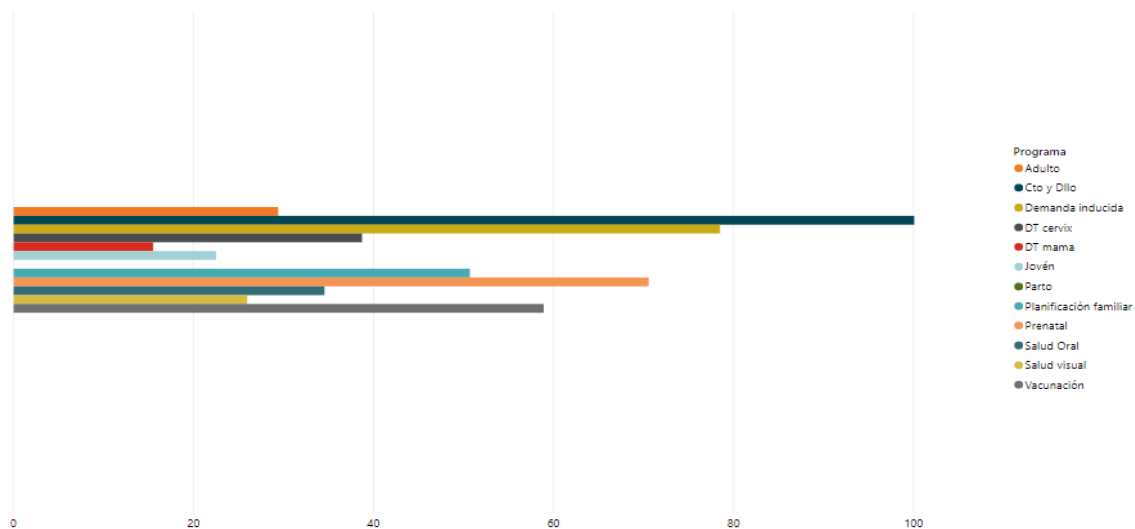
x. de Estimacion



Para la aplicación de sellantes, el regimen subsidiado tan solo cumple con el estimado del 25% en el mes de diciembre, teniendo un comportamiento similar al del regimen contributivo, el cual no cumple con estimado durante todo el año 2019.

Cumplimiento por programa

Promedio de Porcentaje Cumplimiento por Programa



Se puede observar que para la Nueva EPS, el programa que mayor cumplimiento tuvo en las estimaciones fue crecimiento y desarrollo, con un cumplimiento en sus indicadores superior al 100%.

DEMANDA INDUCIDA

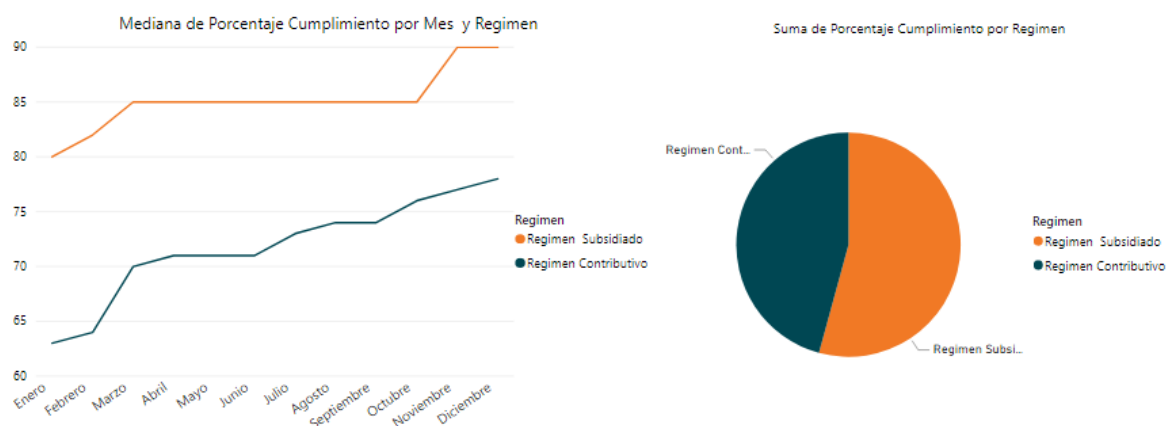
Indicador cobertura de los programas de promoción y prevención:

Programa Demanda inducida

Cobertura de los programas de promoción y prevención

80

Máx. de Estimacion



Para la cobertura de todos los programas de promoción y prevención del Hospital Santa Lucia E.S.E del municipio de Roncesvalles, se observa que, durante el año 2019, la nueva EPS dio cumplimiento por encima del 80% en relación a la demanda inducida efectiva de todos los programas que oferta la institución en el régimen subsidiado, evidenciando así, que la demanda inducida por los promotores y gestores de la EAPB y la IPS surgió efecto en dicha población. Sin embargo, el régimen contributivo no cumplió con la meta esperada y no supero el 78% de coberturas.

Analisis cumplimiento de coberturas EAPB COMPARTA

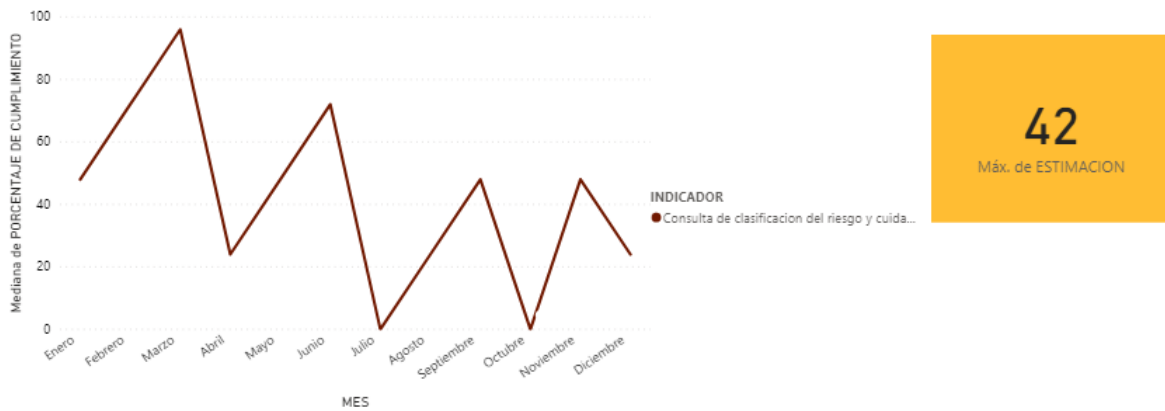
La EAPB COMPARTA, en el municipio de Roncesvalles solo cuenta con poblacion del regimen subsidiado, por lo cual el analisis que se presentara a continuacion tan solo cuenta informacion de un dicho regimen.

Programa prenatal

Indicador consulta de clasifiacion del riesgo y cuidado prenatal por medicina general:

Programa Prenatal

Consulta de clasificacion del riesgo y cuidado prenatal por medicina general

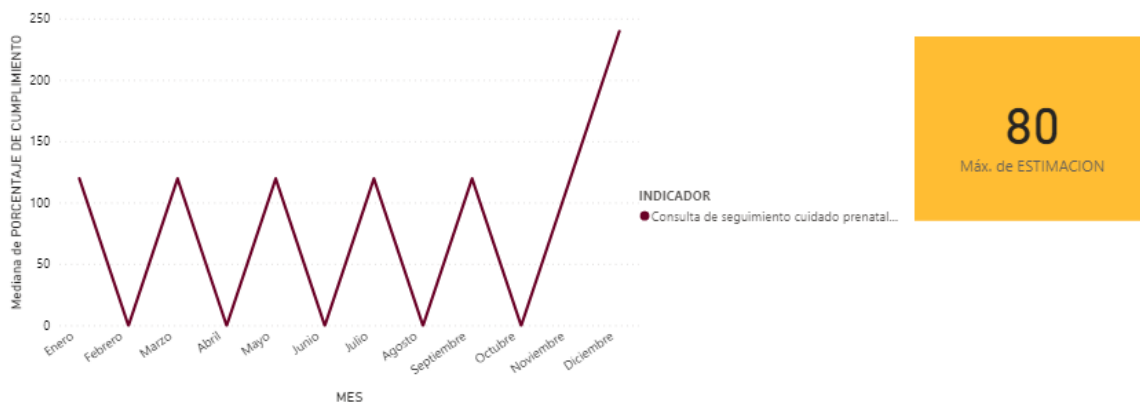


Se observa el no cumplimiento a la estimacion los meses abril, julio, octubre y diciembre, con coberturas por debajo del 42%.

Indicador consulta de seguimiento cuidado prenatal por enfermeria:

Programa Prenatal

Consulta de seguimiento cuidado prenatal por enfermería

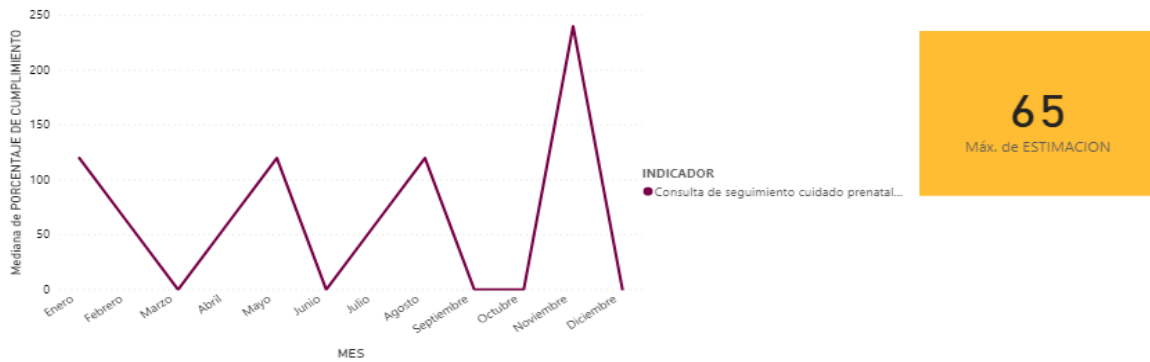


Teniendo en cuenta que dicha consulta por enfermería en el programa no se realiza mensualmente, se observa que el cumplimiento es óptimo en los meses donde su cobertura supera el 100%.

Indicador consulta de seguimiento cuidado prenatal por medicina general:

Programa Prenatal

Consulta de seguimiento cuidado prenatal por medicina general

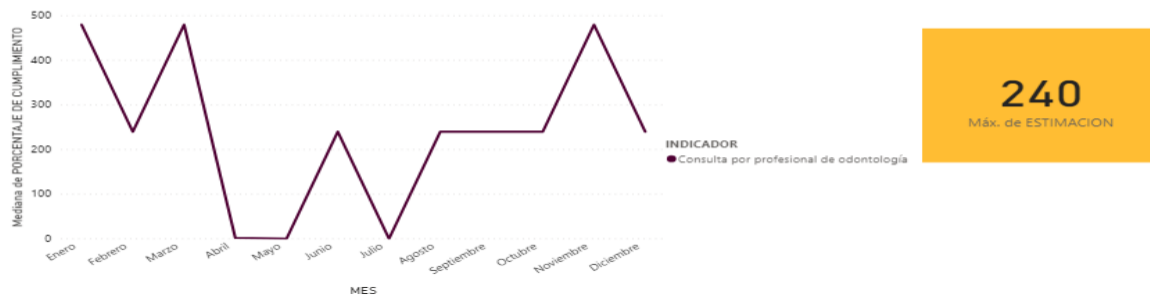


Teniendo en cuenta que dicha consulta por medicina en el programa no se realiza mensualmente, siempre y cuando no se encuentre en alto riesgo obstetrico, se observa que el cumplimiento es óptimo en los meses donde su cobertura supera el 100%.

Indicador consulta por profesional de odontología:

Programa Prenatal

Consulta por profesional de odontología

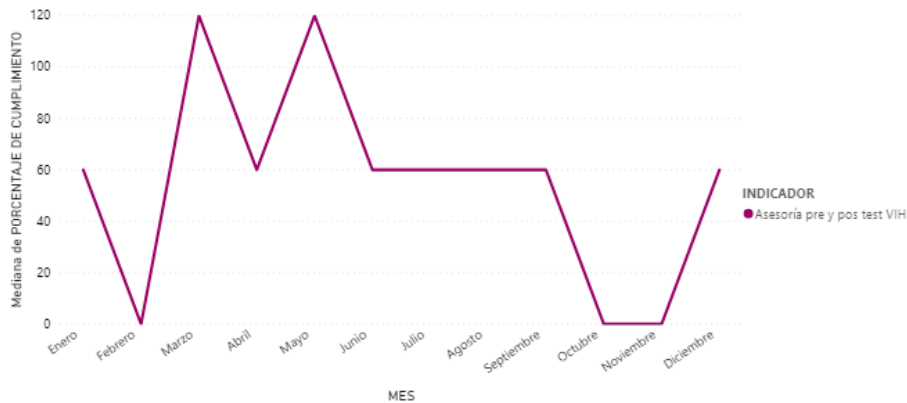


Se observa un cumplimiento superior en la mayoría de los meses del año 2019, con coberturas por encima a lo estimado.

Indicador asesoria pre y post VIH:

Programa Prenatal

Asesoría pre y pos test VIH



55
Máx. de ESTIMACION

Se puede observar en la grafica, que en la mayoría de los meses del año 2019, dicho indicador semantuvo por encima del 55%, estimacion dada, y tan solo en los meses de febrero, octubre y noviembre no se presentaron.

Indicador suplementos multivatimínicos ordenados a gestantes:

Programa Prenatal



62
Máx. de ESTIMACION

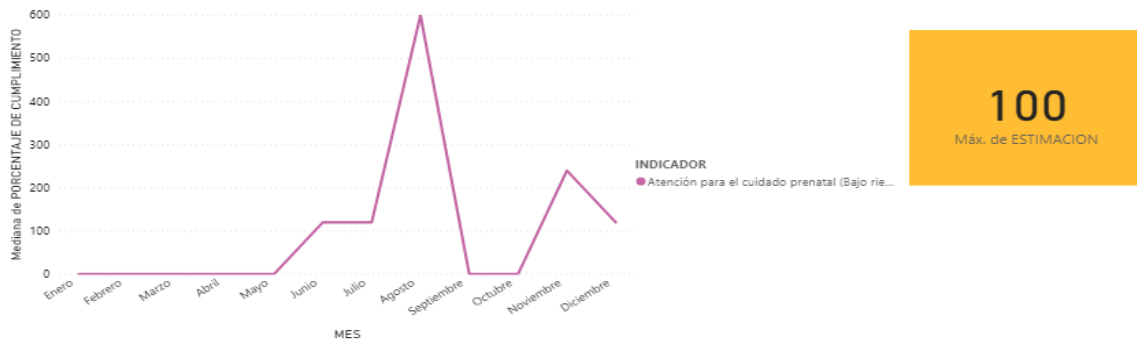
Se observa muchas alteraciones entre calcio, hierro y ácido fólico, suplementos que deberían de tener las mismas cifras. Esto demuestra que dichos suplementos no

están siendo ordenados de forma correcta a las gestantes y no están siendo administrados como deberían.

Indicador atención para el cuidado prenatal:

Programa Prenatal

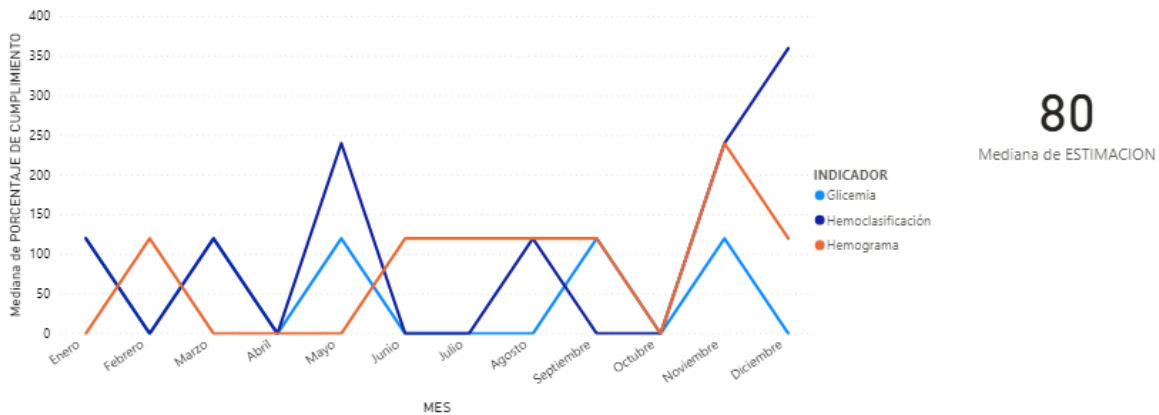
Atención para el cuidado prenatal (Bajo riesgo)



Se puede observar que no se dio cumplimiento en la gran mayoría de los meses del año 2019, tan solo se cumplió en los meses de junio, julio, agosto, noviembre y diciembre, con coberturas superiores al 100%.

