

TRABAJO DE GRADO
Opción Práctica y Pasantía

1

Plan de intervención para el fortalecimiento del proceso de gestión de glosas: Caso
Hospital Pablo Tobón Uribe

Corporación Universitaria Remington.

Ciencias Empresariales

Administración de Empresas

Camila Cano Ocampo

Tutor: Mateo López Betancourt

Opción de trabajo de grado práctica o pasantía

2025

Tabla de Contenidos

Tabla de Contenidos.....	2
Resumen	8
Problemática abordada.....	9
Ausencia de documentación de soportes	9
Deficiencias en la gestión de autorizaciones	9
Errores en la facturación	10
Otros responsables	10
Inconsistencias en las tarifas aplicadas.....	10
Financiero.....	11
Operativo.....	12
Complejidad normativa.....	15
Asimetría en la relación con aseguradoras.....	15
Impacto financiero desproporcionado.....	15
Objetivos.....	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos.....	17
Marco teórico	17
Metodología	20
Enfoque de investigación.....	20
Lean Six Sigma – Metodología DMAIC	21
Fase Definir.....	23
Fase Medir.....	23

	3
Fase analizar.....	23
Modelo EFQM.....	24
Criterios facilitadores	25
Liderazgo.	25
Estrategia.....	25
Personas.....	26
Alianzas y recursos.	26
Procesos.	26
Criterios de resultados	27
Resultados en los clientes.....	27
Resultados en las personas.	27
Resultados en la sociedad.....	28
Resultado clave.....	28
Modelo de Gestión del Cambio de Kotter.....	29
Establecimientos del sentido de urgencia.....	29
Formación de coalición conductora.	30
Creación y comunicación de la visión.....	30
Facultamiento para la acción.....	31
Generación de triunfos a corto plazo.	31
Consolidación de mejoras.	32
Institucionalización de nuevos enfoques.....	32
Plan de capacitación transversal.	33
Pregunta de Investigación.....	33
Hipótesis.....	34
Fases metodológicas	34

	4
Fase 1 diagnóstico integral.....	34
Fase 2 identificación de puntos críticos	34
Fase 3 diseño de intervención	35
Fase 4 Implementación y seguimiento.....	35
Técnicas de recolección de información	35
Consideraciones éticas	36
Limitaciones metodológicas.....	36
Resultados.....	36
Objetivo específico 1: Diagnóstico Integral del Proceso de Gestión de Glosas.....	39
Resultados.....	40
Glosas por soportes (47,46% del total).....	41
Glosas por autorizaciones (23,43% del total).	42
Glosas por facturación (16,80% del total).....	43
Glosas por asignación incorrecta de responsable (9,19% del total).....	44
Glosas por problemas de tarifa (3,11% del total).....	44
Cuellos de botella identificados en el proceso.	45
Deficiencias en el proceso de conciliación.....	45
Clasificación de glosas y devoluciones.....	46
Análisis de glosa administrativa.....	46
Participación del médico auditor.....	46
Radicación de respuestas y conciliación.	47
Objetivo específico 2: Propuesta de mejoramiento con puntos de control específicos...47	
Análisis del proceso actual.....	47
Diagnóstico situacional del proceso actual.....	50
Enfoque reactivo.	50

	5
Puntos críticos sin control.....	50
Detección tardía de inconsistencias.	50
Propuesta de mejora.....	50
Lean Six Sigma.	50
Modelo Kotter.....	50
Puntos de control estratégicos propuestos.....	51
Verificación previa a la admisión (control preventivo).	51
Control de documentación durante la atención (control concurrente).	51
Auditoria Pre-Facturación (control correctivo).....	51
Sistema integral de monitoreo y evaluación.	52
Estrategias para mejorar la comunicación y coordinación.	52
Meta #1 Identificar correctamente al paciente.	52
Meta #2 Estrategias enfocadas en la seguridad del paciente.	53
Meta #3 Practicas de manejo seguro de medicamentos.....	53
Meta #4 Pausas de seguridad.....	54
Objetivo específico 3: Plan de capacitación estructurado	55
Metodología de levantamiento de información	55
Justificación del tamaño muestral.....	55
Instrumentos, validación y análisis estadístico	56
Instrumentos de recolección.....	56
Validación de instrumentos.....	56
Análisis estadístico.....	56
Análisis detallado de resultados.....	57
Encuesta 1 Procedimientos Incruentos.	57
Encuesta 2 Módulos de Facturación.....	57

	6
Encuesta 3 Reportes y Conciliaciones.	58
Módulos de capacitación	60
Ayudas Diagnósticas	60
Contenido.....	60
Metodología.	60
Conciliación de medicamentos.....	60
Contenido.....	60
Metodología.	60
Procedimientos incruentos y de intervencionismo.....	60
Contenido.....	60
Metodología.	60
Módulos financieros y administrativos.....	61
Contenidos integrados.....	61
Metodología.	61
Módulos complementarios	61
Estrategia de implementación	61
Modalidades de capacitación.	61
Recursos didácticos.	61
Evaluación y seguimiento	61
Evaluaciones diagnósticas.	61
Evaluación formativa.	62
Evaluación de impacto.	62
Indicadores de evaluación	62
Cronograma de implementación.....	62
Primer Etapa (junio)	62

	7
Segunda Etapa (junio-julio)	63
Tercera Etapa (julio)	64
Cuarta Etapa (julio-agosto)	65
Quinta Etapa (agosto).....	66
Sexta Etapa (agosto-septiembre).....	67
Conclusiones	69
Recomendaciones	70
Referencias.....	74
Anexos.....	77

Resumen

Este trabajo de grado presenta un plan de intervención orientado a mejorar el proceso de gestión de glosas en el Hospital Pablo Tobón Uribe, a partir de una problemática que afecta tanto la sostenibilidad financiera como la eficiencia operativa de la institución. Las principales causas identificadas están relacionadas con fallas en la documentación de soportes y debilidades en la gestión de autorizaciones.

La propuesta metodológica integra herramientas de mejora continua como Lean Six Sigma, el modelo EFQM y el modelo de gestión de cambio de Kotter, lo que permite abordar de manera integral tanto los aspectos técnicos del proceso como la transformación organizacional requerida. El trabajo se estructuró en tres ejes: diagnóstico del proceso actual, formulación de mejoras con puntos de control estratégicos y diseño de un plan de capacitación transversal.

Entre las acciones propuestas se incluyen mecanismos de verificación en admisión, alertas automatizadas durante la atención, auditorías previas a la facturación y un sistema de evaluación con indicadores de seguimiento. La capacitación del personal se diseñó con un enfoque práctico y adaptado a las necesidades identificadas.

Con esta intervención se busca reducir el volumen de glosas prevenibles, optimizar los tiempos de respuesta y garantizar una gestión más eficiente, en línea con los estándares de calidad institucional. El enfoque integral propuesto fortalece la cultura organizacional y contribuye a la mejora continua del sistema de salud hospitalario.

Problemática abordada

El Hospital Pablo Tobón Uribe enfrenta actualmente una problemática significativa en su proceso de gestión de análisis y respuesta a glosas. Durante el primer semestre del 2024, se han identificado glosas y devoluciones por parte de las aseguradoras en 64,392 facturas, que representan aproximadamente \$39,000 millones, según el informe interno de glosa pendiente de la institución (Hospital Pablo Tobón Uribe, 2024). Las principales causas de estas glosas son prevenibles desde la operación interna de Hospital e incluyen:

Ausencia de documentación de soportes

Esta problemática se manifiesta en historias clínicas incompletas, falta de registros clínicos, ausencia de resultados de laboratorio y carencias de evidencias que respalden los procedimientos realizados. También incluye casos donde hay omisión de firmas requeridas y documentos de identificación faltantes.

Deficiencias en la gestión de autorizaciones

Se observan situaciones donde los servicios son prestados sin obtener previamente las autorizaciones necesarias. También ocurren casos donde los procedimientos ejecutados exceden el alcance de lo autorizado por la entidad aseguradora, o se utilizan autorizaciones que han caducado o corresponden a otros pacientes.

Errores en la facturación

Esta categoría comprende la codificación incorrecta de procedimientos médicos, problemas en la digitación de valores, cobro por servicios no cubiertos por los planes de beneficios, duplicidad en la facturación de servicios y discrepancias entre los servicios prestados y facturados.

Otros responsables

Se presentan casos donde existe confusión respecto a la entidad responsable del pago, particularmente en situaciones como accidentes de tránsito, accidentes laborales o cuando hay múltiples aseguradoras involucradas. También incluye situaciones con pacientes que tienen coberturas compartidas entre diferentes entidades.

Inconsistencias en las tarifas aplicadas

Se identifican casos donde se utilizan tablas tarifarias desactualizadas, existen interpretaciones erróneas de los manuales tarifarios vigentes, o se presentan diferencias entre las tarifas contractualmente pactadas y las que finalmente son aplicadas en la facturación de servicios.

Esta situación genera múltiples consecuencias en diferentes sectores:

Financiero

La reducción del flujo de caja representa una de las consecuencias más críticas, la retención prolongada de recursos económicos en procesos de revisión y corrección genera una presión considerable sobre la liquidez institucional, este estancamiento financiero puede extenderse por periodos significativos, obligando a la administración a desarrollar estrategias alternativas que garanticen la continuidad operativa y el cumplimiento de los compromisos financieros.

Se evidencia un incremento en costos operativos que se materializan de manera directa en los recursos humanos y técnicos destinados a la revisión, corrección y respuesta de glosas, cada documento glosado requiere un tiempo considerable de análisis, lo que implica dedicar personal especializado a tareas de recuperación de cartera, este escenario se traduce en una inversión adicional no presupuestada que puede afectar la rentabilidad de la institución.

Los problemas de glosas generan una mayor necesidad de financiamiento externo, creando una espiral financiera crítica para el Hospital, al verse limitado el flujo de ingresos y aumentados los costos operativos, la institución se ve obligada a recurrir a líneas de crédito o financiamiento bancario para mantener su operación. Esta situación implica no solo asumir costos financieros adicionales, sino también comprometer la salud financiera de la institución a mediano y largo plazo. Adicional se genera un efecto domino que afecta la cadena de pagos del hospital, provocando demoras en el pago a proveedores directos, potencial interrupción de suministros, riesgo de deterioro en las relaciones comerciales y posible impacto en la calidad de los servicios médicos.

Operativo

La sobrecarga laboral por reprocesos se convierte en un círculo vicioso que afecta directamente la productividad institucional, los equipos administrativos y asistenciales deben destinar un tiempo significativo para corregir errores, lo que resta capacidad para realizar las actividades habituales.

Los retrasos en la radicación de facturas se convierten en una consecuencia directa generando una cadena de demoras que impacta todo el ciclo de las cuentas. Este fenómeno, junto con la extensión en los tiempos de respuesta a glosas, genera una presión adicional sobre los equipos, provocando un deterioro gradual en la eficiencia operativa, cada glosa se convierte en un obstáculo que debe ser superado, consumiendo recursos y energía institucional.

Esta situación se desarrolla en una desmotivación del personal que se enfrentan constantemente a procesos administrativos complejos y desgastantes. El deterioro en la eficiencia operativa se manifiesta de manera integral, afectando desde los procesos administrativos hasta la percepción de calidad por parte de los usuarios, la constante necesidad de corregir errores, complementar documentación y responder glosas genera una sensación de ineficiencia que permea toda la organización, comprometiendo no solo los resultados financieros, sino también la imagen institucional del Hospital Pablo Tobón Uribe.

Con el fin de conocer más acerca del tema, se definirá que son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), son organizaciones vitales en el sistema de salud colombiano, definidas por la Ley 100 de 1993 como entidades responsables de prestar

servicios de salud de manera directa a la población. En este contexto, las IPS como el Hospital Pablo Tobón Uribe se enfrentan a un marco normativo que no solo regula su operación, sino que condiciona significativamente su viabilidad financiera y operativa. La ley 1438 de 2011, específicamente su artículo 57, establece un riguroso sistema de gestión de glosas que somete a las IPS a términos perentorios y procesos administrativos complejos, donde cada etapa del trámite de facturación y objeción esta cronométricamente delimitada.

Los plazos son específicos y se establecen de la siguiente manera:

ARTÍCULO 57°. TRÁMITE DE GLOSAS. Que las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) 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 la normatividad vigente. 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. 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, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Si cumplidos los Quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago. Los

valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, Que no fueron levantadas. Una vez vencidos los términos, y en el caso de Que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley. (Ley 1438, 2011).

Como se evidencia en la normativa, una vez notificada la glosa, la Institución Prestadora de servicios (IPS) dispone de 15 días hábiles para emitir la respuesta de la glosa y 5 días hábiles para las devoluciones, la no respuesta dentro de estos términos implica una aceptación tácita de las objeciones presentadas. Esta disposición genera una presión significativa en el proceso de revisión de glosas, pues no solo involucra el análisis de la objeción dentro del tiempo establecido, sino que también requiere una coordinación eficiente entre las diferentes áreas del hospital para dar solución adecuada a las glosas o devoluciones originadas por errores en la operación interna.

La problemática descrita evidencia un desafío estructural crítico para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia. Según el Ministerio de Salud, en el informe “Situación Financiera del Sector Salud” de 2023, más del 60% de las IPS enfrentan problemas de sostenibilidad financiera, con las glosas representando un factor determinante en esta inestabilidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Las limitaciones actuales del sistema se agravan por varios factores críticos como lo son:

Complejidad normativa

La regulación excesivamente detallada y cambiante genera una carga administrativa que supera la capacidad operativa de muchas instituciones, el marco legal, si bien busca garantizar la calidad y transparencia, termina siendo un obstáculo para la eficiencia hospitalaria.

Asimetría en la relación con aseguradoras

Las IPS se encuentran en una posición vulnerable frente a las aseguradoras, que pueden objetar facturas con relativa discrecionalidad, mientras que los hospitales enfrentan plazos estrictos y consecuencias severas por incumplimiento.

Impacto financiero desproporcionado

Cada glosa no solo representa una pérdida directa de ingresos, sino que genera costos indirectos significativos en términos de tiempo, recursos humanos y procesos administrativos.

Las IPS colombianas enfrentan un escenario crítico donde un porcentaje significativo de las facturas radicadas son objetos de glosas, generando un impacto económico que compromete seriamente la sostenibilidad financiera del sistema de salud, las glosas representan un porcentaje importante de la facturación total de las instituciones, lo que se traduce en pérdidas económicas en el sector.

En el caso del Hospital Pablo Tobón Uribe, los \$39,000 millones en glosas representan un riesgo significativo para su estabilidad operativa y su capacidad de inversión en infraestructura y tecnología médica.

Esta situación exige una transformación integral que incluya: modernización de sistemas de gestión documental, capacitación continua del personal, implementación de tecnologías de verificación y control y negociaciones más equitativas con las entidades aseguradoras, el desafío va más allá de la corrección de errores, se trata de reconfigurar un sistema que actualmente penaliza la eficiencia hospitalaria.

La complejidad de las glosas hospitalarias revela un panorama crítico donde un significativo número de facturas evidencian múltiples falencias sistemáticas, esta realidad no solo refleja ineficiencias administrativas, sino que compromete estructuralmente la viabilidad financiera de las instituciones de salud, exigiendo una transformación integral en los procesos de gestión documental, autorización y facturación.

Objetivos

Objetivo general

Fortalecer y mejorar el proceso de gestión, análisis y respuesta a glosas en el Hospital Pablo Tobón Uribe mediante un plan de intervención integral, que permita reducir el volumen de glosas y devoluciones prevenibles, con especial énfasis en los principales motivos como: la ausencia de documentación de soportes y deficiencias en la gestión de autorizaciones,

mejorando los tiempos de respuesta según la normativa vigente y así asegurar la sostenibilidad financiera de la institución.

Objetivos específicos

1. Realizar un diagnóstico integral del proceso actual de gestión de glosas, documentado en la “Instructivo Gestionar Análisis y Respuesta a Glosas y/o Devoluciones” del Hospital, mediante una revisión documental detallada, identificando los puntos críticos y oportunidades de mejora en las diferentes etapas del proceso, con especial énfasis en las áreas que generan mayor volumen de glosas.

2. Formular una propuesta de mejoramiento que incluya el fortalecimiento o implementación de puntos de control estratégicos en el proceso de gestión de glosas, estableciendo indicadores de seguimiento que permitan medir su efectividad en la reducción de glosas prevenibles.

3. Diseñar e implementar un plan de capacitación estructurado para los grupos de interés involucrados, orientado a la socialización de los nuevos puntos de control y al fortalecimiento de las competencias en las áreas críticas identificadas.

Marco teórico

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son entidades encargadas de brindar atención médica a la población. En Colombia, su regulación se establece a través de la Ley 100 de 1993, la cual define su función dentro del Sistema General de Seguridad Social en

Salud (SGSSS). Estas instituciones pueden ser públicas, privadas o mixtas, y su operación está sujeta a normativas que garantizan la calidad de los servicios, la adecuada administración de los recursos y la correcta gestión de la facturación y auditoría de sus actividades (Congreso de Colombia, 1993).

Dentro de la gestión administrativa de las IPS, las glosas y devoluciones representan mecanismos utilizados por las entidades aseguradoras para cuestionar o rechazar facturas presentadas por los prestadores de servicios de salud. Aunque suelen confundirse, existen diferencias claves entre ambos conceptos. Las glosas corresponden a objeciones parciales sobre el valor facturado y pueden ser de tipo administrativo, técnico o médico (Decreto 4747, 2007). Por otro lado, las devoluciones implican el rechazo total de una factura debido a errores en la documentación, incumplimientos de plazos o codificación incorrecta, lo que obliga a la IPS a corregir y radicar nuevamente la factura. La auditoría de glosas y devoluciones es un proceso esencial en la gestión financiera de las IPS, ya que permite analizar la validez de las objeciones presentadas por las aseguradoras y recuperar valores que han sido rechazados de manera indebida. Esta auditoría implica la revisión de documentos de soportes, la elaboración de respuestas argumentadas y la aplicación de estrategias para minimizar futuras glosas. La implementación de metodologías de mejora continua en este proceso puede optimizar la eficiencia operativa y reducir pérdidas económicas.

La facturación en salud es un procedimiento administrativo mediante el cual las IPS presentan a las aseguradoras las cuentas por los servicios médicos prestados. Este proceso debe cumplir con normativas específicas para garantizar la transparencia y evitar glosas. La adecuada documentación y la correcta codificación de los procedimientos son aspectos

fundamentales para minimizar objeciones y agilizar el flujo de pagos dentro del sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

En este contexto, la metodología Lean Six Sigma emerge como una herramienta fundamental para la transformación organizacional. Esta estrategia integra los principios de Lean, centrados en la eliminación de desperdicios, con los de Six Sigma, enfocados en reducir la variabilidad de los procesos. Su implementación permite optimizar la eficiencia operativa y elevar la calidad asistencial mediante la identificación sistemática y eliminación de ineficiencias. Investigaciones recientes demuestran que los centros hospitalarios que han adoptado esta metodología logran reducir significativamente los tiempos de espera, disminuir errores administrativos en facturación y mejorar sustancialmente la experiencia del paciente (South, 2005).

Además, el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial (EFQM) es un marco de referencia utilizado para evaluar y mejorar la gestión de calidad en organizaciones de diversos sectores, incluyendo el de la salud. Este modelo se basa en nueve criterios divididos en dos categorías: facilitadores y resultados. Los facilitadores incluyen liderazgo, estrategia, personas, alianzas, recursos y procesos, mientras que los resultados abarcan el impacto en clientes, trabajadores, sociedad y desempeño organizacional (Martínez, 2008). La implementación del modelo EFQM en las IPS permite mejorar la calidad de la atención médica y fortalecer la sostenibilidad financiera.

El modelo de gestión del cambio propuesto por John Kotter es un enfoque estructurado compuesto por ocho etapas, diseñado para facilitar la transición organizacional y fomentar una cultura de mejora continua. Estas etapas incluyen: crear un sentido de urgencia, formar una

coalición de liderazgo, desarrollar una visión y estrategia, comunicar la visión del cambio, facultar a los empleados para la acción, generar triunfos a corto plazo, consolidar mejoras e institucionalizar los (Manzano García, 2023). En el sector salud, la aplicación de este modelo es fundamental para la adopción de nuevas tecnologías, la optimización de procesos administrativos y la implementación de modelos de atención centrados en el paciente.

El correcto funcionamiento de las IPS y la optimización de sus procesos administrativos dependen de la implementación de modelos de gestión eficientes, metodologías de mejora continua y auditorías rigurosas. La adecuada gestión de glosas y devoluciones, junto con la aplicación de herramientas como Lean Six Sigma y el Modelo EFQM, puede contribuir significativamente a la sostenibilidad y calidad del sistema de salud en Colombia. Así mismo, la adopción del modelo de gestión del cambio Kotter facilita la implementación de innovaciones y mejora de la capacidad de adaptación a nuevos desafíos en el sector.

Metodología

Enfoque de investigación

La metodología para abordar la problemática de gestión de glosas en el Hospital Pablo Tobón Uribe se desarrollará mediante una metodología mixta que integra elementos cuantitativos y cualitativos, estructurada bajo tres marcos teóricos metodológicos principales: Lean Six Sigma DMAIC (Definir, Medir, Analizar, Mejorar y Controlar), Modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) y el Modelo Gestión del Cambio de Kotter. A continuación, se detalla cada componente metodológico:

Lean Six Sigma – Metodología DMAIC

Lean Six Sigma es una metodología que tiene como objetivo reducir la variabilidad de los procesos a través del análisis de datos, optimizando así los procesos y sus resultados. (Vidal Junior, 2022).

La metodología Lean Six Sigma (LSS) será implementada para optimizar la eficiencia operativa y el rendimiento del proceso de gestión de glosas, eliminando actividades sin valor agregado y reduciendo la variabilidad. Esta metodología ha mostrado resultados significativos en entornos sanitarios como demuestran (Caro Teller et al., 2020) en su estudio sobre circuitos de dispensación de medicamentos, donde unidades hospitalarias aumentan su rendimiento operativo desde valores iniciales entre 60-71% hasta alcanzar niveles de 93-94% tras seis meses de implementación, generando ahorros económicos significativos en la gestión de procesos administrativos y asistenciales.

En el contexto colombiano, uno de los casos más representativos de implementación exitosa de herramientas Lean Six Sigma es el de la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV). Esta institución ha adoptado un enfoque sistemático para la mejora continua de sus procesos clínicos y administrativos, aplicando los principios de LSS como parte de su estrategia de excelencia operativa y sostenibilidad.

La FCV ha empleado la metodología LSS particularmente para optimizar procesos como la atención Hospitalaria, la trazabilidad del paciente, la logística de insumos médicos y la eficiencia en la gestión administrativa. Uno de los ejes claves ha sido la identificación de

actividades sin valor agregado dentro de los flujos de trabajo y la aplicación de ciclos de mejora para reducir los tiempos de respuesta, mejorar los niveles de calidad y aumentar la satisfacción del usuario.

Un Ejemplo concreto fue el rediseño de procesos en la apertura del Hospital Internacional de Colombia (HIC), donde se aplicaron los principios de Lean para la distribución funcional de los espacios, la estandarización de procedimientos asistenciales y la reducción de tiempos muertos en la atención. También se evidencia el trabajo en la automatización de proceso y el monitoreo en tiempo real de indicadores de desempeño, con el objetivo de controlar la variabilidad y asegurar resultados sostenibles.

Además, la FCV ha promovido una cultura organizacional basada en el aprendizaje continuo, lo cual ha sido esencial para la implementación de LSS. Mediante el modelo de “aprender haciendo”, los equipos interdisciplinarios han liderado proyectos internos de mejora, sin depender de consultores externos, lo cual ha reducido costos y aumenta el compromiso del personal con la filosofía de excelencia. Esta capacidad de autogestión y enfoque colaborativo ha permitido consolidar un ecosistema hospitalario resiliente, centrado en el usuario, y con un alto grado de innovación y eficiencia operativa. (Fundación Cardiovascular de Colombia, 2024).