Indicador glicemia, hemograma y hemoclasificación para gestantes:

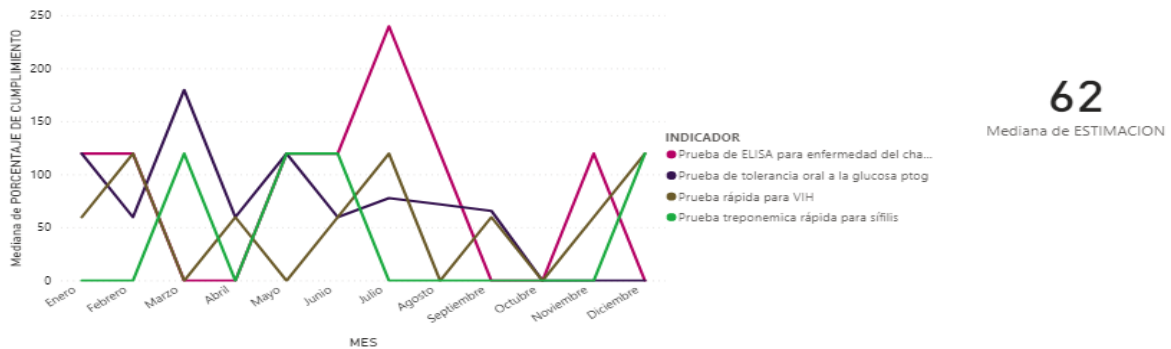
Programa Prenatal



Para los paraclínicos que se deben ordenar en el programa prenatal a la gestante se evidencia un cumplimiento intermitente y parcial para el año 2019, con coberturas por encima al 80% intermensuales.

Indicador ELISA para Chagas, VIH, VDRL, tolerancia a la glucosa:

Programa Prenatal

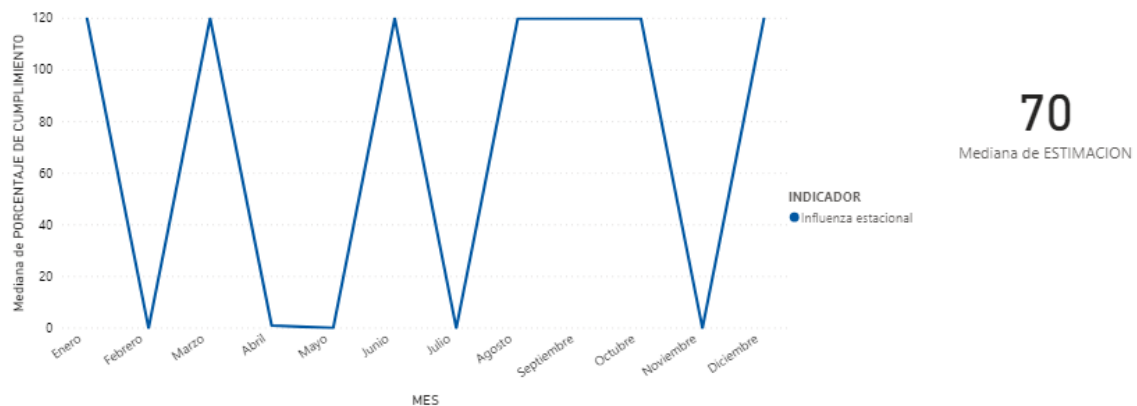


Para los paraclínicos especializados de VDRL, VIH, ELISA para chagas y curva de tolerancia, se evidencia cumplimiento parcial en algunos de los exámenes, evidenciando que los que más se cumplen son la prueba ELISA para chagas y la curva de tolerancia.

Indicador aplicación de influenza estacional para gestantes:

Programa Prenatal

Influenza estacional

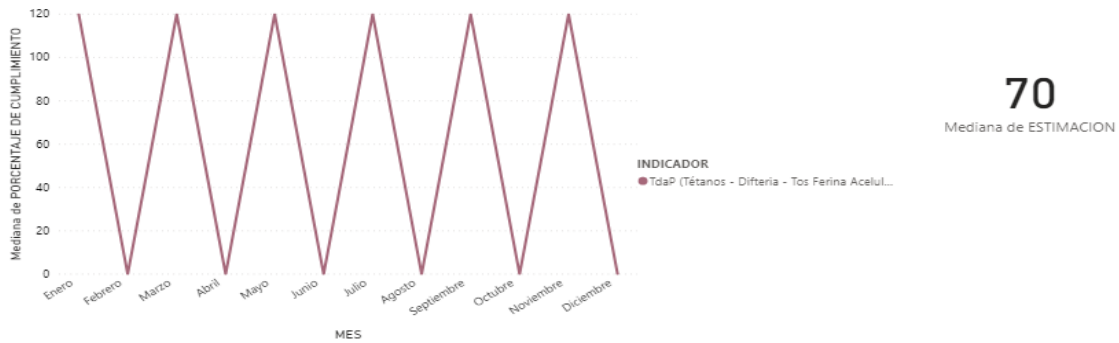


Se observa cumplimientos intermensuales del estimado del 70%, se podría analizar que dicho comportamiento se debe a que la influenza se aplica en las mujeres embarazadas una vez durante la gestación.

Indicador TdaP a gestantes:

Programa Prenatal

TdaP (Tétanos - Difteria - Tos Ferina Acelular)

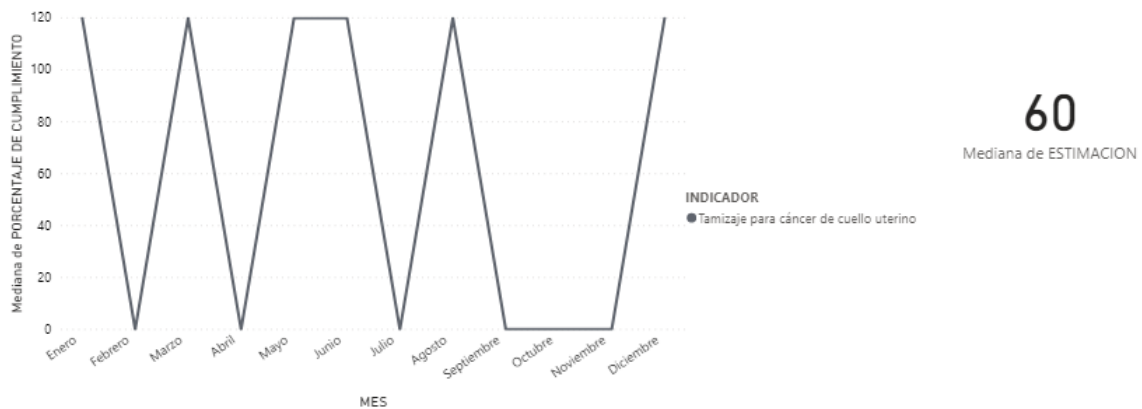


Se evidencia cumplimiento intermensual, con coberturas del 120% de cumplimiento, se podría decir que se tuvo cumplimiento óptimo de indicador, teniendo en cuenta que dicho biológico se aplica en el segundo y tercer trimestre de la gestación.

Indicador tamizaje para CA de cervix:

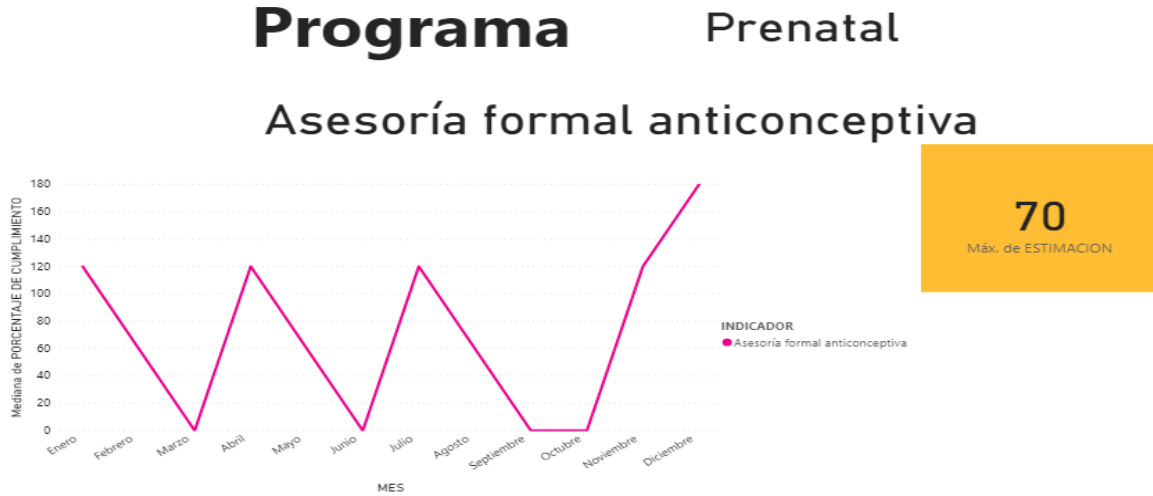
Programa Prenatal

Tamizaje para cáncer de cuello uterino



Se observa cumplimiento intermensual de dicho indicador, con coberturas que varían entre el 0% y el 120%.

Indicador asesoría anticonceptiva:



En relación a la asesoría brindada en anticoncepción tras el parto, se evidencia comportamientos del indicador que varían del 0% al 180% de cumplimiento, siendo un resultado parcial.

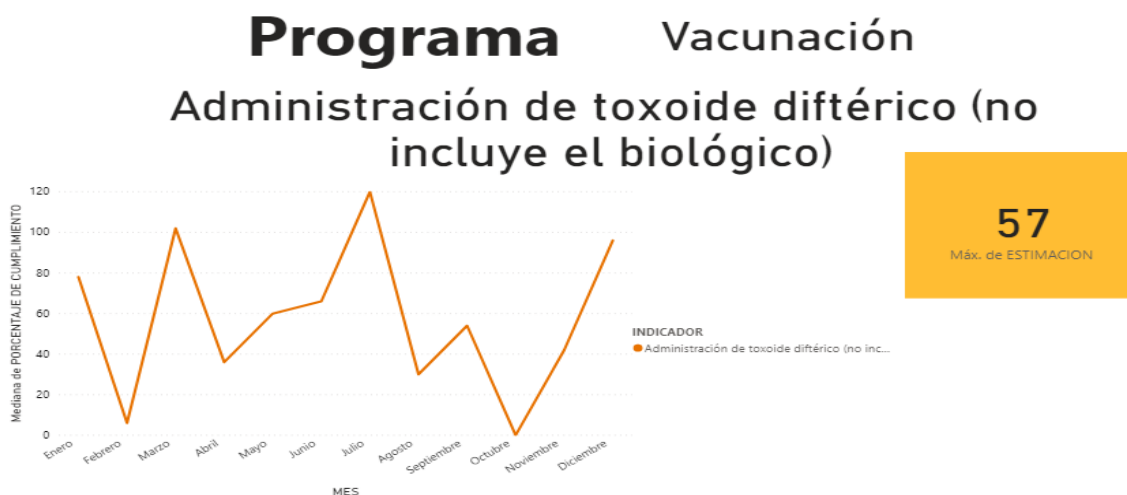
Programa vacunación

Indicador administración contra el VPH:



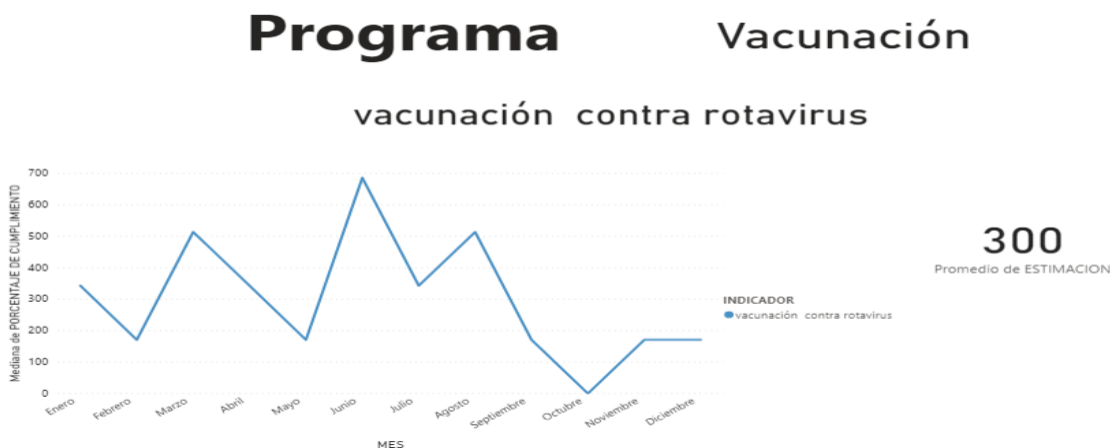
Si bien la estimacion es de tan solo el 29%, se puede observar que no se cumple en su totalidad con el indicador durante el año 2019. Se evidencian coberturas del 0% durante los meses de febrero, septiembre y octubre. Sin embargo durante los meses de mayo, agosto y diciembre, las coberturas se encuentran por encima del 55%.

Indicador administración de toxoide diftérico:



Para el Indicador administración de toxoide diftérico, se observa que durante el año 2019 se presentó un comportamiento variable, en donde algunos meses se logró la cobertura con porcentajes superiores al 57%, sin embargo, en meses como febrero y octubre se presentó 0%.

Indicador administración contra rotavirus

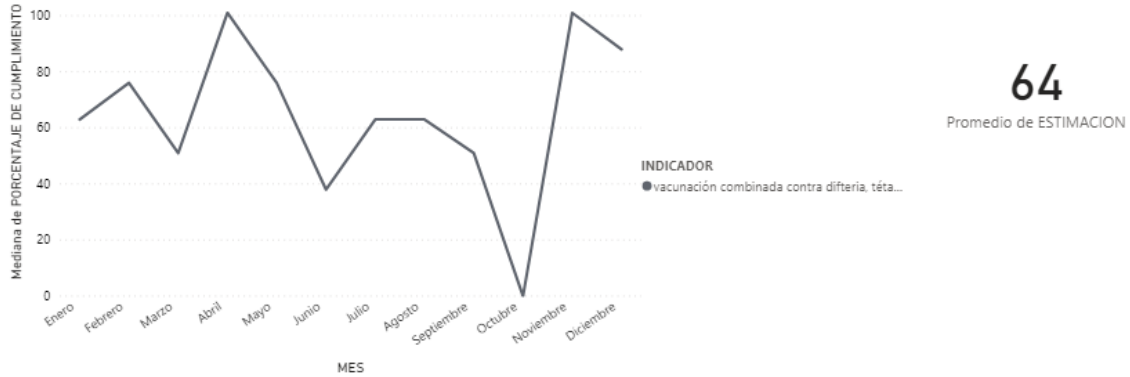


Se observa en la gráfica cumplimiento parcial en algunos de los meses del año 2019, con coberturas por encima de la estimación, sin embargo, en el mes de octubre se observa cumplimiento del 0%

Indicador administración de la DPT:

Programa Vacunación

vacunación combinada contra difteria, tétanos y tos ferina (DPT)

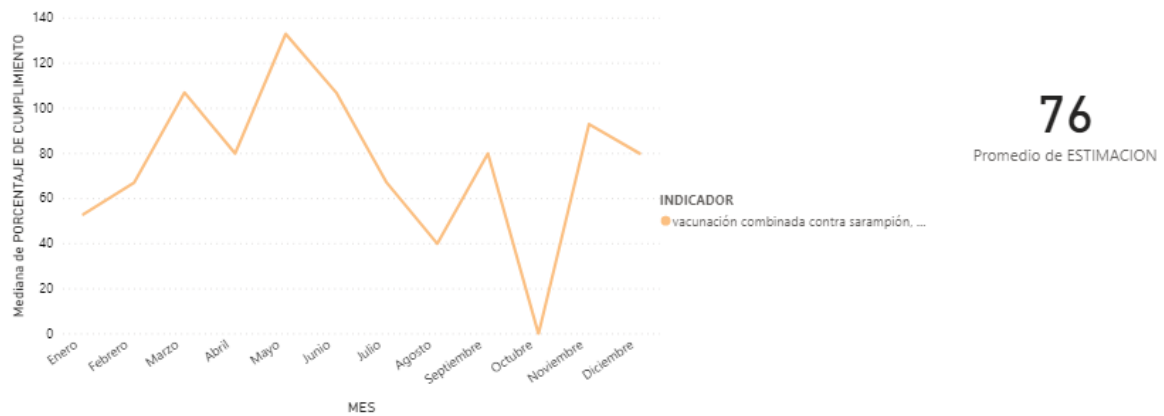


Para dicho indicador se observa cumplimiento en casi la totalidad del año 2019, con coberturas por encima de la estimación; tan solo en los meses de junio y octubre no se cumple con el 64%.