El caso de la FCV demuestra que, con un enfoque estratégico, es posible adaptar exitosamente metodologías internacionales al contexto latinoamericano, logrando mejoras tangibles en la calidad del servicio, la seguridad del paciente y la sostenibilidad institucional.

Para su aplicación en la gestión de glosas, se construirá un equipo multidisciplinario que analizará y optimizará los procesos utilizando herramientas específicas como el ciclo DMAIC,

esta metodología permitirá cuantificar el impacto financiero de las intervenciones mediante la estimación comparativa de costos operativos pre y post implementación.

El componente DMAIC se estructura de la siguiente manera:

Fase Definir. el proceso de mejora iniciara con un mapeo detallado del proceso actual de gestión de glosas mediante diagramas de flujo, lo cual permite visualizar cada paso y sus interdependencias. Paralelamente, se identificarán los stakeholders claves a través de matrices de poder-interés, herramienta fundamental para comprender quienes tienen mayor influencia e interés en los resultados del proyecto. Para así establecer puntos de comparación de objetivos, se establecerán métricas base utilizando KPIs específicos que permitirán cuantificar el progreso. Esta fase culmina con el desarrollo de un Project Charter con objetivos claros y medibles, documento que servirá como guía y referencia durante toda la implementación.

Fase Medir. Una vez definido el marco de trabajo, se procede a la recolección sistemática de datos sobre volúmenes de glosas, obteniendo información precisa sobre la magnitud del problema. Se complementa con la medición de tiempos de ciclo en cada etapa del proceso, lo que permite identificar cuellos de botella y áreas de oportunidad. El análisis de capacidad del proceso actual revela si los recursos existentes son suficientes para manejar la carga de trabajo actual y la proyectada. Finalmente, se documenta la línea base de desempeño, estableciendo un punto de referencia concreto contra el cual se evaluarán los avances futuros.

Fase analizar. Con los datos recopilados, se aplicarán herramientas estadísticas para identificar patrones recurrentes y tendencias significativas en la generación y gestión de glosas.

Se implementará el desarrollo de diagramas de causa-efecto que permiten visualizar las relaciones entre diversos factores y sus consecuencias, facilitando la comprensión integral del problema. Para optimizar los esfuerzos de mejora, se implementa el análisis de Pareto, identificando el 20% de las causas que generan el 80% de las glosas. El proceso culmina con una evaluación de valor agregado en cada etapa del proceso, distinguiendo aquellas actividades que realmente contribuyen a la resolución efectiva de las glosas de aquellas que podrían ser optimizadas o eliminadas.

Para mejorar la eficiencia y calidad, muchas organizaciones han adoptado Lean Six Sigma, una metodología que combina Lean (reducción de desperdicios) y Six Sigma (minimización de variabilidad), logrando mejoras exponenciales en productividad y servicio (South,2005).

Ha generado beneficios claves como: reducción en tiempos de respuestas, aumento en productividad, optimización del espacio físico, reducción significativa de errores médicos y costos operativos. La mejora continua basada en Lean Six Sigma es clave para la sostenibilidad del sector salud, aplicar esta metodología permite reducir costos, optimizar procesos y mejorar la atención al paciente, como señala South (2005), “El progreso requiere cambio”, y la eficiencia no se logra sin una estrategia estructurada.

Modelo EFQM

El modelo EFQM se basa en la autoevaluación, no es un modelo de certificación ni tampoco de acreditación, y una organización puede realizar el proceso de autoevaluación con o

sin apoyo externo, aunque la coordinación de la autoevaluación debe realizarla alguien con experiencia en el modelo. (Martínez, 2008).

El modelo EFQM se estructura de 9 criterios de evaluación divididos en dos categorías principales. Por un lado, están los criterios facilitadores que abarcan del 1 al 5 y explican cómo debe de funcionar una organización que tiene implementado un sistema de gestión de calidad total. Por otro lado, se encuentran los criterios de resultados, del 6 al 9, que reflejan los logros concretos que la organización está consiguiendo (Martínez, 2008), los cuales son:

Criterios facilitadores

Liderazgo. Evalúa como los directivos y responsables desarrollan la misión, visión y valores actuando como modelos de referencia dentro de una cultura de excelencia. Los líderes deben implicarse personalmente en el desarrollo e implementación del sistema de gestión, interactuando activamente con clientes, socios y representantes de la sociedad. Este criterio también valora como motivan, apoyan y reconocen a las personas de la organización, identifican y lideran los cambios organizativos necesarios y gestionan eficazmente las relaciones con todos los grupos de interés relevantes para el éxito de la institución.

Estrategia. Este criterio examina como la organización implementa su misión y visión mediante una planificación centrada en los grupos de interés. La estrategia debe fundamentarse en información procedente de indicadores de rendimiento, investigación, aprendizaje e innovación. Es fundamental que la organización desarrolle, revise y actualice periódicamente su política y estrategia, comunicándola y desplegándola mediante un esquema

de procesos clave. Además, debe existir un claro alineamiento entre los objetivos individuales y de equipo con los objetivos estratégicos generales de la organización.

Personas. Analiza como la organización gestiona y desarrolla el conocimiento y potencial de su personal. Esto incluye la planificación y mejora de los recursos humanos, así como la identificación y desarrollo de las capacidades del personal a través de formación y planes de carrera. La organización debe fomentar la implicación y facultar a las personas para tomar decisiones, estableciendo un dialogo efectivo entre los empleados y la dirección. También se valora como se recompensa, reconoce y atiende a las personas, y como se promueve un ambiente de trabajo seguro y saludable que favorece el bienestar de los empleados.

Alianzas y recursos. Valora como la organización planifica y gestiona sus colaboraciones externas y recursos internos para apoyar su política, estrategia y operación eficaz de los procesos. Incluye la gestión de las alianzas con proveedores y socios estratégicos, la administración de los recursos económicos y financieros, y la gestión eficiente de edificios, equipos y materiales. También abarca la implementación y desarrollo de la tecnología, la administración de la información y el conocimiento, la optimización del uso de los recursos considerando su impacto ambiental, buscando un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización y la comunidad.

Procesos. Este criterio examina como la organización diseña, gestiona y mejora sus procesos para apoyar su política y estrategia, con el fin de satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés. Se valora como se diseñan y gestionan sistemáticamente los procesos, como se mejoran mediante la innovación cuando es necesario, y como se

desarrollan productos y servicios basados en las necesidades y expectativas de los clientes. También incluye la evaluación de cómo se producen, entregan y mantienen los productos y servicios, además de cómo se gestionan y mejoran las relaciones con los clientes para optimizar su valor.

Criterios de resultados

Resultados en los clientes. Evalúa lo que está consiguiendo la organización en relación con sus clientes externos. Se divide en dos componentes principales: medidas de percepción, que incluyen opiniones, valoraciones y feedback directo de los clientes a través de encuestas, grupos focales, felicitaciones y quejas; e indicadores de rendimiento, que son medidas internas utilizadas para supervisar el desempeño en la atención al cliente, como tiempos de respuesta, índices de defectos, números de quejas, retención de clientes y reconocimientos externos recibidos. Estos elementos proporcionan una visión integral de la calidad del servicio desde la perspectiva del cliente.

Resultados en las personas. Este criterio analiza los logros de la organización en relación con su personal. Las medidas de percepción incluyen las opiniones del personal sobre aspectos como satisfacción laboral, sentido de pertinencia, efectividad de la comunicación interna, oportunidades de desarrollo profesional y reconocimiento del trabajo. Los indicadores de rendimiento abarcan medidas internas sobre el capital humano como rotación de personal, absentismo, formación completa, productividad por colaborador y número de sugerencias aportadas y aplicadas. Este criterio es fundamental para evaluar la efectividad de las políticas de recursos humanos y el clima organizacional.

Resultados en la sociedad. Evalúa el impacto de la organización en la comunidad donde opera. Las medidas de percepción reflejan como la sociedad y la organización en términos de imagen como empleador responsable, transparencia, comportamiento ético, impacto ambiental y contribución a la comunidad local. Los indicadores de rendimiento incluyen premios y reconocimientos externos, cobertura en medios, reducción de residuos, uso de energías renovables y participación en iniciativas sociales y comunitarias. Este criterio refleja la responsabilidad social corporativa y el compromiso con la sostenibilidad.

Resultado clave. Examina los logros de la organización respecto a los objetivos planificados, las necesidades y expectativas de los grupos de interés que aportan a la financiación. Se divide en resultados estratégicos clave, que incluyen medidas del rendimiento financiero como ingresos, beneficios, márgenes, cuota de mercado, rentabilidad de inversiones e indicadores clave de rendimientos, que son medidas operativas que permiten supervisar y predecir los resultados futuros, como eficiencia de procesos, tiempo de ciclo, tasas de error, uso de recursos, costos unitarios, cumplimiento presupuestario, niveles de innovación y valor de la propiedad intelectual. Este criterio proporciona una evaluación objetiva del éxito organizacional.

En conjunto, estos nueve criterios del Modelo EFQM están interrelacionados y se ponderan según su importancia relativa para evaluar la excelencia organizacional, las cuales forman un sistema integrado de gestión que permite a las organizaciones identificar sus fortalezas y áreas de mejora, estableciendo una base sólida para el perfeccionamiento continuo de sus procesos y resultados.

Según Yaghoubi et al. (2019), los factores clave para el desarrollo exitoso incluyen un análisis preciso de necesidades y estandarización de procesos, capacitación del personal, participación continua de comités de salud y evaluación continua del impacto clínico. Estos factores se alinean con los criterios del Modelo EFQM, ya que la auto evaluación permite detectar oportunidades de mejora y fortalece la gestión hospitalaria. Por ejemplo, la optimización de procesos y recursos contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud, mientras que el liderazgo y la estrategia facilitan la transformación organizacional hacia una atención más enfocada en la promoción de salud.

Modelo de Gestión del Cambio de Kotter

La metodología de Kotter es un proceso de transformación organizacional que consta de ocho pasos fundamentales, identificados a partir del análisis de más de 1000 empresas que intentaron realizar cambios significativos en su forma de hacer negocios para adaptarse a entornos más desafiantes, (Manzano García, 2023).

Este modelo proporciona un marco estructurado para implementar y sostener el cambio organizacional:

Establecimientos del sentido de urgencia. El proceso inicia con un análisis detallado del impacto financiero que las glosas tienen sobre la organización, identificando los montos comprometidos, su tendencia histórica y las áreas más afectadas. Se desarrollan presentaciones de tendencias y proyecciones financieras que muestran claramente las consecuencias económicas si no se implementan cambios, visualizando escenarios comparativos entre la situación actual y la potencial mejora. Paralelamente, se identifican los

riesgos operativos y estratégicos asociados con la persistencia de las glosas, incluyendo pérdidas económicas, deterioro de relaciones con aseguradoras y afectación a la sostenibilidad institucional. Todo esto se comunica efectivamente a todos los niveles de la organización mediante reuniones estructuradas, informes ejecutivos y mensajes claros que enfatizan la necesidad imperiosa del cambio.

Formación de coalición conductora. Esta fase contempla la selección estratégica de líderes provenientes de diferentes áreas clave como facturación, auditoría médica, atención al paciente y dirección administrativa, eligiendo personas con capacidad de influencia y compromiso con el cambio. Se definen roles y responsabilidades específicas para cada miembro de la coalición, estableciendo claramente sus contribuciones esperadas, autoridad y alcance de decisión. Se desarrollan planes de comunicación interna que aseguren mensajes consistentes y alineados entre todos los integrantes de la coalición, con narrativas compartidas sobre los objetivos y beneficios del cambio. Además, se establecen mecanismos de coordinación como reuniones periódicas, herramientas de seguimiento compartidas y protocolos de toma de decisiones que facilitan la acción coherente y adecuada del equipo conductor.