Indicador administración de triple viral:

Programa Vacunación

vacunación combinada contra sarampión, parotiditis y rubeola (SRP) (triple viral)

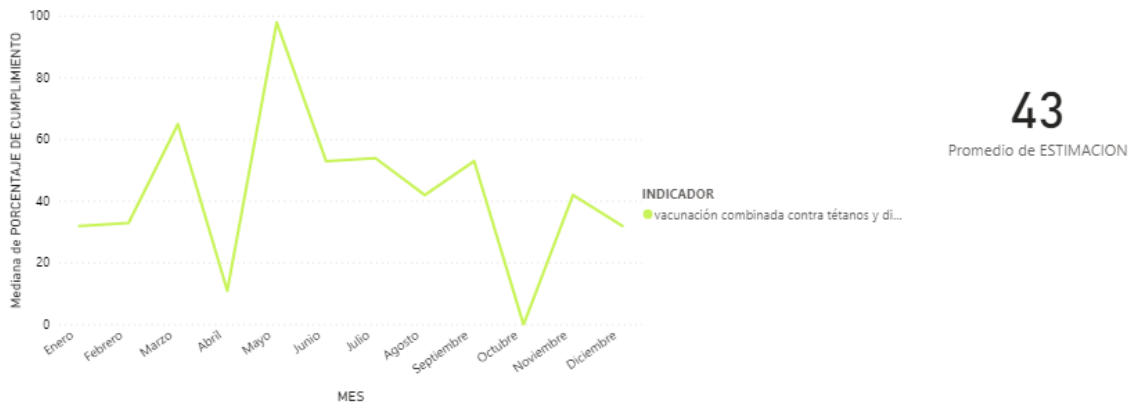


Se observa comportamiento similar al indicador anterior, con cumplimiento en algunos meses con coberturas superiores al 76%.

Indicador administracion de TD:

Programa Vacunación

vacunación combinada contra tétanos y difteria (td)

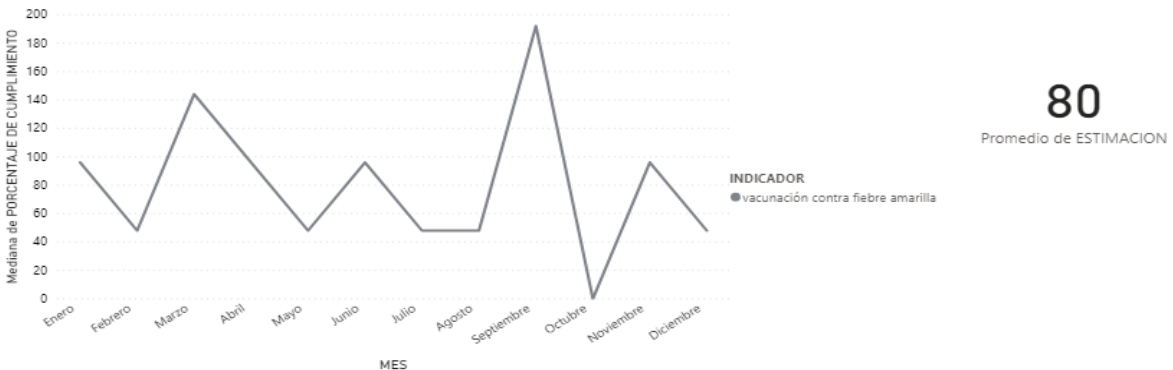


Para la TD se evidencia cumplimiento parcial en algunos de los meses del año 2019, sin embargo se observan coberturas de 0%, 11% y 32%, lo que genera incumplimiento en dicho indicador.

Indicador administracion contra la fiebre amarilla:

Programa Vacunación

vacunación contra fiebre amarilla

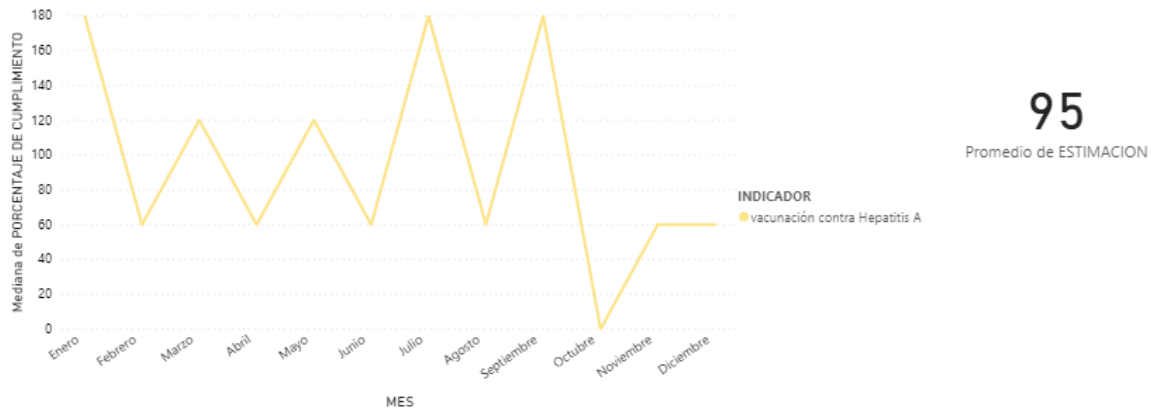


Se observa al igual que en los demas indicadores del programa, cumplimiento por meses, con coberturas que oscilan entre el 80% y el 192%, sin embargo se evidencian meses con incumplimiento del 0% como en el mes de octubre.

Indicador administracion contra la Hepatitis A:

Programa Vacunación

vacunación contra Hepatitis A

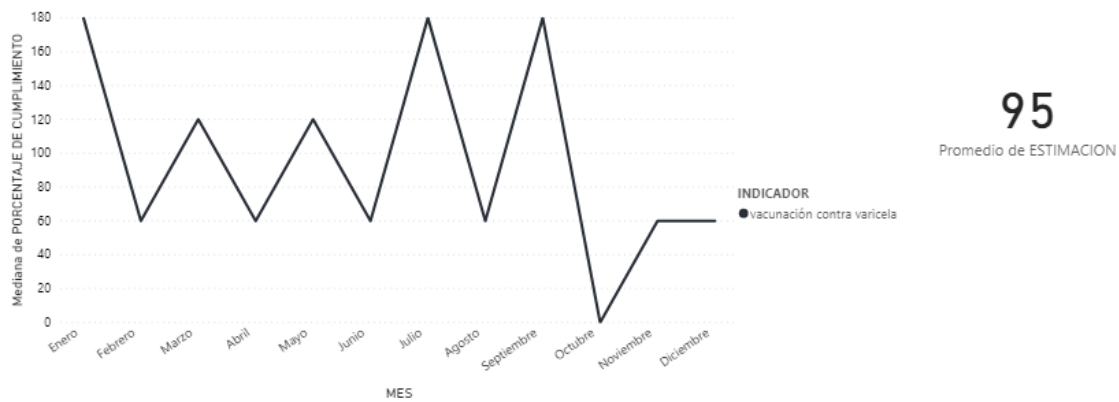


Se observa un comportamiento similar al indicador anterior, donde se encuentran coberturas que varían entre el 60% y 180% de cumplimiento

Indicador administracion contra la varicela:

Programa Vacunación

vacunación contra varicela

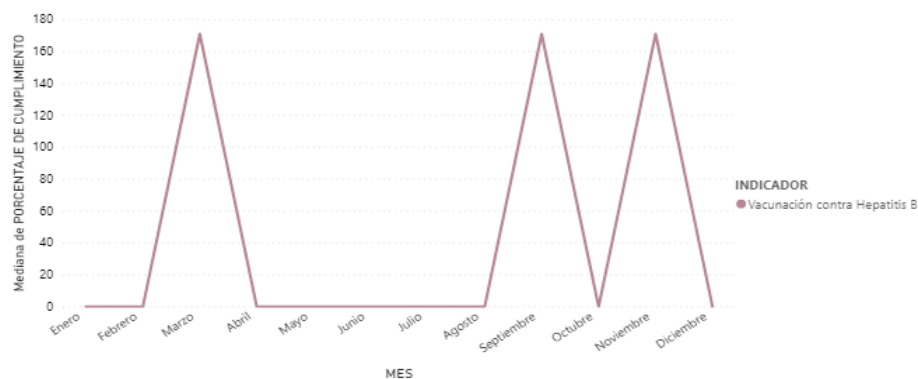


Al igual que la hepatitis A y fiebre amarilla, la varicela es un biológico que se aplica a los 12 meses de vida, por lo tanto las tres graficas muestran un comportamiento igual en los meses de su aplicación.

Indicador administracion contra la Hepatitis B:

Programa Vacunación

Vacunación contra Hepatitis B



43

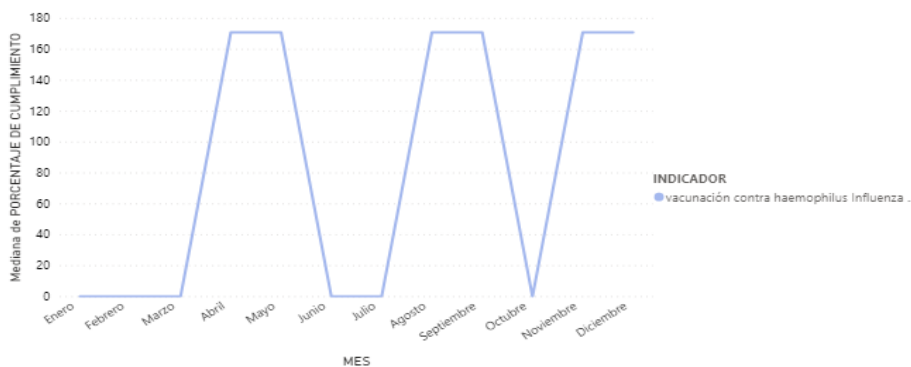
Promedio de ESTIMACION

Teniendo en cuenta que la Hepatitis B solo se administra en el recién nacido, se observan algunos meses con coberturas del 100%, cabe recordar que si bien no se registran partos ni consultas del recién nacido para la EAPB, cuando uno menor es vacunado en otro municipio el biológico se devuelve al municipio donde la madre vive para que las coberturas no se vean afectadas.

Indicador administracion contra la haemophilus influenza:

Programa Vacunación

vacunación contra haemophilus Influenza tipo b



86

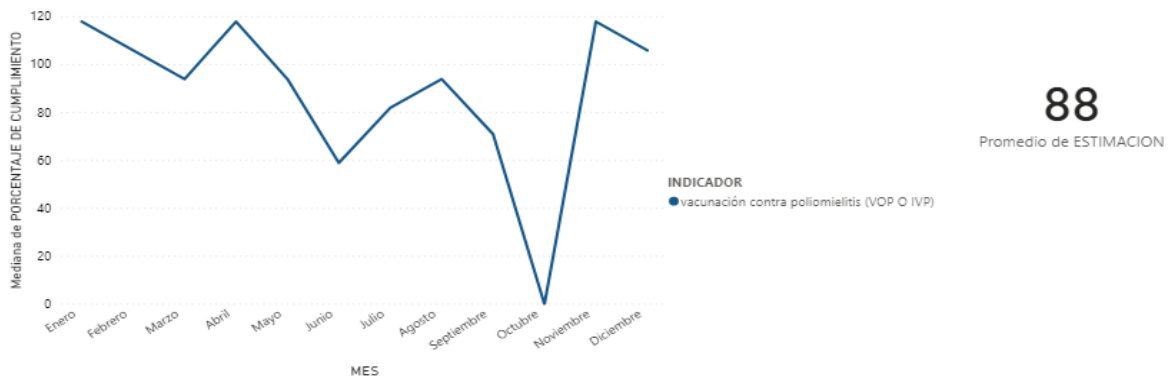
Promedio de ESTIMACION

Se observa cumplimiento ocasional, por algunos meses en coberturas de 180%, sin embargo también se evidencian coberturas del 0%. Sin embargo cabe recordar que dicha vacuna está dentro de la pentavalente, biológico que se aplica a los 2, 4 y 6 meses.

Indicador administración contra la poliomielitis:

Programa Vacunación

vacunación contra poliomielitis (VOP O IVP)

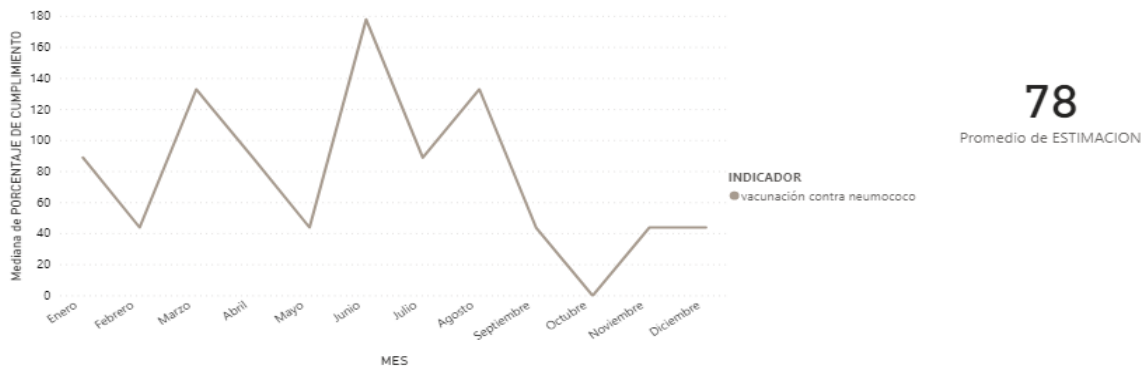


Podemos observar que no se da cumplimiento a la estimación en los meses de junio y octubre, con coberturas inferiores al 88%, sin embargo se observan coberturas por encima del 100% en algunos meses del año.

Indicador administración contra el neumococo:

Programa Vacunación

vacunación contra neumococo



Se presenta para dicho indicador, un comportamiento variable durante todo el año del 2019, con coberturas que varían del 0% al 178%. Sin embargo se tiene en cuenta que el esquema de dicho biológico es a los 2, 4 y 12 meses.