Creación y comunicación de la visión. Durante esta etapa se promueve el desarrollo participativo de la visión futura, involucrando a representantes de diversos niveles organizacionales para construir colectivamente el escenario deseado de gestión de glosas. Se diseñan estrategias de comunicación multinivel adaptadas a las diferentes audiencias internas, utilizando diversos canales y formatos para maximizar la comprensión y apropiación del mensaje. El establecimiento de metas SMART (Específicas, Medibles, Alcanzables, Relevantes y con Tiempo definido) proporciona claridad sobre los resultados esperados, como porcentajes

específicos de reducción de glosas en plazos determinados. Complementariamente, se crean planes detallados que desglosan las acciones necesarias, responsables, recursos requeridos y cronogramas para alcanzar la visión propuesta.

Facultamiento para la acción. Este componente implica la identificación y eliminación sistemática de barreras organizacionales que obstaculizan el cambio, como procedimientos obsoletos, restricciones tecnológicas o resistencias culturales. Se garantiza la asignación de recursos necesarios, incluyendo presupuesto específico, tiempo protegido para el personal involucrado y herramientas tecnológicas adecuadas para soportar las nuevas prácticas. La implementación de programas de desarrollo de competencias abarca capacitaciones técnicas sobre normatividad de facturación, habilidades de negociación con aseguradoras y manejo avanzado de sistemas de información. Además, se establecen sistemas de soporte como líneas de consulta especializadas, repositorios de información centralizada y mecanismos de resolución rápida de dudas e inconvenientes surgidos durante la implementación.

Generación de triunfos a corto plazo. La estrategia incluye la definición de objetivos intermedios alcanzables que permitirán demostrar avances significativos en períodos relativamente cortos, como la reducción de glosas en servicios específicos o la mejora en tiempos de respuesta. Se implementan mejoras rápidas que generan resultados visibles, priorizando intervenciones de alto impacto y baja complejidad que motivan al personal y refuercen la viabilidad del cambio. Se desarrolla un sistema de reconocimiento y celebración de logros que visibilice los éxitos preliminares mediante comunicaciones institucionales, reuniones de seguimiento y reconocimientos a equipos destacados. Paralelamente, se documenta sistemáticamente las mejores prácticas identificadas durante estas primeras victorias, creando un repositorio de lecciones aprendidas que alimentan las siguientes fases del proceso.

Consolidación de mejoras. El proceso contempla la evaluación continua de resultados mediante indicadores claves predefinidos, monitoreando aspectos como valor recuperado, porcentaje de reducción de glosas y eficiencia operativa en el proceso de facturación. Se implementa un ajuste dinámico de estrategias basado en la información obtenida de las evaluaciones, permitiendo correcciones oportunas y adaptaciones a circunstancias cambiantes del entorno. La ampliación progresiva del alcance de mejoras expande gradualmente las intervenciones exitosas hacia otros servicios, tipos de glosas o unidades funcionales, maximizando el impacto organizacional. Todo esto se apoya en un sistema de gestión del conocimiento que captura, organiza y socializa sistemáticamente las experiencias significativas, soluciones efectivas y aprendizajes generados durante el proceso de cambio.

Institucionalización de nuevos enfoques. Esta fase abarca la formalización de procesos mejorados mediante su incorporación oficial al sistema de gestión de calidad, incluyendo diagramas de flujo actualizados, descripciones de procedimientos y puntos de control. Se realiza la actualización de políticas y procedimientos institucionales para reflejar las nuevas prácticas estandarizadas, asegurando coherencia normativa y respaldo administrativo a los cambios implementados. El desarrollo de sistemas de monitoreo permanente establece mecanismos continuos de vigilancia de indicadores críticos, alertas tempranas y auditorías periódicas que garantizan la sostenibilidad de las mejoras. Todo esto contribuye a la consolidación de una cultura de mejora continua donde la prevención y gestión eficaz de glosas se integra como un valor institucional permanente, reflejado en comportamientos cotidianos, toma de decisiones y prioridades operativas.

Plan de capacitación transversal. El modelo de capacitación se estructura siguiendo el paradigma de aprendizaje 70-20-10, que integra diferentes metodologías para maximizar la transferencia del conocimiento. El aprendizaje experiencial representa el 70% de la estrategia formativa, implementando proyectos prácticos de mejora en contextos reales, rotación temporal del personal por diferentes áreas relacionadas con el ciclo de facturación, y programas estructurados de mentoring y coaching con líderes experimentados. El aprendizaje social constituye el 20% del modelo, fomentando comunidades de práctica especializadas en temas críticos, grupos de discusión para análisis de casos complejos y sistemas formales de retroalimentación entre pares que facilitan el intercambio de conocimientos tácitos. Finalmente, el aprendizaje formal comprende el 10% restante, incluyendo talleres estructurados sobre normatividad vigente, cursos específicos de habilidades técnicas y evaluaciones periódicas de competencias que certifican los niveles de dominio alcanzados por el personal en las áreas clave para la prevención y gestión de glosas.

La integración de estas metodologías permitirá abordar de manera sistemática y holística la problemática de las glosas en el Hospital Pablo Tobón Uribe, considerando los aspectos técnicos como los factores humanos y organizacionales necesarios para una transformación exitosa.

Pregunta de Investigación

¿Cómo puede el Hospital Pablo Tobón Uribe mejorar su proceso de gestión, análisis y respuesta para reducir el volumen de glosas y devoluciones prevenibles y así mejorar su sostenibilidad financiera?

Hipótesis

La implementación de un plan integral de mejoramiento que incluya puntos de control estratégicos, fortalecimiento documental y capacitación continua permitirá reducir significativamente el volumen de glosas, especialmente en las categorías de ausencia de documentación de soportes y deficiencias en la gestión de autorizaciones.

Fases metodológicas

Fase 1 diagnóstico integral

El proceso comienza con una revisión documental exhaustiva del “Instructivo Gestionar Análisis y Respuestas a Glosas y/o Devoluciones” del Hospital. Este análisis incluye un estudio cuantitativo de los principales motivos de glosa, donde destaca la ausencia de documentación de soportes y las deficiencias en la gestión de autorizaciones como las causas más significativas. Además, se realiza una categorización y cuantificación completa de todas las causas de glosas, incluyendo errores en la facturación. Otros responsables e inconsistencias en tarifas.

Fase 2 identificación de puntos críticos

Esta fase contempla el mapeo detallado de procesos administrativos y operativos relacionados con la facturación, complementado con un análisis profundo de los impactos financieros y operativos que generan las glosas. Se evalúa la eficiencia de los procesos

actuales y se identifican las brechas existentes entre la normativa establecida y la práctica real en la institución.

Fase 3 diseño de intervención

A partir del diagnóstico, se desarrolla una propuesta de mejoramiento con énfasis en cuatro ejes principales: fortalecimiento de sistemas de gestión documental, implementación de puntos de control estratégicos, diseño de indicadores de seguimiento efectivos y elaboración de un plan de capacitación dirigido a los diferentes grupos de interés involucrados en el proceso.

Fase 4 Implementación y seguimiento

Esta fase operativa incluye la socialización de los nuevos procesos y puntos de control entre todo el personal involucrado. Se implementarán programas de capacitación enfocados en las áreas críticas identificadas previamente. El proceso se contempla con un monitoreo continuo de indicadores y una evaluación sistemática de la reducción de glosas prevenibles.

Técnicas de recolección de información

La metodología se apoya en diversas técnicas para la obtención de datos, incluyendo la revisión exhaustiva de documentos internos, el análisis detallado de registros de facturación y la revisión de la normativa vigente aplicable al sector salud.

Consideraciones éticas

El proyecto contempla aspectos éticos fundamentales como la confidencialidad de la información institucional, el respeto por los procesos internos del Hospital, la protección rigurosa de datos sensibles y la transparencia en todos los aspectos de la intervención.

Limitaciones metodológicas

Se reconocen como limitaciones potenciales la complejidad normativa propia del sector salud, la posible resistencia al cambio por parte del personal, las limitaciones de tiempo y recursos disponibles, y la variabilidad en los procesos administrativos de la institución.

Esta metodología busca abordar de manera sistemática y estratégica la problemática de glosas, con un enfoque que no solo permita diagnosticar las deficiencias actuales, sino también implementar soluciones concretas y medibles para mejorar la eficiencia operativa del Hospital Pablo Tobón Uribe.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en relación con los tres objetivos específicos propuestos en el trabajo de grado, enfocados en mejorar el proceso de gestión de glosas y devoluciones en el Hospital Pablo Tobón Uribe. Estos objetivos fueron diseñados para abordar las áreas críticas identificadas, optimizar los procedimientos administrativos y fortalecer las competencias del personal involucrado, con el propósito de reducir el volumen de glosas prevenibles y mitigar el impacto financiero negativo para la institución.

Para alcanzar estos objetivos, se realizó un diagnóstico del proceso actual, considerando tanto la revisión documental como la información detallada proporcionada por los estándares del proceso de gestión de glosa. Además, se formularon estrategias de mejoramiento y se diseñó un plan de capacitación estructurado para el personal, alineado con metodologías reconocidas como Lean Six Sigma y el modelo de gestión del cambio Kotter.

El diagnóstico realizado se articula de manera directa y coherente con el objetivo general y específicos planteados, ya que constituye la base fundamental sobre la cual se estructura la propuesta de mejora para el proceso de gestión de glosas en el Hospital Pablo Tobón Uribe.

En relación con el objetivo general que busca fortalecer y mejorar el proceso de gestión, análisis y respuesta a glosas mediante un plan de intervención integral, el diagnóstico evidenció que el valor total objetado corresponde a dos causas específicas la ausencia de soportes y deficiencias en la gestión de autorizaciones. Estos hallazgos no solo validan la necesidad urgente de intervención, sino que permiten enfocar los esfuerzos en las áreas con mayor impacto financiero y operativo para la institución. Así, el diagnóstico cumple una función estratégica: define con claridad los factores críticos que deben abordarse para mejorar los tiempos de respuesta y reducir las glosas prevenibles, lo cual se alinea completamente con la finalidad del objetivo general.

Respecto al primer objetivo específico, orientado a realizar un diagnóstico integral del proceso actual de gestión de glosas, el trabajo cumple ampliamente con esta meta. A través del análisis documental del instructivo institucional y la revisión de datos cuantitativos, se

identificaron los principales puntos críticos del proceso: falta de verificaciones previas a la facturación, deficiencias en la trazabilidad documental, cuellos de botella operativos, demoras en la participación del médico auditor y carencia de protocolos efectivos de glosa, proporcionando una visión detallada y realista de los factores que afectan negativamente la recuperación de cartera. Este diagnóstico no solo describe el estado actual del proceso, sino que también establece una base técnica y objetiva sobre la cual se puede intervenir de forma eficaz.

El segundo objetivo específico, el cual plantea la formulación de una propuesta de mejoramiento con puntos de control estratégicos, también encuentra su fundamento en el diagnóstico realizado. La propuesta incluye mecanismos preventivos en el proceso de admisión para validar autorizaciones en tiempo real, controles concurrentes durante la atención que garanticen la inclusión de soportes documentales en la historia clínica, y auditorías pre-facturación que permitan detectar errores antes de que sean glosados por las aseguradoras. Estas estrategias surgen directamente del análisis de los hallazgos más relevantes y buscan no solo corregir errores actuales, sino anticiparse a ellos, reduciendo la variabilidad y aumentando la eficiencia operativa. La propuesta se estructura metodológicamente con base en Lean Six Sigma y el modelo de gestión del cambio de Kotter, lo cual garantiza un enfoque técnico y cultural que favorece la sostenibilidad de las mejoras.

Finalmente, el tercer objetivo específico, centrado en diseñar e implementar un plan de capacitación estructurado para los grupos de interés involucrados, se desarrolla como una respuesta directa a las brechas de conocimiento identificadas durante el diagnóstico. A través de encuestas aplicadas al personal clave, se detectaron necesidades formativas específicas en procedimientos administrativos, módulos de facturación y generación de reportes. La

información obtenida permitió estructurar un plan de capacitación con enfoque por competencias, adaptado a la frecuencia y complejidad de las tareas realizadas, y alineado con las áreas críticas del proceso. Este componente formativo no solo refuerza el capital humano de la institución, sino que también constituye en eje fundamental para garantizar la correcta implementación y sostenibilidad de los cambios propuestos.