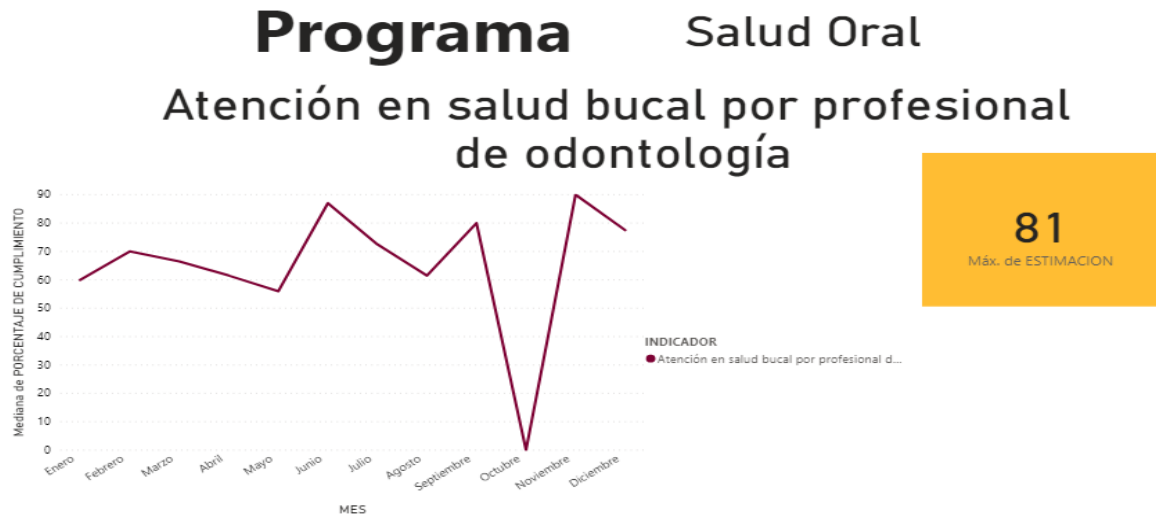
Indicador administración contra la influenza:



Durante el primer semestre del año 2019, se evidencia el no cumplimiento de dicho indicador con la estimación prevista del 101%, sin embargo en el segundo semestre, las coberturas aumentan dando cumplimiento a la meta.

Programa salud oral

Indicador atención en salud bucal por profesional de odontología:

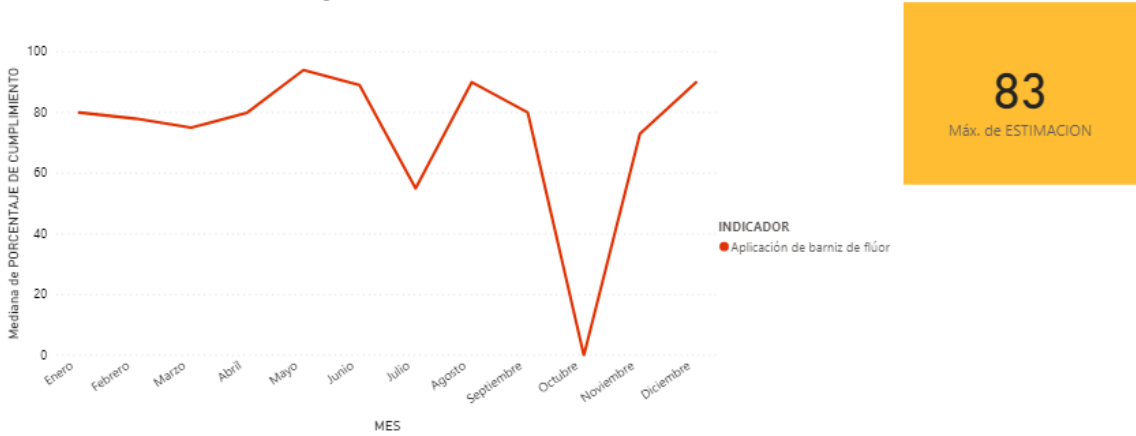


Se puede observar que dicho a dicho indicador solo se le da cumplimiento en los meses de julio y noviembre del año 2019, en los otros meses presento coberturas inferiores al 81%.

Indicador aplicación de barniz de flúor:

Programa Salud Oral

Aplicación de barniz de flúor

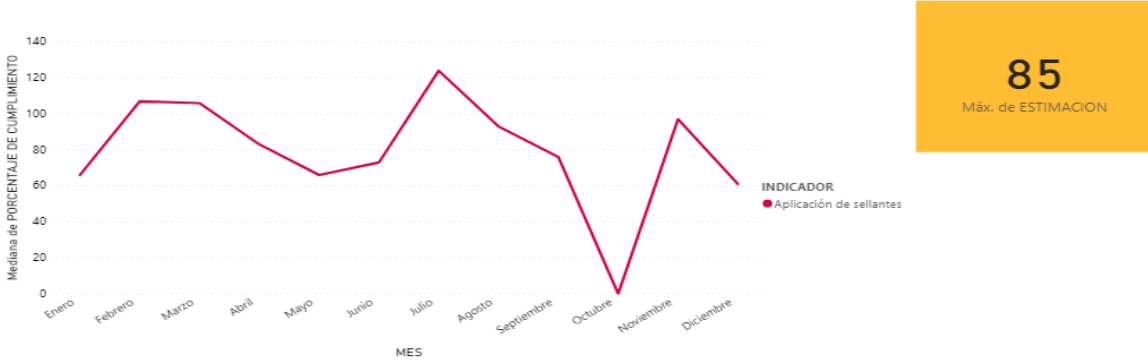


En relación al programa de salud oral, para el indicador de aplicación de barniz de flúor, se observa variaciones durante los meses del año 2019, en donde en algunos cumplió con la estimación del 83%, y en otros meses, como octubre presento 0%.

Indicador aplicación de sellantes:

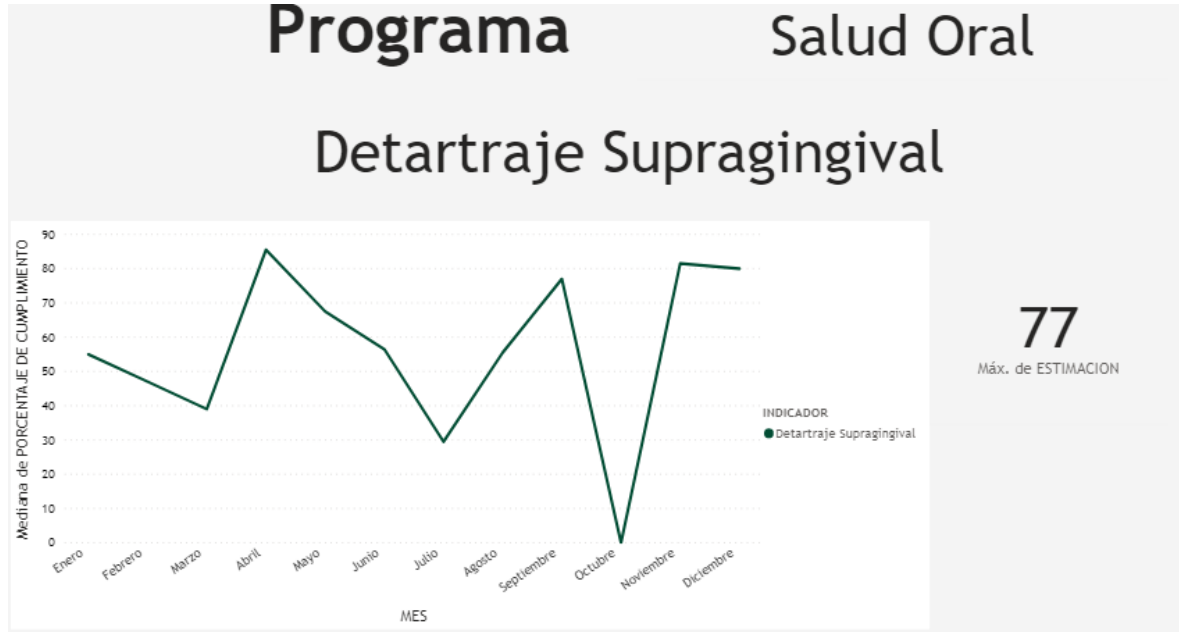
Programa Salud Oral

Aplicación de sellantes



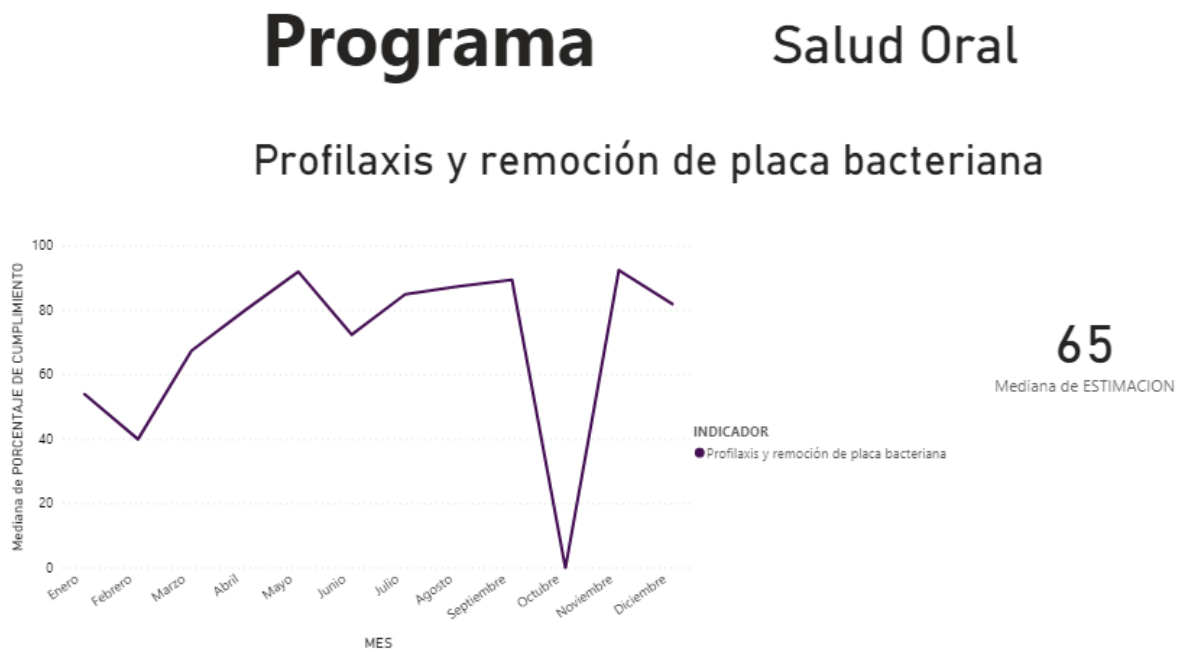
Dicho indicador muestra un comportamiento similar al anterior, con variaciones desde el 0% al 120% de cumplimiento.

Indicador detartraje supragingival:



Solo se evidencia cumplimiento en los meses de abril, septiembre, noviembre y diciembre con coberturas superiores a la estimada del 77%.

Indicador profilaxis y remocion de placa bacteriana:



Al igual que los otros indicadores, se observa que dicho indicador se muestra cumplimiento interminente con cumplimiento en algunos meses con cobertura superior a la estimación de 65%.

Programa de crecimiento y desarrollo

Indicador atención en salud por medicina general, pediatría o medicina familiar:



Se puede observar que dicho indicador solo se cumple en los meses de abril, mayo, junio y julio, con coberturas superiores al 68%, en el mes de octubre se presenta un cumplimiento del 0%.

Indicador atención en salud por profesional de enfermería:

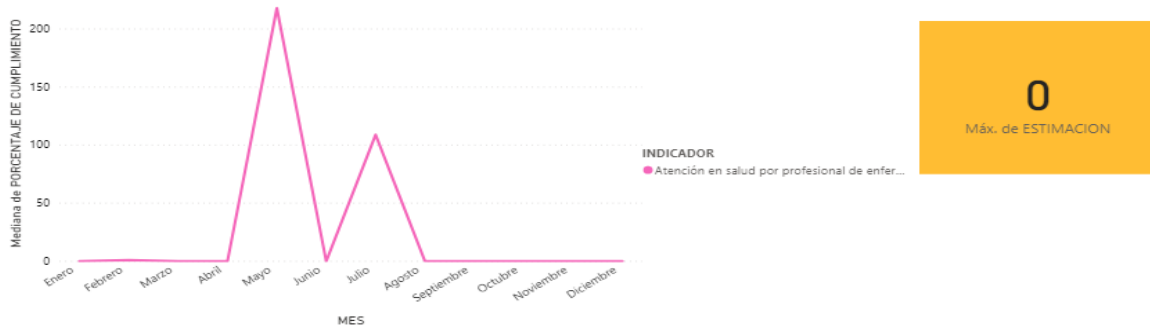


Para dicho indicador solo se evidencia cumplimiento superior al estimado en los meses de julio y agosto, evidenciando un incumplimiento durante todo el año 2019.

Indicador atención en salud por profesional de enfermería, medicina general o nutrición para lap romocion y apoyo de la lactancia materna:

Programa Cto y Dllo

Atención en salud por profesional de enfermería, medicina general o nutrición para la promoción y apoyo de la lactancia materna

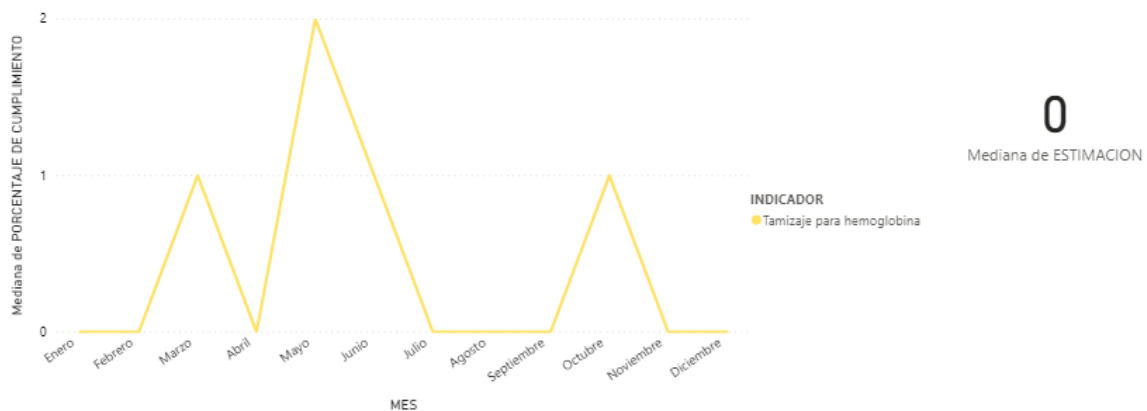


Para este indicador se presenta una estimacion del 0% para el año 2019, por lo tanto se podria decir que la IPS dio cumplimiento a este. Durante los meses de mayo y julio se presento dicha atencion.

Indicador tamizaje para hemoglobina:

Programa Cto y Dllo

Tamizaje para hemoglobina



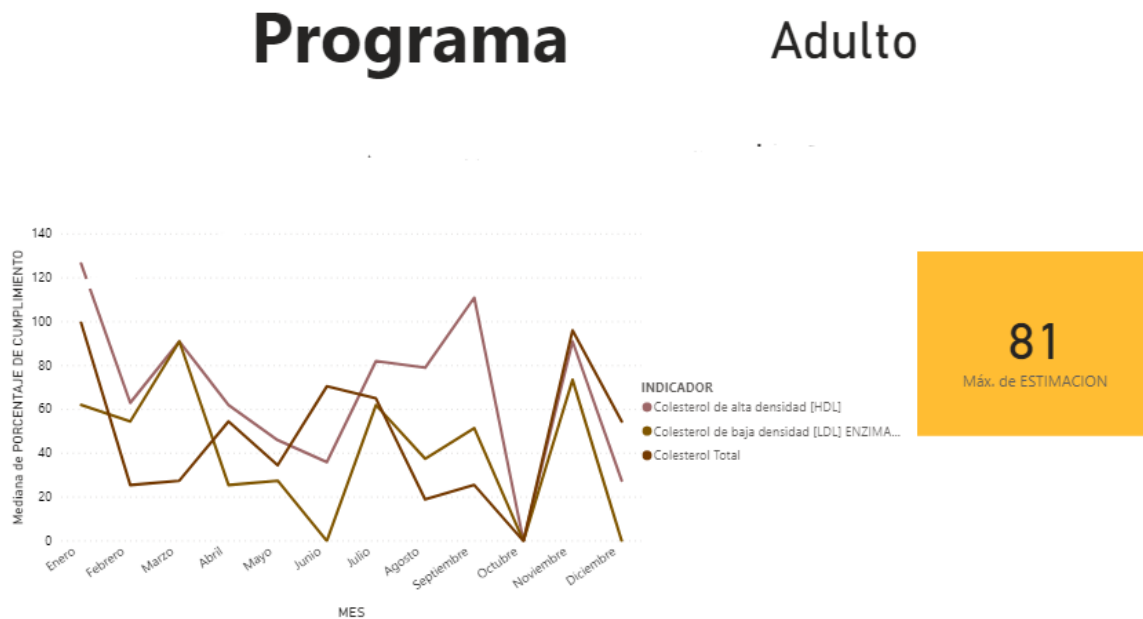
Programa adulto

Indicador atención en salud por medicina general o medicina familiar:



Se observa cumplimiento en los meses de mayo, septiembre y diciembre, evidenciando comportamiento variable para dicho indicador, en el mes de octubre, al igual que el anterior indicador, se observa un cumplimiento del 0%.