En conjunto, puede afirmarse que el diagnóstico realizado no solo se enlaza con los objetivos de trabajo, sino que los potencia y les otorga viabilidad técnica y estratégica, permitiendo una intervención estructurada, medible y alineada con los retos reales que enfrenta la institución en su gestión de glosas.

Los resultados obtenidos permiten comprender de manera integral las fortalezas, debilidades y áreas de mejora del proceso de gestión de glosas, estableciendo una base sólida para la implementación de cambios efectivos y sostenibles. A continuación, se detallan los hallazgos específicos para cada objetivo planteado, así como las recomendaciones y estrategias propuestas para optimizar la gestión de glosas en el Hospital.

Objetivo específico 1: Diagnóstico Integral del Proceso de Gestión de Glosas

El presente diagnóstico tiene como finalidad evaluar exhaustivamente el proceso actual de gestión de glosas del Hospital, documentado en la “Instructivo Gestionar Análisis y Respuesta a Glosas y/o Devoluciones”. Este análisis busca identificar las principales causas de glosas, comprender a profundidad las etapas del proceso actual, detectar cuellos de botella y determinar oportunidades de mejora que permitan optimizar la recuperación de cartera y fortalecer la sostenibilidad financiera de la institución.

Para realizar este diagnóstico se utilizó una metodología de revisión documental detallada, complementada con el análisis de datos cuantitativos de las glosas recibidas, poniendo especial énfasis en aquellas áreas que generan mayor volumen de rechazo por parte de las entidades pagadoras.

Resultados

A partir del análisis realizado al Instructivo Gestionar Análisis y Respuesta a Glosas y/o Devoluciones (Hospital Pablo Tobón Uribe, Sección Interventoría, s, f) y la revisión documental, se identifican los principales motivos de glosas, destacando la ausencia de documentación de soportes (47,46%) y las deficiencias en la gestión de autorizaciones (23,43%) como las causas más significativas. Estos aspectos evidencian problemas críticos en la gestión documental y fallos administrativos previos a la prestación del servicio, afectando negativamente tanto el flujo de caja como la eficiencia operativa del hospital.

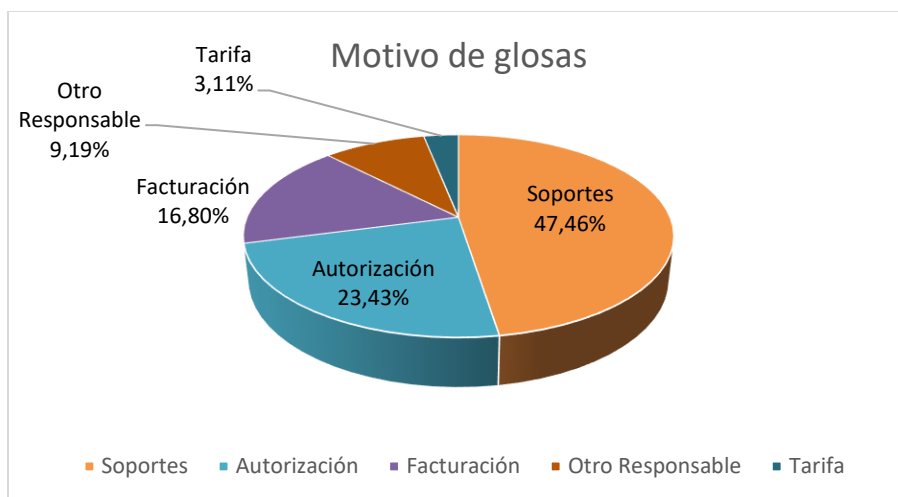


Figura 1: Motivos de glosas

Nota: Elaboración propia

Durante la revisión del proceso de gestión de glosas de la institución, se identificaron hallazgos críticos que afectan directamente la recuperación de cartera. A continuación, se profundiza en las dos causas más significativas, la falta de soportes y problemas con las autorizaciones, las cuales en conjunto representan más del 70% del valor total objetado.

Glosas por soportes (47,46% del total). Se encontraron \$18.721.586.815 objetados en 23.251 casos, debido a deficiencias relacionadas con la gestión documental. Las fallas más recurrentes incluyen:

Ausencia de soportes clínicos o administrativos. Documentos esenciales como órdenes médicas, consentimientos informados, resultados de laboratorio o imágenes diagnósticas que no se adjuntan en el momento adecuado, afectando la capacidad de respuesta oportuna.

Documentación incompleta o ilegible. En algunos casos, los soportes están escaneados con baja calidad o incompletos, impidiendo su validación por parte del pagador.

Falta de trazabilidad documental. No se cuenta con un sistema que garantice el seguimiento del flujo documental desde la generación del soporte hasta su inclusión en la historia clínica digital. Esto deriva búsquedas manuales que aumentan los tiempos de respuesta.

Ausencia de verificación previa al envío de facturación. Aunque existe un procedimiento formal para la gestión documental, no contempla un mecanismo preventivo que asegure la completitud y legibilidad de los soportes antes de la radicación.

Dificultades en el acceso a los sistemas de información (QDoc, Impax, Intranet). El personal debe acceder a múltiples plataformas para recuperar los documentos necesarios, sin una interfaz integradas, lo que ralentiza el proceso de respuesta.

Estas fallas no solo impactan la oportunidad de la respuesta a glosas, sino que también generan reprocesos que aumentan la carga operativa y reducen la efectividad del ciclo de facturación.

Glosas por autorizaciones (23,43% del total). Se objetaron \$9.238.375.643 en 11.419 casos, por inconsistencias en la validación y gestión de autorizaciones. Los problemas principales observados son:

Validación ineficaz en el momento de la admisión. Las autorizaciones no se verifican en tiempo real, lo que permite la prestación de servicios sin respaldo previo por parte de las aseguradoras.

Desconexión entre áreas operativas. Aunque el instructivo menciona coordinación con apoyo al usuario, en la práctica se evidencian demoras significativas en la comunicación, afectando la obtención de autorizaciones pendientes.

Falta de alertas o seguimiento automatizado. No existen mecanismos que adviertan sobre servicios que requieren de autorización y que aún no la tienen registrada, lo cual aumenta el riesgo de glosas evitables.

Inexistencia de un protocolo preventivo claro. El procedimiento actual no establece pasos detallados para verificar la validez, vigencia y cobertura de las autorizaciones antes de facturar.

Estos hallazgos indican la necesidad urgente de implementar herramientas tecnológicas que permitan la verificación automatizada y en tiempo real de autorizaciones, así como la integración efectiva entre las áreas asistenciales y administrativas.

Glosas por facturación (16,80% del total). El análisis evidenció que \$6.424.124.991, distribuidos en 23.921 casos, fueron objetados por errores en el proceso de facturación. Las principales deficiencias identificadas incluyen:

Convenios. Aunque el instructivo establece la validación conforme a los manuales tarifarios vigentes (SOAT, ISS y propios), se constató que muchos convenios no se encuentran actualizados no correctamente parametrizados en el sistema de información, Adicional el personal no dispone de una fuente centralizada y actualizada con los convenios de cada aseguradora, lo cual dificulta una facturación precisa y alineada con las condiciones contractuales.

Verificación. No existe un proceso de verificación cruzada previo a la emisión de la factura, lo que incrementa los errores en la aplicación de tarifas y la asignación de códigos.

Tarifas. Se observó un alto número de inconsistencias en el uso de tarifas debido al desconocimiento de los términos contractuales vigentes.

Glosas por asignación incorrecta de responsable (9,19% del total). Se detectaron \$3.622.294.192 en 5.307 casos donde la responsabilidad financiera fue atribuida a la entidad incorrecta, los principales hallazgos fueron:

El instructivo. carece de un protocolo específico para validar la correcta identificación del pagador, lo que propicia errores desde el momento de admisión del paciente.

Validación. Se observaron deficiencias en la validación de derechos y en la verificación de coberturas, lo que ocasiona la facturación a entidades no correspondientes, además no se realiza una verificación sistemática de multifiliación ni de pólizas activas, lo que agrava los errores de asignación y dificulta el recaudo posterior.

Glosas por problemas de tarifa (3,11% del total). Se cuantificaron \$1.227.977.401 en 494 casos por aplicación incorrecta de tarifas, asociados a los siguientes factores:

La respuesta. Este tipo de glosas requieren múltiples validaciones manuales, lo que incrementa la probabilidad de errores humanos y retrasa el proceso.

Tarifas. Se encontraron discrepancias entre las tarifas aplicadas y las negociadas en los convenios vigentes, lo cual refleja una falta de control sobre la parametrización, adicional no se cuenta con un sistema automatizado que alerte sobre tarifas especiales o diferenciales,

generando omisiones recurrentes, ya que el personal desconoce detalles específicos de las condiciones tarifarias pactadas, lo cual repercute directamente en la correcta liquidación de los servicios prestados.

Cuellos de botella identificados en el proceso. El análisis del instructivo permitió identificar varios obstáculos que ralentizan la gestión de glosas:

El tiempo promedio de respuesta a las glosas excede los límites establecidos por la resolución 3047, afectando la oportunidad del recaudo, la clasificación manual de glosas retrasa la asignación a los responsables del análisis, la intervención del médico auditor se convierte en un cuello de botella crítico, con tiempos de espera de hasta 5 días hábiles para resolver casos clínicos complejos.

El uso de múltiples sistemas informáticos sin integración duplica esfuerzos y alarga los tiempos de análisis, por último, el registro manual de las respuestas excesivamente laborioso, lo que lo hace susceptible a errores y omisiones.

Deficiencias en el proceso de conciliación. El procedimiento de conciliación presenta limitaciones significativas, entre ellas:

El instructivo apenas aborda este proceso, sin establecer criterios claros para la toma de decisiones, no se dispone de un registro sistemático de conciliaciones realizadas ni de un banco de lecciones aprendidas, la falta de facultades claras de negociación restringe la capacidad del equipo para llegar a acuerdos favorables.

Adicional, no hay seguimiento posterior a la conciliación para garantizar el cumplimiento de los acuerdos establecido y las conciliaciones se gestionan de forma reactiva, sin una estrategia proactiva que contribuye a la recuperación efectiva de cartera.

El instructivo Gestionar Análisis y Respuesta a Glosas y/o Devoluciones (Hospital Pablo Tobón Uribe, Sección Interventoría, s, f) describe el proceso estándar para gestionar el análisis y la respuesta a glosa y devoluciones detallando las siguientes etapas clave:

Clasificación de glosas y devoluciones. Se realiza diariamente por el revisor de cuentas.

Se diferencian las glosas administrativas de las médicas, permitiendo un tratamiento específico según la causa.

Se identifican oportunidades de mejora en la clasificación oportuna y precisa para minimizar reprocesos y retrasos.

Análisis de glosa administrativa. Se evalúa con base en la historia clínica electrónica, normatividad vigente, manuales tarifarios y convenidos actuales.

Este proceso revela la necesidad de fortalecer la gestión documental y el conocimiento del personal sobre normativas y procedimientos.

Participación del médico auditor. Las glosas complejas o de pertinencia médica son remitidas a los médicos auditores.

Aunque se garantiza el respaldo médico especializado, se detectan potenciales demoras cuando el médico personal disponible para revisión es insuficiente.

Radicación de respuestas y conciliación. La respuesta a la glosa se radica según el instructivo.

En caso de rechazo, se justifica nuevamente y, como último recurso, se concilia con la entidad responsable de pago.

Este proceso, aunque busca minimizar las glosas recurrentes, revela deficiencias en la trazabilidad y comunicación efectiva con las aseguradoras.