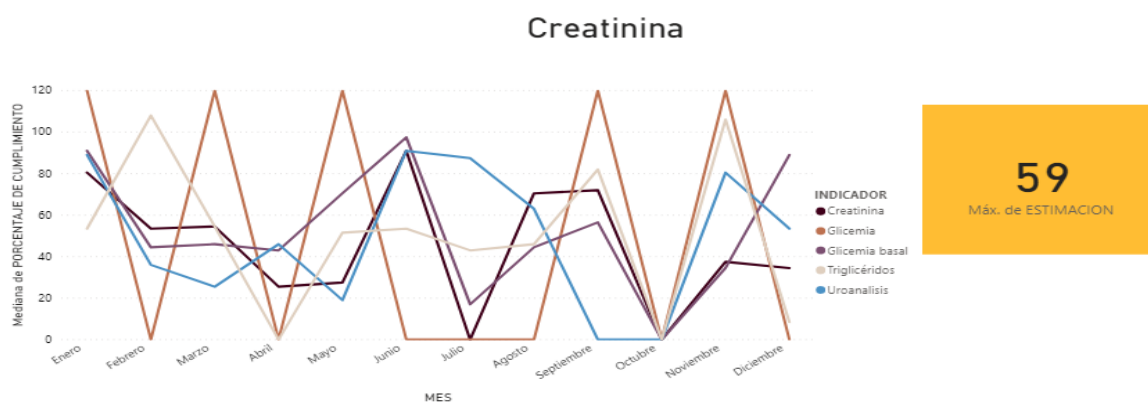
Indicador perfil lipídico ordenado en el programa del adulto:



Si bien el perfil lipídico esta compuesto por HDL, LDL y colesterol total, se observa incongruencias al momento de ser enviados. No se estan ordenando todos en su totalidad y no se estan cumpliendo las estimaciones.

Indicador paraclínicos del adulto:

Programa Adulto



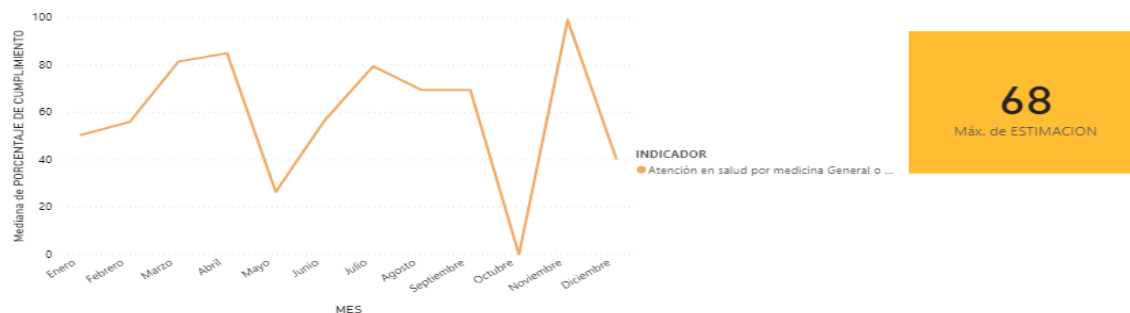
En relacion al paquete de paraclínicos que se deben ordenar en el programa del adulto, se observa que la glicemi es lo que mas se ordena al usuario con coberturas por encima del 100%. Sin embargo se observa comportamientos variables para cada mes en cuanto a cada uno de los paraclínicos.

Programa planificación familiar

Indicador de atención en salud por medicina general o familiar o profesional de enfermera para asesoria en anticoncepcion:

Programa Planificación Familiar

Atención en salud por medicina General o medicina familiar o profesional de enfermería para asesoría en anticoncepción

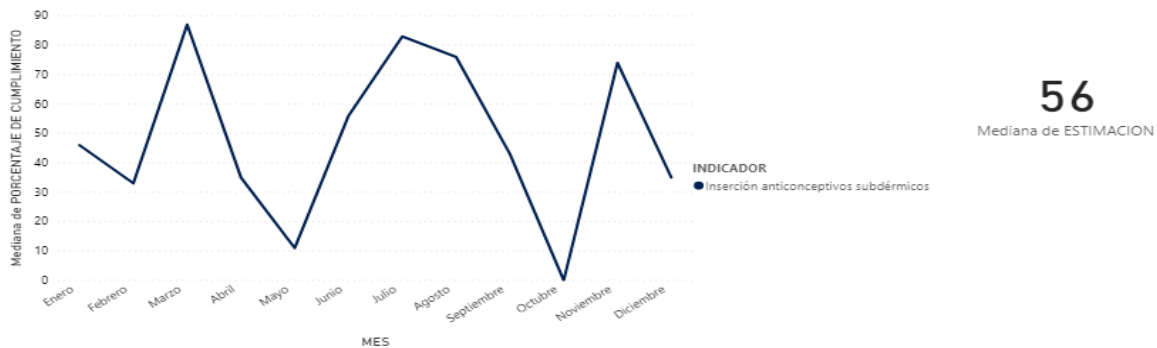


Para el indicador de atención en salud por medicina general o familiar o profesional de enfermera para asesoría en anticoncepción se puede observar cumplimiento de la estimación en la mitad del año del 2019, presentando coberturas superiores al 68%, sin embargo se puede observar que al igual que en otros programas, en octubre la cobertura estuvo en 0%.

Indicador inserción anticonceptivo subdérmico:

Programa Planificación Familiar

Inserción anticonceptivos subdérmicos

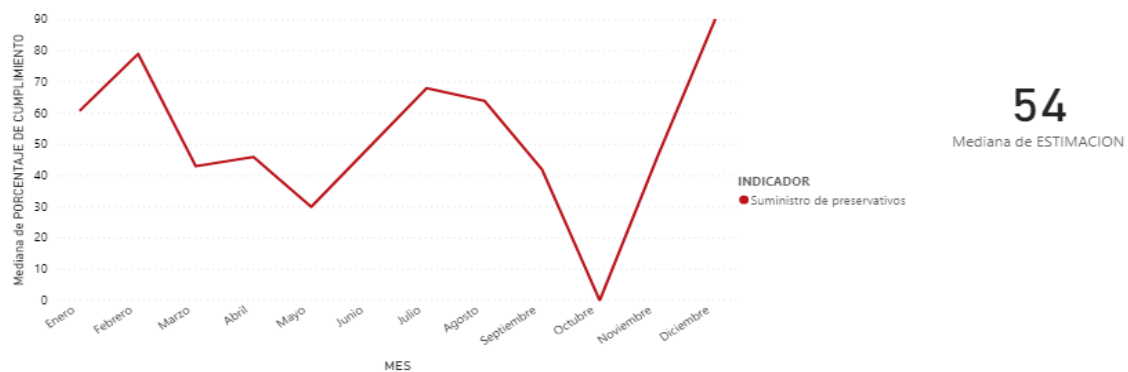


Se da cumplimiento parcial a dicho indicador intermensual con coberturas superiores al 56% de estimación. Sin embargo se observan coberturas muy por debajo en los meses de mayo y octubre.

Indicador suministro de preservativos:

Programa Planificación Familiar

Suministro de preservativos

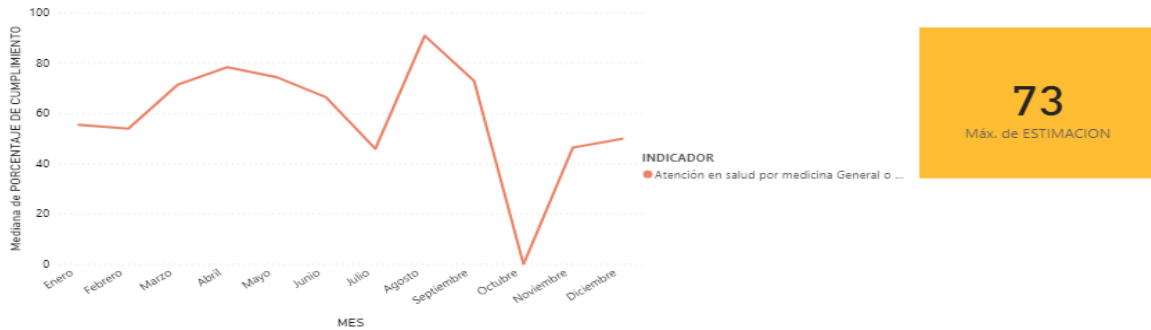


Se observa cumplimiento en la mayoría de los meses del año 2019 con coberturas por encima de la estimación de 54%, sin embargo al igual que en otros indicadores, en octubre se evidencia cobertura del 0%.

Indicador atención en salud por medicina general o medicina familiar o presional de enfermera para asesoría en anticoncepción control:

Programa Planificación Familiar

Atención en salud por medicina General o medicina familiar o profesional de enfermería para asesoría en anticoncepción control



Según la grafica, se puede observar que se da cumplimiento al indicador durante los meses de abril, mayo, agosto y septiembre con coberturas superiores a la estimación (73%).

Indicador insercion de DIU:

Programa Planificación Familiar

Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo (DIU) SOD



Se evidencia cumplimiento parcial de dicho indicador con coberturas superiores al 49% intermensualmente, sin embargo en el mes de octubre se evidencia una cobertura del 0%.

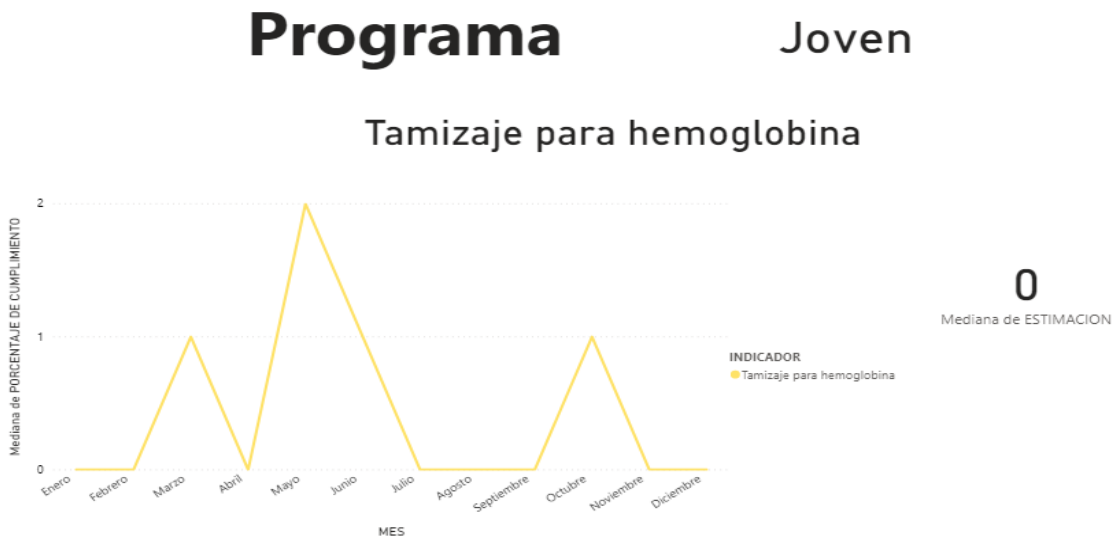
Programa del joven

Indicador tamizaje para anemia hemoglobina:



Se observa en la grafica cumplimiento del indicador durante todo el primer semestre del año 2019, con coberturas por encima de la estimacion del 47%, sin embargo en el segundo semestre se observa descenso de las cobertuas hasta llegar a 0% en los meses de octubre y diciembre.

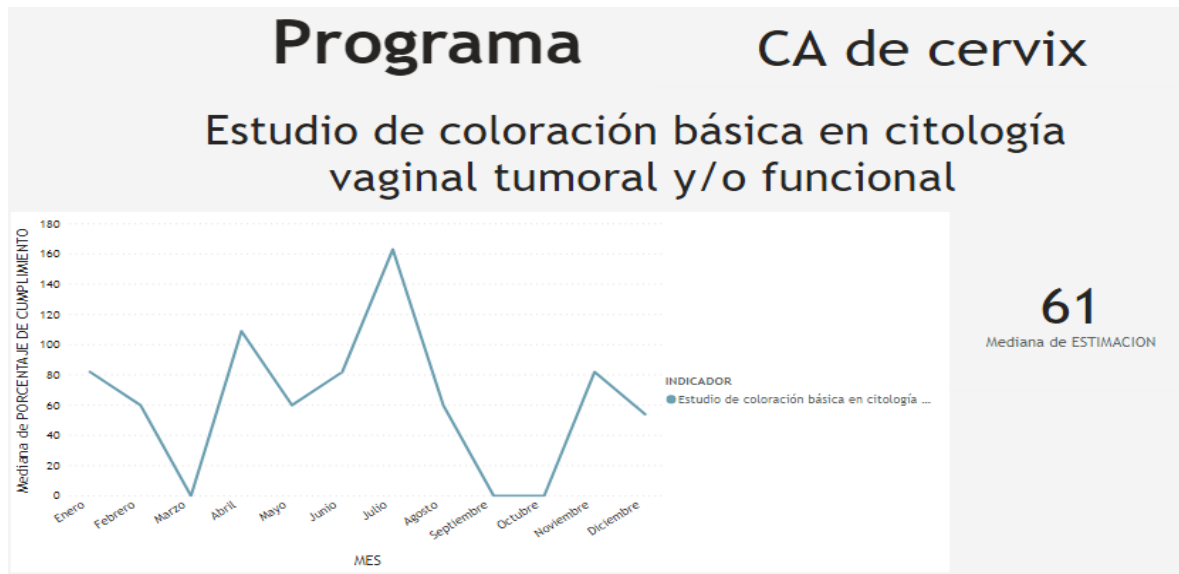
Indicador tamizaje para hemoglobina



En relacion al indicador de tamizaje para anemia, en el programa del joven, la estimacion se encuentra en 0%, opor lo tanto según la grafica se puede decir que existio cumplimiento total del indicador durante todo el año 2019.

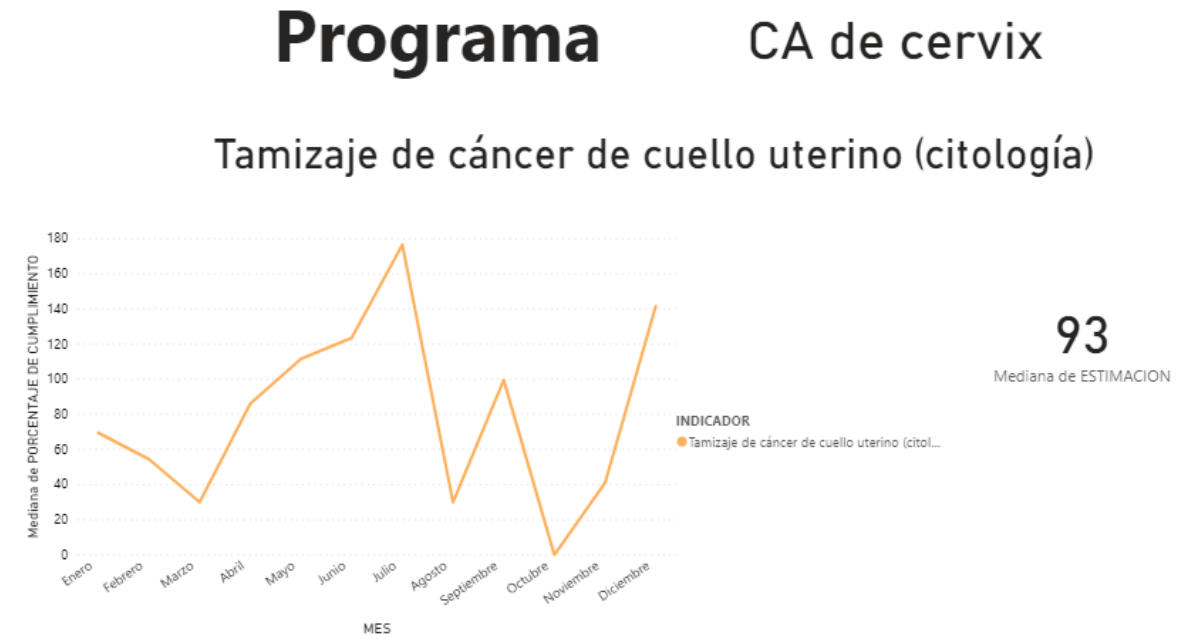
Programa CA de cervix

Indicador estudio de coloracion basica en citologia vaginal y/o funcional:



Para éste indicador se evidencia cumplimiento en la mayoría de los meses del año 2019, con cobeturas superiores a la estimada.

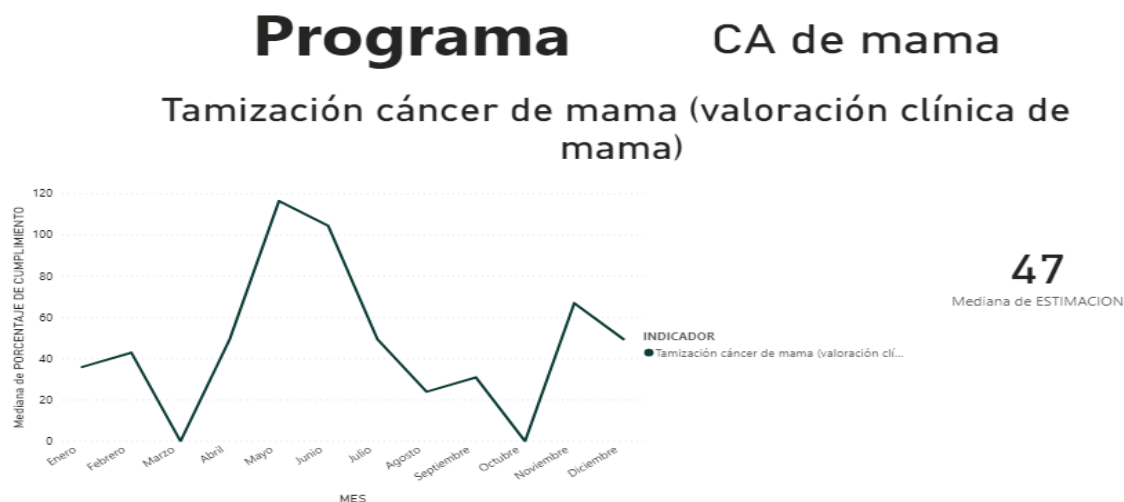
Indicador tamizaje de CA de cervix



Se observa un comportamiento variable en dicho indicador, con coberturas que varían desde 0% al 176%, se observa en su mayoría cumplimiento de la estimación para el año 2019.

Programa CA de mama

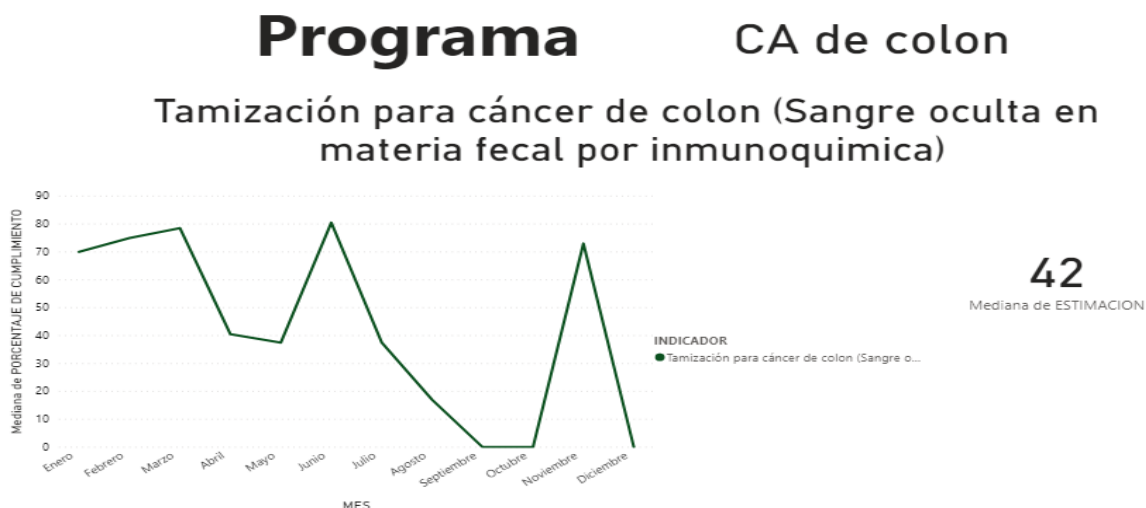
Indicador tamización de CA de mama:



En relación a la tamización de CA de mama, se observa cumplimiento parcial en casi todo el año 2019 en con coberturas superiores al 47%; se hace énfasis en el mes de mayo, con 116% de cumplimiento; sin embargo se encuentran meses como marzo y octubre con 0% de cumplimiento.

Programa CA de colon

Indicador tamización para CA de colon:



Se observa que para dicho indicador, en el primer semestre se mantuvo el cumplimiento de la estimación, con coberturas superiores al 42%, sin embargo en el tercer trimestre se observa un descenso en las coberturas.

Programa de CA de prostata

Indicador tamizaje para CA de prostata:

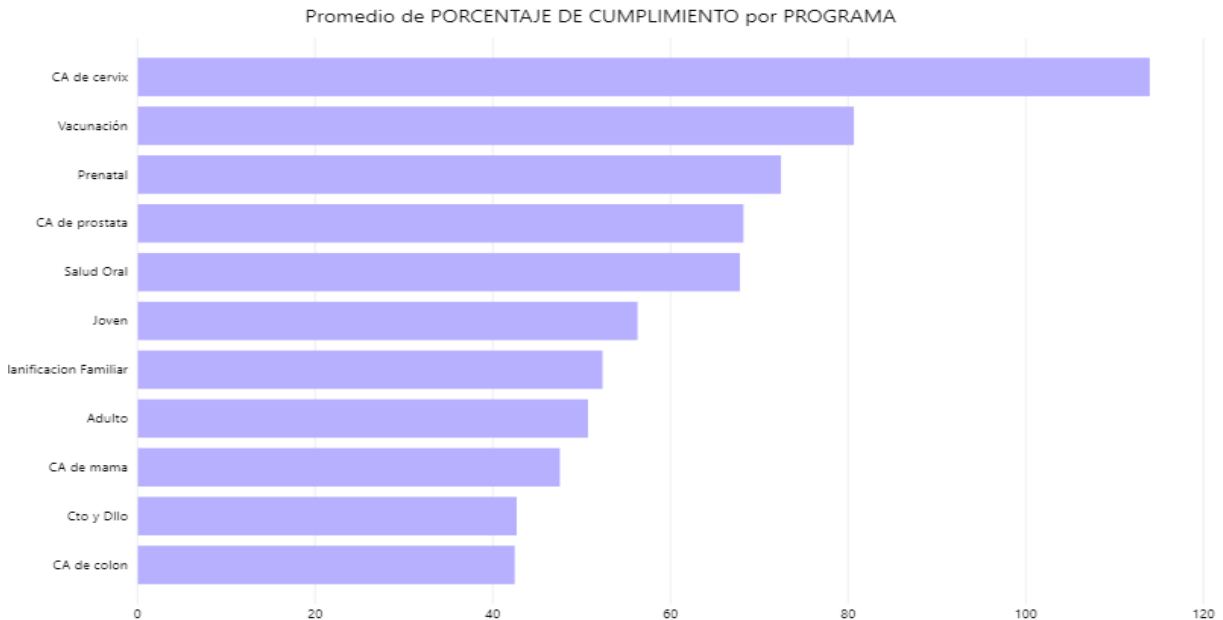
Programa CA de prostata

Tamizaje para el cáncer de próstata (Tacto rectal)



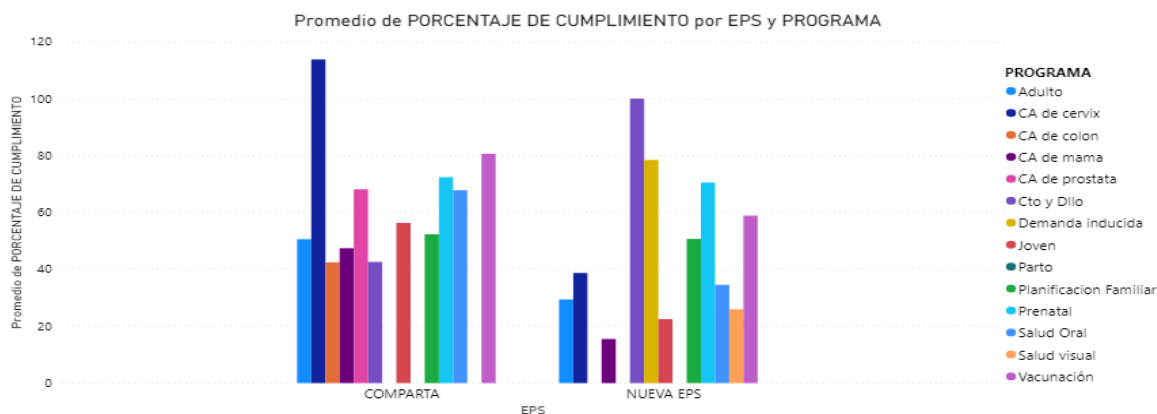
Se observa cumplimiento parcial en este indicador de CA de prostata, con cobertura que oscilan entre el 0% y el 190%.

Cumplimiento por programa



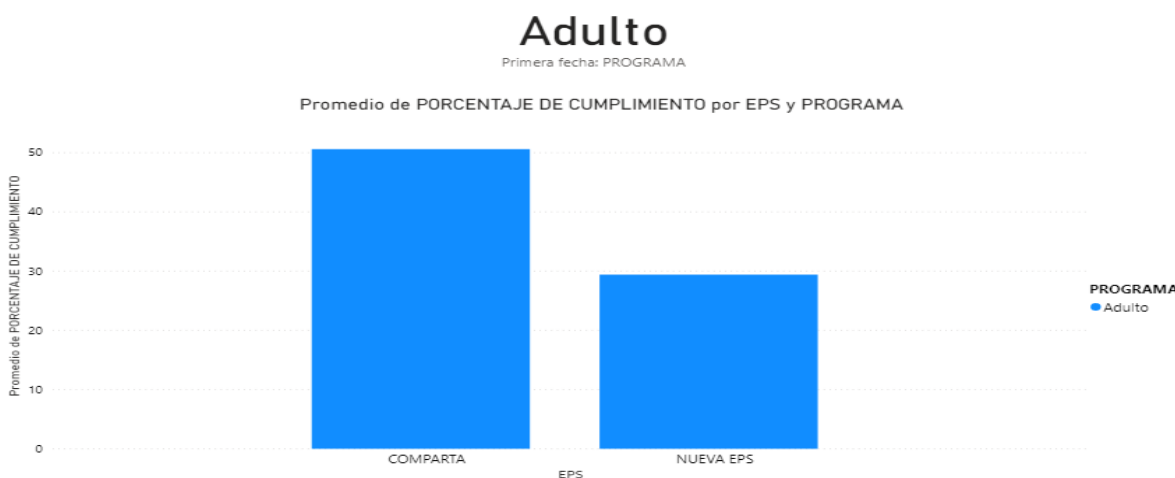
Se puede observar que en la EAPB COMPARTA, el programa que mas genera cumplimiento en sus indicadores según las estimaciones, es el programa de CA de cervix, con coberturas de cumplimiento de un promedio de 113%, seguido de vacunacion con un promedio de 80,64% y prenatal con 72,44%. Los programas que menos cumplen son CA de mama con 47,64%, crecimiento y desarrollo y CA de colon con un promedio de 42,68% y 42,46% respectivamente. Se hace evidente la necesidad de mejorar la demanda inducida por parte de la EAPB para que los programas logren el cumplimiento de sus estimaciones.

Comparacion por programa para cada EAPB



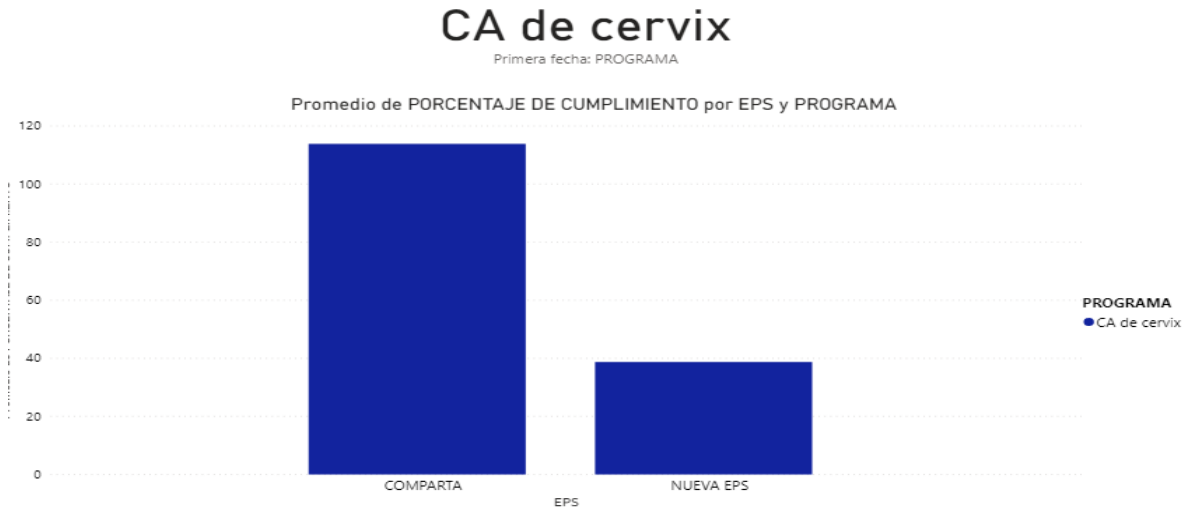
A continuacion se realizara un analisis donde se comparara cada EAPB del municipio de Roncesvalles, en relacion al cumplimiento de cada uno de los programas de promocion y prevencion.