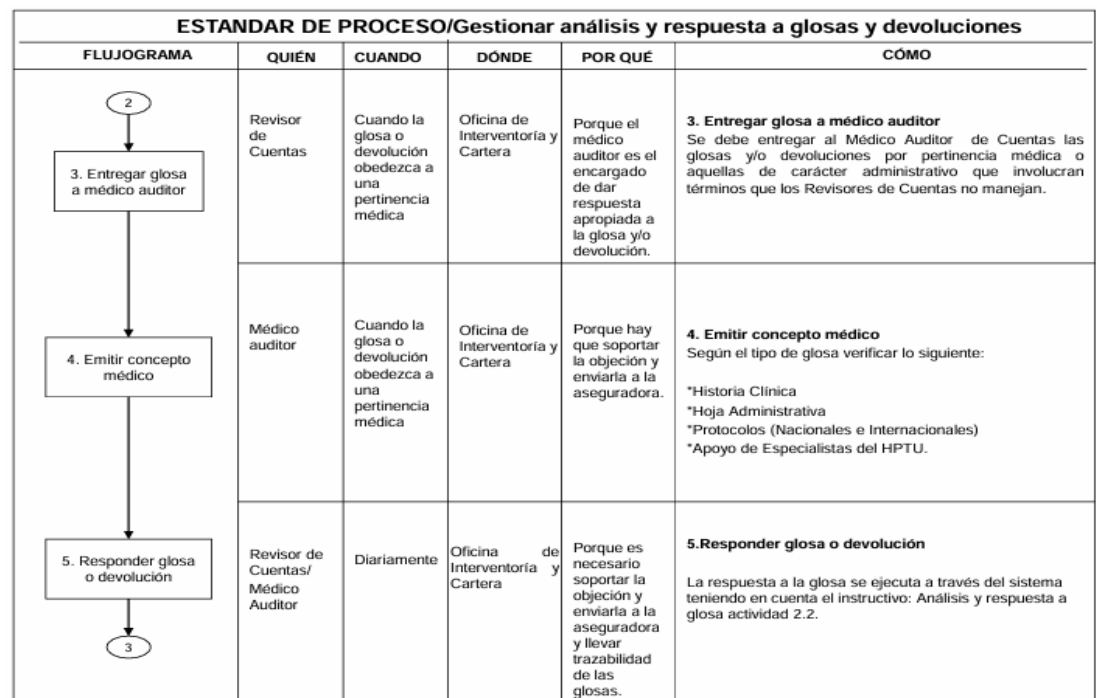
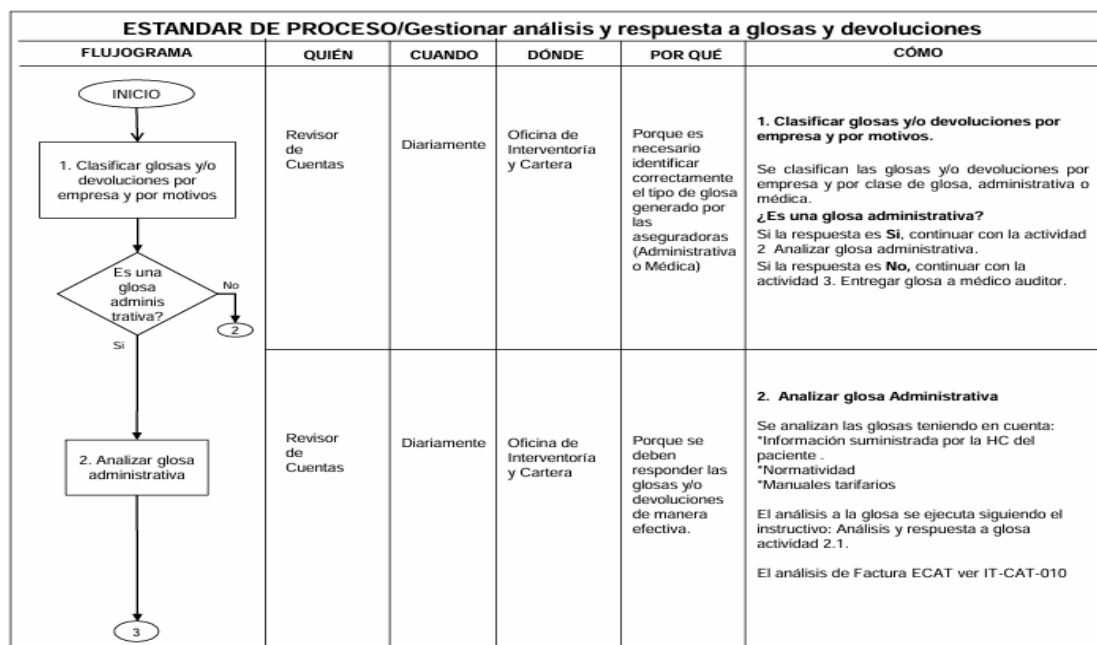
Estos hallazgos proporcionan una comprensión integral de los puntos críticos del proceso y constituyen una base sólida para la formulación de estrategias efectivas que mejoren la gestión de glosas hospitalarias y, en consecuencia, la situación financiera de la institución.

Objetivo específico 2: Propuesta de mejoramiento con puntos de control específicos

La propuesta de mejoramiento se ha diseñado siguiendo un enfoque integral que combina los principios de Lean Six Sigma y el modelo de gestión del cambio de Kotter, metodologías complementarias que permiten abordar tanto los aspectos técnicos como culturales del proceso de transformación organizacional.

Análisis del proceso actual

El proceso actual de gestión de análisis y respuesta a glosas y devoluciones, documentado en el sistema de gestión de calidad de la institución, presenta las siguientes características y oportunidades de mejora:



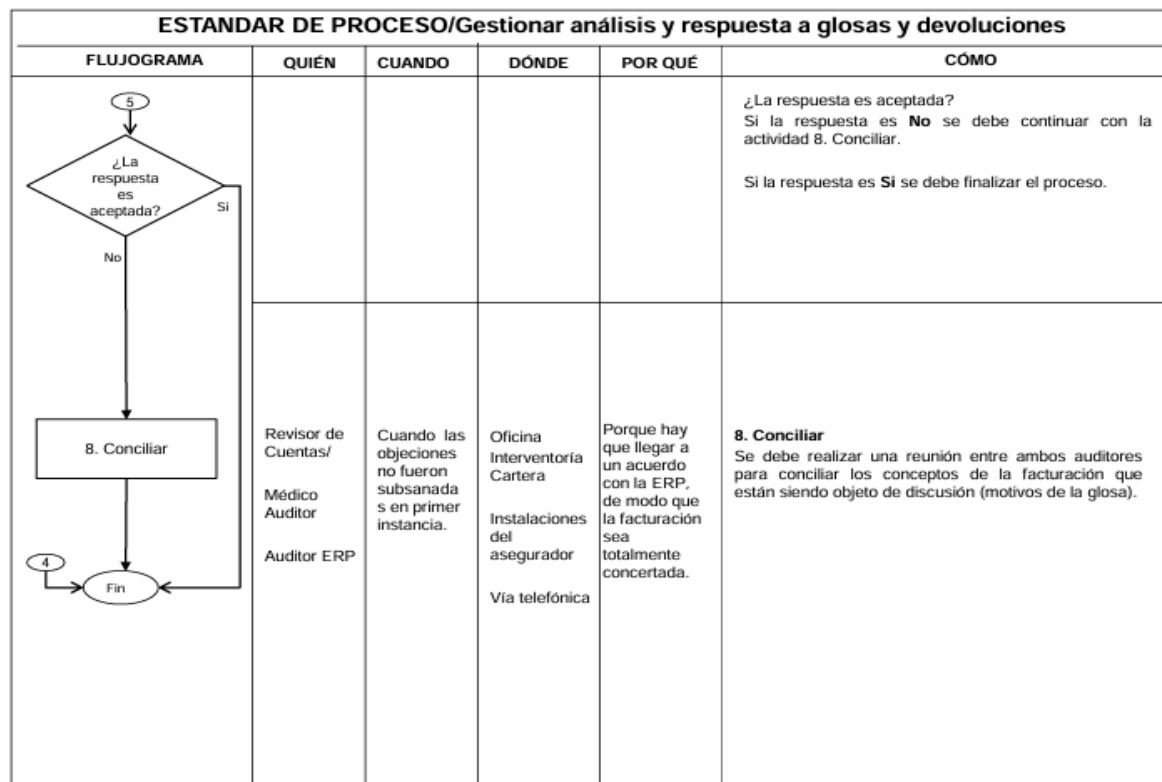
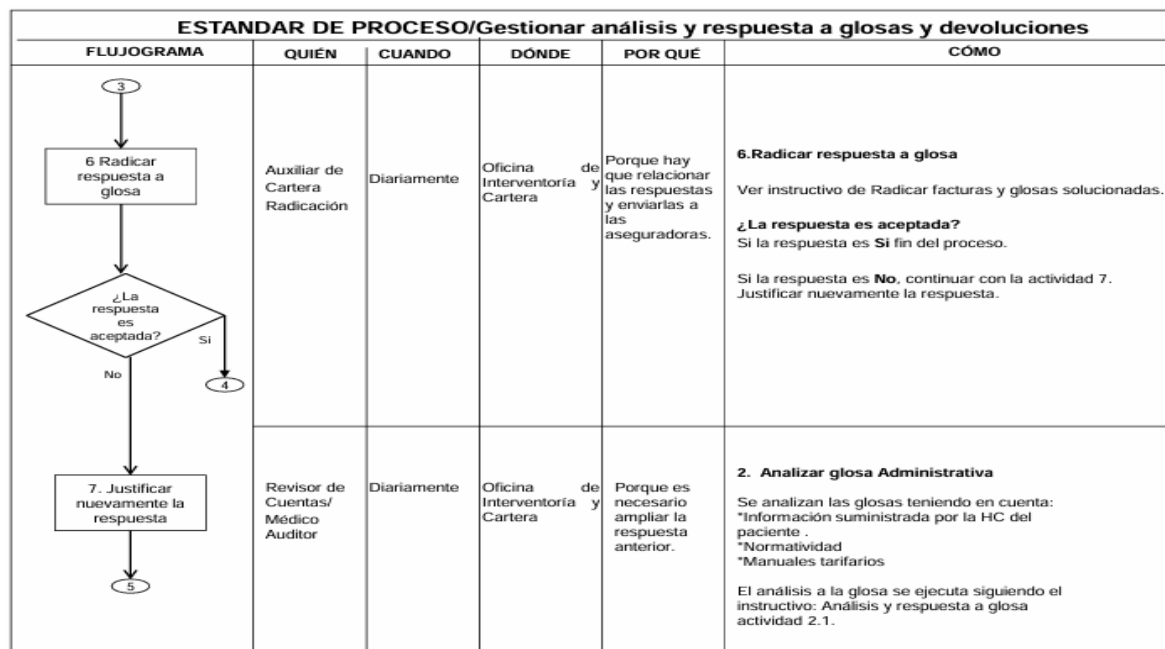


Figura 2: Flujograma del proceso de análisis y respuesta a glosas y devoluciones.

Nota: Tomado de EP análisis de respuesta a glosa y devoluciones (Hospital Pablo Tobón Uribe, s.f.).

Diagnóstico situacional del proceso actual

El análisis del proceso actual revela deficiencias críticas que impactan la gestión financiera de la institución:

Enfoque reactivo. El proceso actual se centra en responder a glosas ya generadas, sin mecanismo preventivos eficaces.

Puntos críticos sin control. Se identifican áreas con alta incidencia de errores: 47,46% de las glosas debidas a ausencia de documentación de soportes 23,43% de las glosas relacionadas con deficiencias en la gestión de autorizaciones

Detección tardía de inconsistencias. Los errores solo se identifican cuando la aseguradora presenta glosa, generando reprocesos y afectando el flujo de caja.

Propuesta de mejora

Marco metodológico para la propuesta:

Lean Six Sigma. Aplicado para eliminar desperdicios (actividades sin valor añadido), reducir la variabilidad y optimizar los flujos de trabajo, utilizando herramientas como el mapeo de procesos, análisis de causa raíz y ciclos DMAIC.

Modelo Kotter. Implementado como marco para gestionar el cambio organizacional a través de sus 8 pasos, garantizando la adopción sostenible de las mejoras.