Programa del adulto:



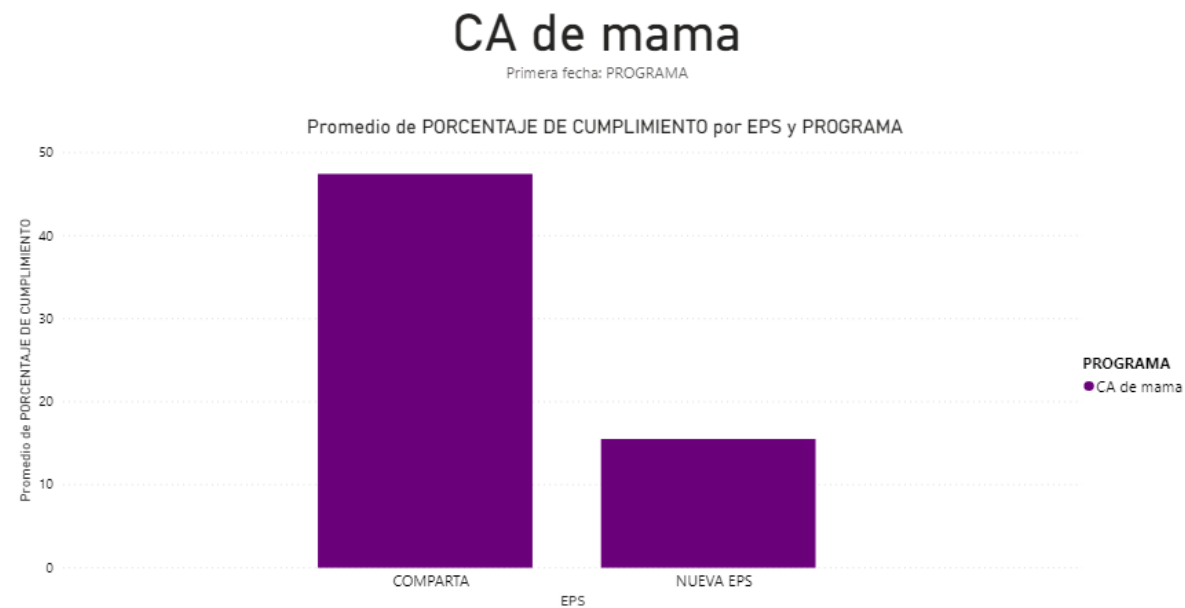
En relacion al programa del adulto, se puede observar que el promedio de cumplimiento es superior en la EAPB Comparta con un 50% de cobertura, mientras que en la Nueva EPS, dicha cobertura llega al 29,42%.

Programa de CA de cervix



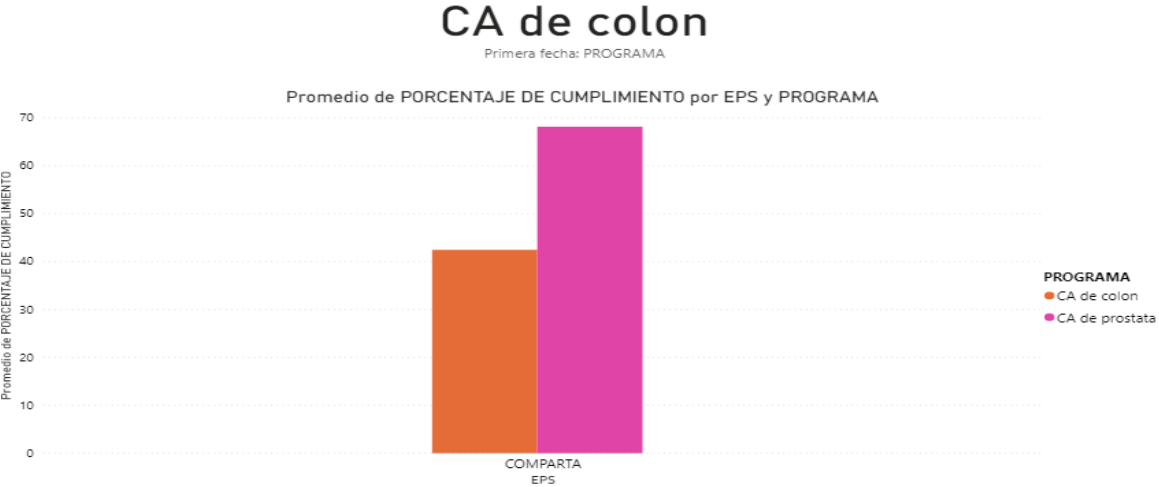
Al igual que alterior programa se evidencia que COMPARTA supera por mucho a la Nueva EPS en el programa de CA de cervix, presentando el promedio de cumplimiento del 113%, en comparacion con la Nueva EPS con tan solo 38,73% de cobertura cumplida.

Programa CA de mama



COMPARTA continua mostrando cumplimiento superior a Nueva EPS, con un 47,44% de promedio cumplido en el programa de CA de mama, y la Nueva EPS tan solo 15,51%.

CA de colon y prostata



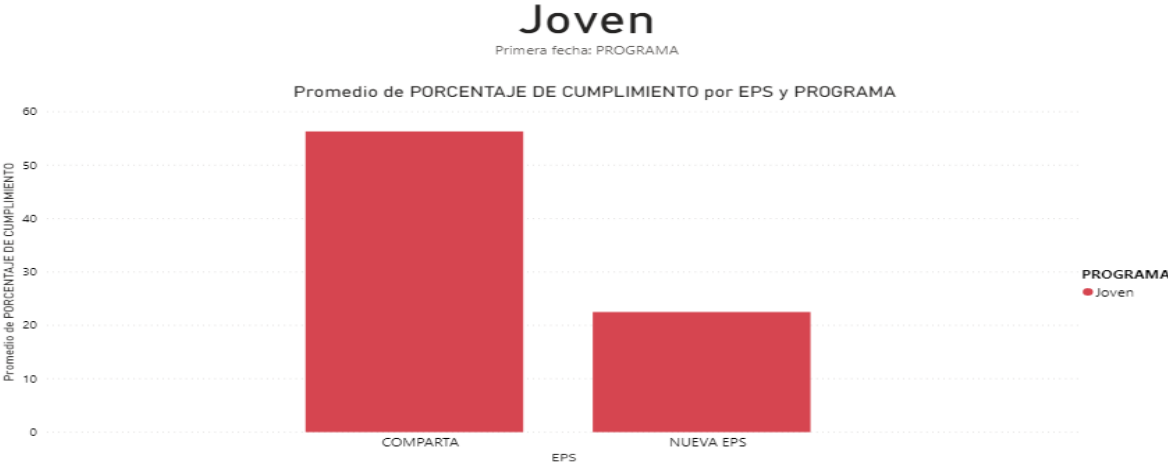
Para dichos programas la unica EAPB que lo implementa es COMPARTA, para Nueva EPS no se cuenta con datos ya que no se efectua. Sin embargo podemos determinar que el programa de CA de prostata tiene en promedio un mayor cumplimiento en sus estimaciones que el de CA de colon.

Programa de crecimiento y desarrollo



En relacion al programa de crecimiento y desarrollo, se puede observar que la EAPB que cumple mas con sus estimaciones es la Nueva EPS con una cobertura del 100% en sus indicadores, mientras que COMPARTA, tan solo llega al 42% de cumplimiento.

Programa del joven



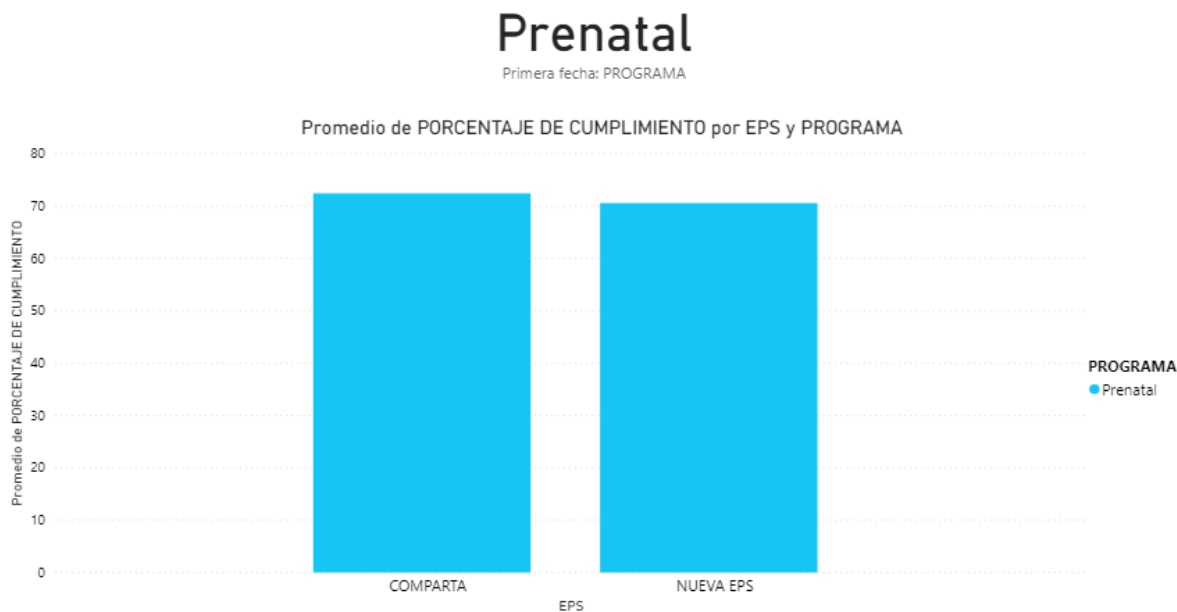
En cuanto al programa del joven, se puede observar en la grafica que la EAPB COMPARTA, es quien en promedio genera mas cumplimiento a sus estimaciones con el 56,32% de coberturas cumplidas, mientras que la Nueva EPS tan solo llega al 22,50% de sus coberturas.

Programa de planificacion familiar



Como se puede observar en la grafica, tanto COMPARTA como Nueva EPS, generan en promedio un cumplimiento superior al 50% para ambas EAPBs, sin embargo COMPARTA en quien mas coberturas cumple en dicho programa con el 52,34% de cumplimiento, mientras que la Nueva EPS 50,71%.

Programa prenatal



Se puede observar un comportamiento similar al anterior programa; se evidencia que ambas EAPBs generan cumplimientos a sus estimaciones superiores al 70%, pero COMPARTA sigue manteniendose por encima de Nueva EPS con 72,44% de cumplimiento, mientras que Nueva EPS se mantiene con 70,56%.

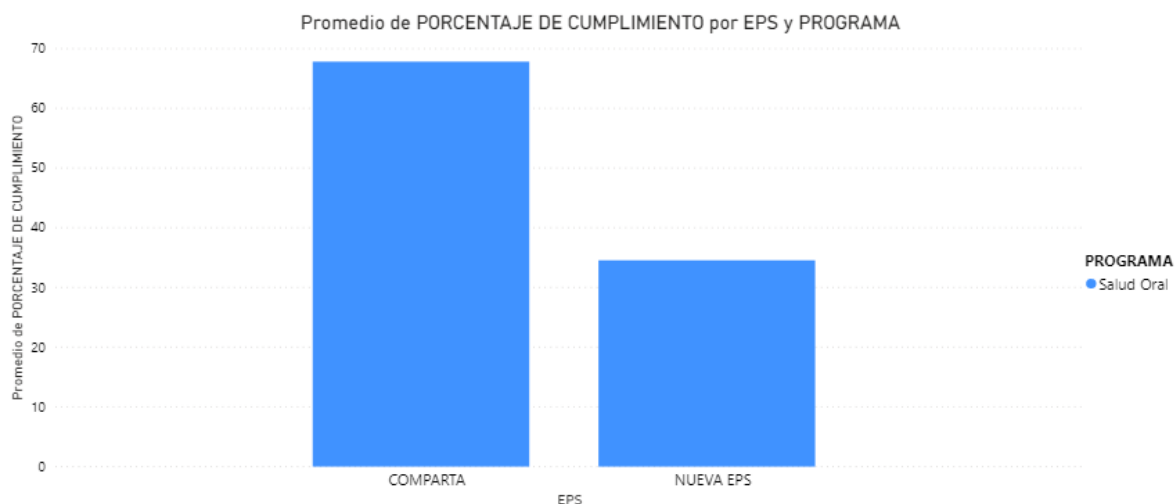
Programa de partos

Para el programa de partos, la Nueva EPS es la unica EAPB que tiene el indicadores para su ejecucion y cumplimiento, sin embargo para el año 2019, no se registraron partos de usuarios afiliados a dicha EAPB, por lo tanto su cobertura se encuentra en 0%.

Programa de salud oral

Salud Oral

Primera fecha: PROGRAMA

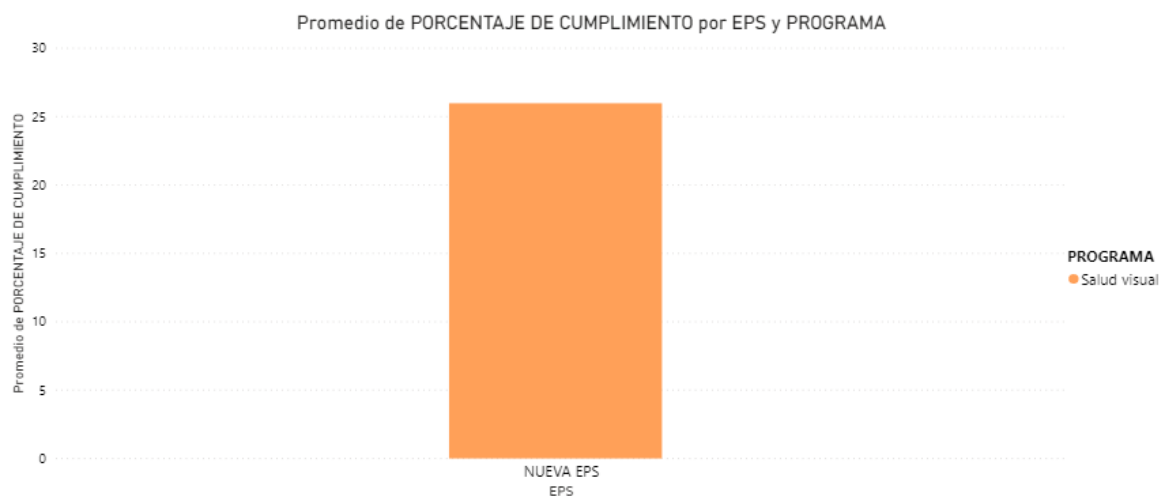


En relacion al programa de salud oral, se observa una marcada diferencia entre COMPARTA y Nueva EPS, en donde la primera mantiene un promedio de cumplimiento en sus coberturas por encima del 65%, mientras que la Nueva EPS tan solo muestra cumplimiento de sus indicadores en promedio del 34,55%, evidenciando que la EAPB COMPARTA en el programa de salud oral cumple con el doble de la Nueva EPS.

Programa de salud visual

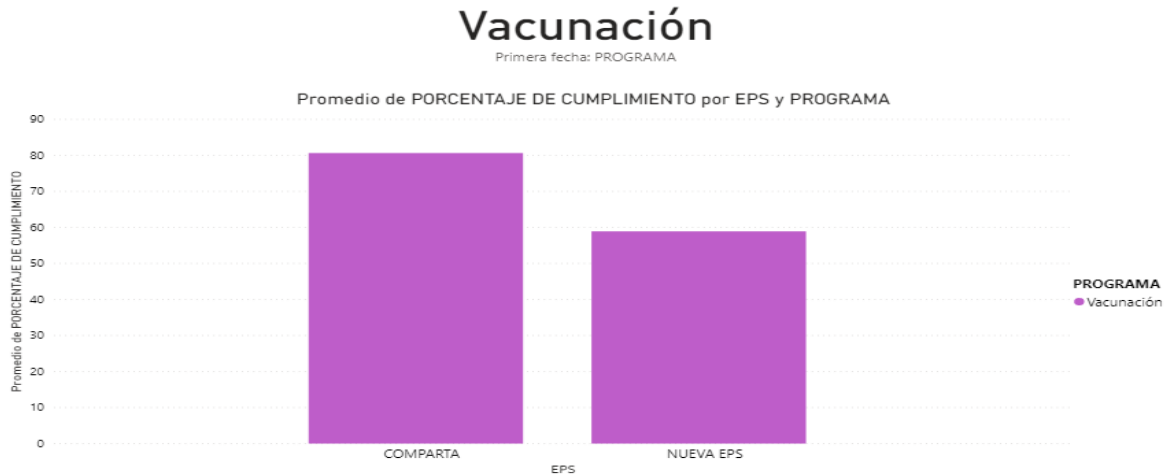
Salud visual

Primera fecha: PROGRAMA

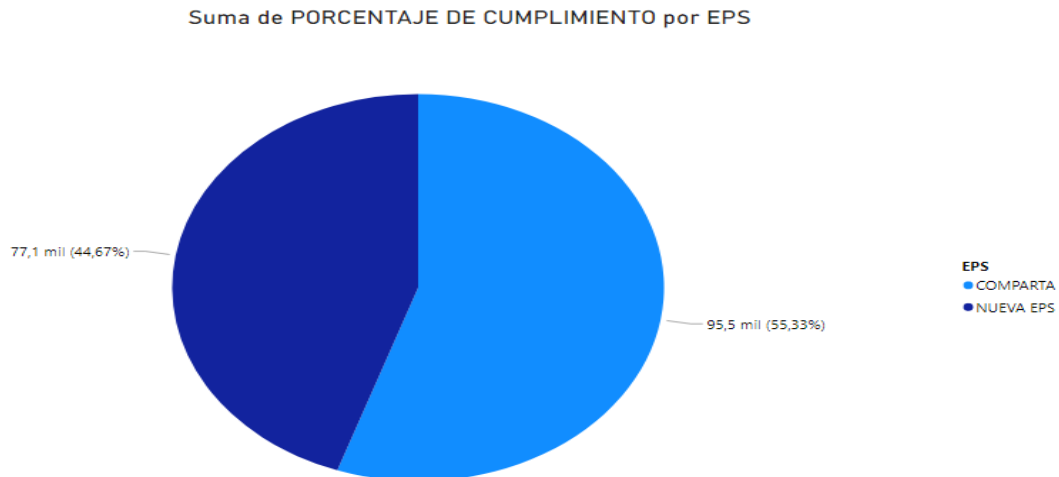


En relación al programa de salud visual, solo se encuentra implementado y con medición de indicadores para la EAPB Nueva EPS, por lo tanto no es posible generar una comparación. Sin embargo, se puede observar que el cumplimiento de las estimaciones de los indicadores de dicho programa se encuentran en el 25,98%.

Programa de vacunación



En cuanto al programa ampliado de inmunizaciones PAI, uno de los programas de promoción y prevención con más relevancia en las IPS, se puede observar que la EAPB que mejor rendimiento tiene y mayor cumplimiento de sus estimaciones aporta al Hospital Santa Lucía E.S.E es COMPARTA, con coberturas cumplidas en promedio del 80,65%, mientras que la Nueva EPS evidencia 58,41%. Sin embargo cabe recalcar que las estimaciones para los indicadores de dicho programa deben ser superiores al 90% para que se cataloguen coberturas como óptimas.



Como se puede observar, la EAPB COMPARTA, es quien mas cumplimiento genera en relacion a las estimaciones de los programas de deteccion temprana y proteccion especifica con el 55,33% de coberturas; si bien la Nueva EPS genera mas cumplimiento en el programa de crecimiento y desarrollo y tiene establecido indicadores para el programa de partos, COMPARTA logra un cumplimiento superior en sus programas ofertados en la IPS. Adicionalmente dicha EAPB cuenta con el programa de CA de colon y CA de prostata establecido, programas que la Nueva EPS no tiene estandarizados.

11.4 Análisis de glosas

Tabla 15. Análisis de las glosas presentadas por los programas de protección específica y detección temprana presentados en el Hospital Santa Lucia E.S.E durante la vigencia 2019

Nueva EPS	Autorización no corresponde al prestador de servicios de salud	\$118.200
	Factura no cumple con los requisitos legales	\$4.395.100
	Resumen de egreso y epicrisis	\$203.100
	No cuenta con autorización	\$183.100
	Comprobante de recibo	\$61.000
	Legalizar la autorización	\$72.000
	Falta de autorización	\$38.100
	Falta de soporte	\$38.100
	Evidencia Firma o huella	\$36.000
	Ya se presentó el numero de la factura	\$72.300
	Fecha final del egreso no puede ser superior a la fecha de la factura	\$285.600
	Protección específica	\$671.900
	ECOOPSOS ESS EPSS	Cambio Razón social
Comparta	Devolución por RIPS	\$101.300

Fuente: Propia

Se realiza un análisis de las glosas en el Hospital Santa Lucia entre el periodo de enero a Diciembre de 2019, tomando como periodo de estudio y análisis de información de facturación, glosas, y devoluciones entre los periodos dichos anteriormente, Se observó que durante el periodo de estudio, las glosas presentadas en dinero fue de \$7.352.900 los cuales Nueva EPS corresponde a

\$6.174.500, y de ese presupuesto \$118.200 por autorizaciones principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud y su respuesta es que no se acepta devolución procedimientos, se factura según los términos y condiciones del contrato suscrito entre la Nueva EPS y el Hospital Santa Lucia, \$4.395.100 corresponde a factura no cumplen requisitos legales y su respuesta dice que no se acepta devolución factura legalmente valida constituida como un título valor, que contiene los requisitos legales contemplados en el Código de comercio, Art. 774, además cuenta con servicios autorizados por parte de la EPS, de las atenciones prestada al usuario, \$203.100 por resumen de egreso o epicrisis la cual la respuesta es o se acepta devolución la IPS actualmente tiene suscrito contrato con Nueva EPS por lo tanto no se requiere autorización para la prestación de servicios. Se solicita a la auditoria realizar una verificación detallada de la documentación enviada, para así no dilatar el proceso de la cuenta médica, \$183.100 no se cuenta con autorización correspondiente y su respuesta es no se acepta devolución la IPS actualmente tiene suscrito contrato con Nueva EPS por lo tanto no se requiere autorización para la prestación de servicios. Se solicita a la auditoria realizar una verificación detallada de la documentación enviada, para así no dilatar el proceso de la cuenta médica, \$61.00 no se evidencia comprobante de recibo, 38,100 falta de autorización, \$38.100 falta de soporte, \$72.300 ya se presentó número de factura, \$285.200 fecha inicial del egreso no puede ser superior a la fecha de la factura, \$671.900 protección específica y su respuesta es "No se acepta Devolución ya que la Norma Técnica 412 de Salud Oral no contempla que para estas actividades de Protección Específica se requiera diligenciar en la historia odontológica el Odontograma ya que este se utiliza básicamente para registrar la información sobre la cantidad de piezas dentales que tiene el paciente y cuáles han sido restauradas y de qué manera han sido tratadas." y para ECOOPSOS ESS EPSS corresponde a \$1.077.100 por cambio de razón social y su respuesta es No se acepta devolución ya que los servicios prestados al usuario son de fecha del 25 de MARZO de 2019, como se encuentra relacionada en la liquidación y factura de servicio. Se solicita a la auditoria realizar una verificación detallada de la documentación enviada, para así no dilatar el proceso de la cuenta médica y Comparta \$101.300 devolución por RIPS. estas glosas se dan porque se presentan comprendidos diferentes errores de facturación, autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios, factura no cumple requisitos legales, falta de soportes, pertenece a otra EPS, falta de autorización, esto hace referencia a la no apropiación del proceso de Glosas de una Institución Santa Lucia. las glosas se dan por fallas tanto en lo administrativo, facturación y en la ejecución de las actividades, gran parte de las glosas se dan por el incumplimiento de las metas de PYP, afectando la economía que afecta a la institución. La entidad responsable de pago a la que con mayor frecuencia se le facturaron servicios de PYP fue a Nueva EPS, en ciertos casos los odontólogos no describen bien los procedimientos, y lo ponen en otra actividad, lo cual incide con un porcentaje de glosas con falta de soporte.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alcaldía Municipal RoncesvallesTolima. (2019). *Analisis Situacional en Salud ASIS*. Analitico, Alcaldía Municipal Roncesvalles, Tolima, Roncesvalles.
- ARIAS BELLO, C. F. (2017). Recuperado el 22 de 02 de 2020, de REPOSITORIO UPTC:
<https://repositorio.uptc.edu.co/bitstream/001/2520/1/TGT-1109.pdf>
- Arturo, S. L. (2009). Recuperado el 29 de MARZO de 2020, de MINSALUD:
<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20CRES/Acuerdo%2008%20de%202009%20-%20Anexo%203%20-%20Comentarios%20complejidad%20y%20promocion%20de%20la%20salud%20y%20prevencion%20enfermedad.pdf>
- CELIS GARCIA, L. E. (2015). Recuperado el 18 de febrero de 2020, de UIS :
<http://noesis.uis.edu.co/bitstream/123456789/35069/1/158899.pdf>
- Chavarría Chavarría, T. (S.F de 2018). Desarrollo e implementación de una herramienta para la validación de cuentas médicas y gestión de glosas en el sector salud en Colombia. *UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA* , 37(2). Obtenido de UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA .
- CONSULTOR SALUD. (S.D). Recuperado el 1 de ABRIL de 2020, de CONSULTOR SALUD:
<https://consultorsalud.com/llego-el-reglamento-del-maite-resolucion-2626-de-2019/>
- DASIGNO. (S.D). Recuperado el 28 de MARZO de 2020, de esehospitalnrmarmarog:
<http://www.esehospitalnrmarmarog.gov.co/entidad/mision-y-vision>.
- Dasigno. (S.F.). Recuperado el 23 de Febrero de 2020, de esehospitalnrmarmarog:
<http://www.esehospitalnrmarmarog.gov.co/entidad/mision-y-vision>
- Eslava C., J. C. (12 de 2002). Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia . *Rev. Salud Publica*, 4(1).
- Eslava, J. C. (Marzo de 2002). Promoción y Prevención en el Sistema. *Revista de Salud Publica*, 4(1).
- GOBERNACION DEL TOLIMA . (S.F). Recuperado el 1 de Abril de 2020, de tolima.gov.co:
[file:///C:/Users/Ingrith/Downloads/Armero%20Guayabal%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ingrith/Downloads/Armero%20Guayabal%20(1).pdf)
- Gobernacion del tolima . (S.F.). Recuperado el 23 de 02 de 2020, de tolima.gov.co:
[file:///C:/Users/Ingrith/Downloads/Armero%20Guayabal%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ingrith/Downloads/Armero%20Guayabal%20(1).pdf)
- HERNÁNDEZ AGUILAR, C. M., CHINOME SARMIENTO, J. P., GARCÍA CAMARGO, K. L., & MARTINEZ PRADA, A. Y. (2017). Recuperado el 20 de 02 de 2020, de REPOSITORIO UDES:

<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/685/1/An%C3%A1lisis%20de%20causas%20de%20glosas%20en%20la%20E.S.E%20Hospital%20San%20Vicente%20de%20Arauca%20durante%20el%20periodo%20de%20enero%20a%20diciembre%20de%202016%20y%20planteamiento%20de%20recomenda>

Jaramillo Diaz , L. (2016). Recuperado el 25 de Marzo de 2020, de Repositorio UDES:

<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/1034/1/Dise%C3%B1o%20del%20proceso%20de%20facturaci%C3%B3n%20en%20la%20IPS%20SINAPSIS.%20Bucaramanga%202016.pdf>

JARAMILLO DUARTE, A. P., & PLATA BENAVIDES, L. J. (2017-2018). Recuperado el 28 de febrero de 2020, de Repositorio UDES:

<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/1037/1/An%C3%A1lisis%20de%20glosas%20en%20una%20E.S.E%20de%20primer%20nivel%20de%20Santander%20entre%20el%20periodo%20de%20julio%20de%202017%20a%20junio%20de%202018%20y%20formulaci%C3%B3n%20de%20plan%20de%20me>

LEYVA QUINTERO , T. L., RAMÍREZ GARCÍA , L. F., SANCHEZ CARDONA, Y. D., & VÉLEZ RAMÍREZ , D. (2018). Recuperado el 21 de 02 de 2020, de AREAANDINA:

<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/723/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20glosas%20C%20cl%C3%ADnica%20los%20Rosales%20de%20Pereira.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Medeweb. (S.D). Recuperado el 16 de marzo de 2020, de Empresa Social Del Estado, Hospital San Juan de Dios : <http://hospitaldeconcordia.gov.co/proteccion-especifica-y-deteccion-temprana/>

MINISTERIO DE SALUD . (2000). Recuperado el 28 de MARZO de 2020, de SUPER SALUD:

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf>

MINISTERIO DE SALUD . (2000). Recuperado el 2 de ABRIL de 2020, de SUPER SALUD :

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL . (2016). Recuperado el 1 de ABRIL de 2020, de MINSALUD:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL . (2019). Recuperado el 1 de ABRIL de 2020, de MINSALUD :

<file:///C:/Users/Ingrith/Downloads/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD . (2013). Recuperado el 1 de ABRIL de 2020, de MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD :

https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/C_MSPS-SNS_0030_2013.pdf

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2018). Recuperado el 29 de MARZO de 2020, de MINSALUD:
https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/resolucion_no._3280_de_20183280.pdf
- PARRA JIMENEZ, M. S., & CORTES TRUJILLO, J. J. (2019). Recuperado el 22 de 02 de 2020, de REPOSITORY CES:
http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/4026/5/8162052_2019.pdf
- PEREZ LOZANO, E. E. (2015). Recuperado el 21 de 02 de 2020, de REPOSITORIO FUCSALUD:
<https://repositorio.fucsalud.edu.co/bitstream/001/325/1/REDI-FDA-2015-4.pdf>
- Prada Ríos, S. I., Pérez Castaño, A. M., & Rivera Triviño, A. F. (03 de 2017). Clasificación de instituciones prestadores de servicios de salud segun el sistema de cuentas de la salud de la Organizacion para la Cooperación y el desarrollo economico: El caso de Colombia . *Rev Gerenc Polít Salud*.
- Prada Ríos, S. I., Pérez Castaño, A. M., & Rivera Triviño, A. F. (05 de 2017). Clasificación de instituciones prestadores. *Rev Gerenc Polít Salud, S.D.(S.D.)*.
- QUINTANA, R., SALGADO, L., & TORRES, D. (2016). Recuperado el 21 de 02 de 2020, de UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA :
<https://repository.usergioarboleda.edu.co/handle/11232/970>
- REPUBLICA, C. D. (2007). Recuperado el 26 de abril de 2020, de MINSALUD:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- REPUBLICA, C. D. (2013). Recuperado el 29 de ABRIL de 2020, de MINSALUD:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LEY%201608%20DE%202013.pdf>
- REPUBLICA, C. D. (S.F). Recuperado el 26 de Abril de 2020, de Groupseres :
<https://co.groupseres.com/images/d/rs/Ley-1231-2008.pdf>
- Republica, P. d. (1996). Recuperado el 27 de ABRIL de 2020, de MINSALUD:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-2423-de-1996.pdf>
- REPUBLICA, P. D. (2002). Recuperado el 28 de ABRIL de 2020, de MINSALUD: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1258489>
- S.D. (2009). Recuperado el 15 de Marzo de 2020, de MINSALUD:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20tecnico%20No.%20%206%20Res%203047-08%20y%20416-09.pdf>
- S.D. (2017). Recuperado el 28 de 03 de 2020, de servihospinelsonrestrepomartinez:
<http://servihospinelsonrestrepomartinez.blogspot.com/>.

S.D. (S.F). Recuperado el 28 de MARZO de 2020, de DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION :
<https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-empleo-y-seguridad-social/Paginas/Seguridad-Social-Integral.aspx>

Sarmiento Limas , C. A. (2009). Recuperado el 23 de 02 de 2020, de
<https://www.minsalud.gov.co/>:
<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20CRES/Acuerdo%2008%20de%202009%20-%20Anexo%203%20-%20Comentarios%20complejidad%20y%20promocion%20de%20la%20salud%20y%20prevencion%20enfermedad.pdf>

SOCIAL, M. D. (2007). Recuperado el 27 de ABRIL de 2020, de SALUDCAPITAL :
<http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>

SOCIAL, M. D. (2020). Recuperado el 28 de ABRIL de 2020, de MINSALUD:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20064%20de%202020.pdf

SOTO SALAZAR, J. C. (2007). Recuperado el 21 de 02 de 2020, de REPOSITORIO UTP:
<http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/357/6578322S718p.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD . (2014). Recuperado el 2 de ABRIL de 2020, de SUPER SALUD :
https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Conceptos/CTO_SNS_0039418_2014.pdf

Superintendencia Nacional de Salud. (2014). Recuperado el 15 de Marzo de 2020, de Supersalud:
https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Conceptos/CTO_SNS_0039418_2014.pdf

SUPERSALUD. (S.F). Recuperado el 15 de Marzo de 2020, de SUPERSALUD:
https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf

Unknown. (2017). Recuperado el 23 de febrero de 2020, de servihospinelsonrestrepomartinez:
<http://servihospinelsonrestrepomartinez.blogspot.com/>