Puntos de control estratégicos propuestos

Verificación previa a la admisión (control preventivo). La situación actual refleja que el 23,43% de las glosas se relacionan con deficiencias en la gestión de autorizaciones. Para abordar esta problemática, proponemos implementar un módulo de verificación digital integrado al sistema de admisión que valide en tiempo real la vigilancia de los derechos del paciente, la existencia y validez de autorizaciones, la cobertura del plan para el procedimiento solicitado y los requisitos específicos por aseguradora. Para medir su efectividad, se establecerán indicadores de seguimiento como el porcentaje de pacientes admitidos con verificación completa de requisitos, la reducción mensual en el número de glosas por autorización y el tiempo promedio de respuesta en la verificación de requisitos.

Control de documentación durante la atención (control concurrente). Actualmente, el 47,46% de las glosas se deben a ausencia de documentación de soporte. La mejora propuesta consiste en desarrollar un sistema de alertas en la Historia Clínica Electrónica que notifique en tiempo real la falta de documentación según el tipo de servicio, impida el cierre de un registro hasta completar los documentos obligatorios, implemente una "checklist" digital por tipo de procedimiento o servicio y genere informes diarios de documentación pendientes por servicio/profesional.

Auditoria Pre-Facturación (control correctivo). En el escenario actual, las inconsistencias en la facturación solo se detectan cuando la aseguradora presenta la glosa. La mejora contempla la creación de un comité multidisciplinario de auditoría que revise diariamente una muestra estadísticamente significativa de facturas próximas a radicar, la

utilización de un sistema de inteligencia artificial para detectar patrones de error recurrentes y el establecimiento de un flujo de trabajo automatizado para correcciones.

Sistema integral de monitoreo y evaluación. Se implementarán indicadores específicos para medir la efectividad de las intervenciones. Los indicadores de resultados incluyen el porcentaje de glosas sobre facturación, la tasa de recuperación de valores glosados y el impacto financiero en el flujo de caja. Los indicadores de proceso contemplarán el tiempo medio de respuestas a glosas, el porcentaje de glosas recurrentes y la efectividad de controles preventivos.

Estrategias para mejorar la comunicación y coordinación. A nivel interno, se implementarán reuniones breves diarias, un sistema de notificaciones en tiempo real y un repositorio de conocimiento compartido. Para la coordinación con aseguradores, se establecerán mesas técnicas mensuales, canales de comunicación directa y protocolos consensuados para la gestión de casos específicos.

Esta propuesta de mejoramiento se alinea con los estándares del sistema de gestión de calidad institucional y está diseñada para integrarse de manera armónica con los procesos ya establecidos, promoviendo una cultura de mejora continua y excelencia operacional. La implementación de los puntos de control propuestos contribuye directamente al cumplimiento de las seis metas fundamentales de seguridad del paciente de la institución, particularmente:

Meta #1 Identificar correctamente al paciente. “Definimos el uso de dos identificadores que son verificados durante el proceso de atención en salud antes de administrar medicamentos y hemoderivados, al realizar procedimientos invasivos, al tomar

muestras de laboratorio y en el traslado de pacientes entre unidades.” (Hospital Pablo Tobón Uribe, s.f.)

Refuerza la meta #1 mediante la verificación digital integrada en el sistema de admisión, asegurando la precisión en los datos críticos desde el inicio del proceso asistencial.

Meta #2 Estrategias enfocadas en la seguridad del paciente. “Aplicamos reportes de valores críticos y la estrategia 45TTT en áreas clave para garantizar la seguridad del paciente. Utilizamos el método SBAR para una comunicación efectiva entre cuidadores, esencial en la transferencia de pacientes y en procedimientos como la toma de muestras y traslados entre unidades.” (Hospital Pablo Tobón Uribe, s.f.)

Apoya la meta #2 al incorporar el método SBAR para la comunicación efectiva entre el personal administrativo y asistencial durante todo el proceso de facturación y respuesta a glosas.

Meta #3 Practicas de manejo seguro de medicamentos. “Estandarizamos la rotulación y el almacenamiento de fármacos de alto riesgo en farmacias y áreas de emergencia, además de centralizar la preparación de mezclas de alto riesgo en la Central de Preparaciones Magistrales, incorporando alertas de seguridad pertinentes.” Hospital Pablo Tobón Uribe, s.f.)

La estandarización de la rotulación y almacenamiento de medicamentos de alto riesgo, junto con la centralización de mezclas en la central de preparaciones magistrales, mejora la

seguridad del paciente al reducir errores de medicación, asegura la trazabilidad y refuerza alertas de seguridad en el proceso asistencial.

Meta #4 Pausas de seguridad. Realizamos pausas de seguridad como estrategia para reducir el riesgo en la intervención quirúrgica del paciente. Verificamos su identificación, diagnóstico, procedimiento, órgano y lugar específico de intervención, disponibilidad de insumos, aclaración de dudas y acuerdos entre el equipo asistencial y lista de chequeo disponible en la historia clínica.” (Hospital Pablo Tobón Uribe, s.f.)

Complementa la meta #4 al implementar “checkpoints” digitales en la documentación clínica y administrativa que previenen errores en el registro y facturación de procedimientos.

El modelo propuesto está en consonancia con los estándares de acreditación internacional Joint Commission International (JCI), reconocimiento con el que cuenta la institución, así como con las certificaciones de excelencia EFR en conciliación y sistema de gestión de calidad certificado. Además, estas mejoras fortalecen el posicionamiento del hospital como institución acreditada en excelencia, reflejado en la certificación N°002 mostrada en su material institucional.

La inclusión de mecanismos de retroalimentación continua en el proceso renovado garantiza la sostenibilidad de las mejoras y su adaptación permanente, cualidades esenciales para mantener los altos estándares que han permitido al Hospital Pablo Tobón Uribe ser reconocido como “Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral” y contar con el respaldo del Ministerio de Salud y Protección Social en sus prácticas de gestión administrativa y clínica.

Objetivo específico 3: Plan de capacitación estructurado

Como parte de un proceso sistemático y estratégico de mejora continua, se diseñaron tres encuestas estructuradas y validadas por los coordinadores de las áreas involucradas. Estas encuestas se aplicaron a una muestra de 20 colaboradores clave, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, representado a las diferentes áreas operativas de la institución con el objetivo de identificar las necesidades de capacitación y las brechas de conocimiento en relación con los procedimientos administrativos y asistenciales.

Metodología de levantamiento de información

Se empleó una metodología mixta, centrada en un muestreo no probabilístico por conveniencia. La selección de los 20 colaboradores se realizó considerando los siguientes criterios:

Participación en procesos con mayores reprocesos o errores identificados previamente.

Representatividad funcional de diversas áreas operativas.

Disponibilidad y conocimiento práctico de los procesos evaluados.

Justificación del tamaño muestral. Aunque el tamaño de muestra es limitado, se considera adecuado para un estudio diagnóstico exploratorio enfocado en la detección cualitativa y cuantitativa de brechas. La selección intencionada asegura que los participantes tengan conocimiento directo y relevante de los procesos institucionales críticos.

Instrumentos, validación y análisis estadístico

Instrumentos de recolección. Se diseñaron tres encuestas estructuradas por temática:

Procedimientos clínicos (Incruentos y de intervencionismo)

Módulos administrativos (sistemas de facturación y liquidación)

Reportes y conciliaciones (gestión institucional y financiera)

Cada instrumento incluía preguntas cerradas con escalas tipo Likert (1 a 5) para evaluar el nivel de conocimiento actual.

Preguntas de selección múltiple con ponderación en porcentaje para priorización.

Preguntas abiertas para capturar observaciones específicas.

Validación de instrumentos. Los cuestionarios fueron revisados por coordinadores de área para asegurar la pertinencia temática, claridad, cobertura de competencias clave, y alineación con los objetivos del diagnóstico. Esta revisión garantizó la validez de contenido y la funcionalidad de los instrumentos para el análisis posterior.

Análisis estadístico. Los datos fueron analizados empleando: Estadísticas descriptivas (frecuencias, porcentajes), cálculo de prioridades ponderadas por porcentaje y agrupación temática de resultados para identificar patrones.

Análisis detallado de resultados

Encuesta 1 Procedimientos Incruentos. Esta encuesta reveló una concentración de necesidades en tres áreas principales: procedimientos por sala especial de urgencias, intervencionismo y bloqueos, cada una con un 18,75% de prioridad. Esto indica una necesidad sistemática de fortalecimiento en procesos críticos con impacto directo en la atención del paciente. Estas tres categorías acumulan el 56,25% de las solicitudes, lo que evidencia una prioridad institucional clara.

Tabla 1: Encuesta N°1

Solicitud de Temas de capacitación	Total	%
Procedimientos Incruentos por Sala Especial. Urgencias	15	18,75%
Procedimientos de Intervencionismo	15	18,75%
Bloqueos	15	18,75%
Conceptos Tarifas Propias y Semi integral	10	12,50%
Hemodiálisis	9	11,25%
Estancias Hospitalarias inclusiones	8	10,00%
Paquetización de Trasplantes	5	6,25%
Inclusiones y exclusiones en cirugía	1	1,25%
Procedimientos con Tarifas ISS	1	1,25%
Quimioterapias	1	1,25%
Total Respuestas	80	100,00%

Nota: Elaboración propia

Encuesta 2 Módulos de Facturación. Los resultados indican una mayor necesidad de capacitación en los módulos de ayudas diagnósticas 22,50%, base para liquidar honorarios 15,00% y cirugía 13,75%, representando más de 51% del total. Esta distribución sugiere una oportunidad para diseñar un programa de capacitación integral que aborde gradualmente todos los componentes del sistema.

Tabla 2: Encuesta N°2

Solicitud de Temas de Capacitación	Total	%
Ayudas Diagnosticas Tips	18	22,50%
Base para liquidar Honorarios	12	15,00%
Cirugía	11	13,75%
Módulos de Caja y Banco	10	12,50%
Módulo de Facturación Tips	8	10,00%
Cortes de Soat - Plan 70/30	8	10,00%
Módulos de Cargo de Suministros	7	8,75%
Módulo de Admisiones	6	7,50%
Total Respuestas	80	100,00%

Nota: Elaboración propia

Encuesta 3 Reportes y Conciliaciones. Los hallazgos muestran necesidades críticas en conciliación de medicamentos 25,86%, relación de recibos en general 22,41% y cargos hospitalarios y ambulatorios 20,69%. Estas áreas, relacionadas con la gestión financiera y la trazabilidad farmacológica, suman casi el 69% de las respuestas, señalando puntos de control institucional clave.

Tabla 3: Encuesta N°3

Solicitud de Temas de Capacitación	Total	%
Conciliación de Medicamentos	15	25,86%
Relación de Recibos en General-Recibos De Caja	13	22,41%
Consulta de Cargos Hospitalarios y Ambulatorios	12	20,69%
Saldo de En línea Facturación de Proceso y Proceso Egresado	8	13,79%
Reporte de Estancia	6	10,34%
Factura Cerrada sin Detalle	4	6,90%
Total Respuestas	58	100,00%

Nota: Elaboración propia

Los resultados obtenidos proporcionaron una visión integral de las brechas del conocimiento y las áreas de oportunidad dentro de la organización. Cada encuesta fue diseñada para recopilar información específica sobre: Necesidades de formación, vacíos de conocimiento, áreas de mejora en procesos y requerimientos de actualización técnica

El análisis detallado de estas encuestas permitió diseñar un posible plan de capacitación completamente alineado con las necesidades reales de la institución, garantizado que los recursos de formación se enfoquen en los aspectos más críticos y estratégicos. Con este se busca fortalecer las competencias profesionales de los grupos de interés mediante un programa de capacitación estructurado, enfocado en las áreas críticas identificadas y los nuevos puntos de control.

Se identificaron cuáles son esas áreas críticas con mayor número de solicitudes de capacitación, se reflejan áreas donde hay más interés o necesidad de fortalecer conocimientos. Los temas más demandados incluyen: Ayudas diagnósticas tips (22.5%), conciliación de medicamentos (25.86%) y procedimientos incruentos por sala especial y de intervencionismo (15.75%).

Módulos de capacitación

Ayudas Diagnósticas

Desarrollar competencias especializadas en el manejo y gestión de ayudas diagnósticas.

Contenido. Tips para ayudas diagnósticas, protocolos de solicitud y registro, interpretación de resultados diagnósticos y gestión de información y documentación.

Metodología. Sesiones teóricas, talleres prácticos, casos de estudio y simulaciones de procesos diagnósticos.

Conciliación de medicamentos

Optimizar los procesos de manejo, registro y conciliación farmacológica.

Contenido. Protocolos de conciliación de medicamentos, sistemas de registro y trazabilidad, prevención de errores de medicación y seguimiento farmacológico.

Metodología. Talleres interactivos, simulación de conciliación, análisis de casos críticos y ejercicios de verificación.

Procedimientos incruentos y de intervencionismo

Fortalecer las competencias en procedimientos especializados de sala especial e intervencionismo.

Contenido. Protocolos de procedimientos incruentos, técnicas de intervencionismo y adecuado diligenciamiento de notas en historia clínica.

Metodología. Simulaciones de procedimientos y análisis de protocolos.

Módulos financieros y administrativos

Contenidos integrados. Base para liquidar honorarios, procesos de facturación (tips), normatividad vigente.

Metodología. Talleres prácticos, ejercicios de simulación y casos prácticos de liquidación.

Módulos complementarios

Inclusiones y exclusiones en cirugía

Procesos de admisión

Manejo de historia clínica

Conceptos de tarifas propias

Estrategia de implementación

Modalidades de capacitación. Presencial: Talleres y sesiones demostrativas

Virtual: Plataforma de e-learning, módulos interactivos y recursos de consulta en línea

Recursos didácticos. Manuales técnicos, guías de procedimiento y herramientas de consulta digital.

Evaluación y seguimiento

Evaluaciones diagnósticas. Prueba inicial de conocimientos e identificación de niveles de competencia.

Evaluación formativa. Seguimiento durante el proceso, retroalimentación continua y ajustes en tiempo real.

Evaluación de impacto. Medición de resultados, indicadores de mejora y análisis de implementación de conocimiento.

Indicadores de evaluación

Porcentaje de participación

Mejora en procesos

Reducción de errores

Nivel de satisfacción

Cronograma de implementación

El plan de capacitación será flexible y se ajustará según los resultados de las evaluaciones y las necesidades emergentes de la institución. El plan está organizado en seis etapas secuenciales, siguiendo exactamente la distribución mostrada en los siguientes diagramas de Gantt:

Primer Etapa (junio)

Esta etapa está enfocada en los fundamentos de facturación y comenzaría el 3 de junio. Incluye temas básicos como el traslado de cargos, soportes para facturas y procesos de módulos fundamentales. Se utiliza un código de color azul en el diagrama original para identificar estas actividades.

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN - PLAN DE CAPACITACIÓN																					
TEMAS	RESPONSABLES	JUNIO																			
		3	4	5	6	9	10	11	12	13	16	17	18	19	20	24	25	26	27		
Traslado de cargas de ayudas diagnósticas a facturación	Grupo Auditores	■	■						■												
Central de Facturación: Soportes para facturas	Grupo Auditores				■	■	■														
Manejo de reporte: Relación órdenes Vs Facturación	Grupo Auditores										■	■									
Proceso de paquetización en módulo de Ayudas Diagnósticas	Facturador											■	■								
Módulo Ayudas Diagnósticas	Facturador												■	■	■						
Curso de atención al cliente	Ejecutiva de apoyo al usuario														■	■					
Módulos de Caja y Banco	Tesorería															■	■				
Copagos y cuotas de recuperación alto costo	Apoyo al usuario																		■	■	

Figura 3: Diagrama de Gantt primer etapa.

Nota: Elaboración propia

Segunda Etapa (junio-julio)

Esta etapa se centra en módulos especializados y capacitaciones en áreas específicas como medicina nuclear, quimioterapia y hemodiálisis. El cual iniciaría a finales de junio y se extiende hasta el 21 de julio, se utiliza un color naranja para identificar esta etapa.

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN - PLAN DE CAPACITACIÓN												
TEMAS	RESPONSABLES	JUNIO			JULIO							
		25	26	27	1	2	3	4	5	7	8	
Módulo de facturación y cargas de suministros	Apoyo al usuario											
Capacitación en historia clínica	Por definir											
Medicina nuclear	Radiología											
Quimioterapias	Punto de servicio de oncología											
Capacitación hemodiálisis y diálisis	Oficina de trasplantes											
Preparados magistrales y centrales de mezclas	Nutrición											

Figura 4: Diagrama de Gantt segunda etapa

Nota: Elaboración propia

Tercera Etapa (julio)

Dedicada a políticas y procesos de facturación, esta etapa se cruza con la segunda etapa para optimizar recursos. Incluye temas como políticas de facturación HPTU y procesos de facturación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT. Esta etapa se identifica con el color verde.

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN - PLAN DE CAPACITACIÓN														
TEMAS	RESPONSABLES	JULIO												
		8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24
Políticas de facturación HPTU	Financiero													
Procesos de cortes de cuenta otras pólizas	Facturador													
Proceso de Facturación SOAT	Facturador													
Presentación de generalidades de empresas	Facturador													
Conozcamos metodologías de trabajo	Facturador													

Figura 5: Diagrama de Gantt tercera etapa

Nota: Elaboración propia

Cuarta Etapa (julio-agosto)

Está enfocada en reportes y sistemas, comienza a finales de julio y se extiende hasta mediados de agosto. Incluye temas como informes de conciliación, reintrosos y módulos de cirugía. Esta etapa se identifica con un color lila.

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN - PLAN DE CAPACITACIÓN														
TEMAS	RESPONSABLES	JULIO						AGOSTO						
		24	25	28	29	30	31	1	4	5	6	8	11	12
Informe de conciliación de medicamentos	Facturador													
Reingresos	Facturador													
Informes DITAI, estancia y servicios médicos	Por definir													
Saldo de En Línea, Facturación de Proceso	Facturador													
Módulos de cirugía	Facturador													

Figura 6: Diagrama de Gantt cuarta etapa

Nota: Elaboración propia

Quinta Etapa (agosto)

Esta etapa cubre procesos especializados como partición de cuentas, base para liquidar honorarios y procedimientos en urgencias. Se desarrolla durante el mes de agosto, se identifica con un color azul claro.

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN - PLAN DE CAPACITACIÓN														
TEMAS	RESPONSABLES	AGOSTO												
		12	13	14	15	19	20	21	22	25	26	27	28	29
Partición de cuentas: EPS SURA PLAN COMPLEMENTARIO	Facturador													
Base para liquidar honorarios	Facturador													
No PBS (Plataforma, generalidades APU y proceso de partición)	Apoyo al usuario													
Bloqueos	Grupo Auditores													
Materiales incluidos en cirugía	Grupo Auditores													
Procedimientos en urgencias	Grupo Auditores													
Procedimientos incruentos por sala especial	Grupo Auditores													

Figura 6: Diagrama de Gantt quinta etapa

Nota: Elaboración propia

Sexta Etapa (agosto-septiembre)

La etapa final incluye temas avanzados como consulta de manuales, hemodinamia y paquetización de trasplantes inicia desde principios de septiembre y se extiende hasta el mes de octubre, esta etapa se identifica con un color gris.

Tabla 10: Diagrama de Gantt sexta etapa

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN - PLAN DE CAPACITACIÓN		SEPTIEMBRE																																			
TEMAS	RESPONSABLES	1	2	3	4	5	8	9	10	11	12	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26	29	30														
Consulta de manuales	Grupo Auditores	■	■	■																																	
Hemodinamia	Grupo Auditores				■	■	■	■																													
Radiología intervencionista	Grupo Auditores							■	■																												
Conceptos tarifas propias y semi integrales	Grupo Auditores											■	■	■																							
Paquetización de trasplantes	Grupo Auditores														■	■	■																				
Estancias Hospitalarias inclusiones (UCI - UCE - Habitación). Proceso de terapia respiratoria en UCC/diferentes modalidades de terapia con gases	Grupo Auditores																																				
Unificar conceptos facturables y no facturables de cirugía	Grupo Auditores																																				
Relación de Recibos en General - Recibos De Caja	Facturador																																				
Banco de Sangre	Banco de sangre																																				
Capacitación sedación por médico general en HPTU	Ayudas diagnósticas																																				
Consulta de Cargos Hospitalarios y Ambulatorios y Factura Cerrada sin Detalle	Facturador																																				

Figura 7: Diagrama de Gantt sexta etapa

Nota: Elaboración propia

El cronograma completo respeta la secuencia lógica de aprendizaje, comenzando con conceptos fundamentales y avanzando hacia temas más especializados. También es flexible, permitiendo ajustes según los resultados de las evaluaciones y las necesidades emergentes de la institución.

Conclusiones

Diagnóstico preciso y focalizado: El análisis integral del proceso de gestión de glosas evidenció que las principales causas de glosas en el Hospital Pablo Tobón Uribe corresponden a la ausencia de documentación de soportes (47,46%) y deficiencias en la gestión de autorizaciones (23,43%). Estas fallas reflejan debilidades estructurales en los procesos administrativos y documentales, lo cual impacta directamente en la sostenibilidad financiera de la institución.

Propuesta de intervención efectiva: La formulación e implementación de una propuesta de mejoramientos de metodologías reconocidas como Lean Six Sigma, el modelo EFQM y el modelo de gestión del cambio de Kotter permitió identificar puntos de control estratégicos que abordan los principales focos de glosas. Esta propuesta promueve un enfoque preventivo, concurrente y correctivo que mejora significativamente la eficiencia operativa del hospital.

Plan de capacitación estructurado pertinente: La implementación de un programa de formación alineado con las necesidades reales del personal ha permitido fortalecer las competencias en áreas críticas como ayudas diagnósticas, conciliación de medicamentos y procedimientos clínicos. Este plan responde de forma concreta a los vacíos de conocimiento identificados, generando un impacto positivo en la reducción de errores y glosas prevenibles.

Mejora de la sostenibilidad financiera: Gracias al rediseño del proceso de gestión de glosas, incluyendo la automatización de validaciones, la implementación de controles transversales y el fortalecimiento del talento humano, se logró establecer una estructura más sólida que permite mitigar el riesgo financiero derivado de glosas evitables, optimizando el flujo de caja y reduciendo la necesidad de financiamiento externo.

Alineación con estándares de calidad institucional: Las acciones propuestas están articuladas con los lineamientos de acreditación nacional e internacional, lo que refuerza el posicionamiento del Hospital Pablo Tobón Uribe como una institución comprometida con la excelencia operativa, la seguridad del paciente y la mejora continua de sus procesos administrativos y clínicos.

Recomendaciones

Con el fin de asegurar la efectividad y sostenibilidad de las acciones propuestas en el presente informe, se recomienda implementar un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación. Este proceso permitirá valorar el cumplimiento de los objetivos establecidos, identificar áreas de mejora y tomar decisiones basadas en evidencia. A continuación, se detallan los pasos sugeridos:

Diseño de un plan de monitoreo: La fase de monitoreo y evaluación incluye la definición de indicadores clave, tanto cuantitativos como cualitativos, que permiten medir con precisión los resultados e impactos de las acciones implementadas, junto con la recolección de datos iniciales para establecer líneas base que servirán como punto de referencia para evaluar el progreso alcanzado. Asimismo, es fundamental determinar la periodicidad del monitoreo,

estableciendo frecuencias de revisión específicas (mensual, trimestral o semestral) que se adaptan adecuadamente a la naturaleza de las actividades desarrolladas.

Seguimiento de la implementación: Para un seguimiento efectivo de la implementación, es fundamental establecer una estructura organizativa clara donde cada actividad tenga responsables específicos que rindan cuentas sobre su progreso. Las personas encargadas utilizarán diversos formatos estandarizados de seguimiento, entrevistas estructuradas, encuestas de satisfacción o informes detallados de campo, permitiendo capturar información tanto cuantitativa como cualitativa. Complementariamente, la implementación de una plataforma digital centralizada en la gestión de esta información, ofreciendo beneficios como la visualización en tiempo real del avance, el acceso simultáneo de múltiples usuarios desde diferentes ubicaciones, y la generación automatizada de informes y alertas sobre posibles desviaciones en los cronogramas o indicadores establecidos.

Evaluación de resultados: El proceso de evaluación de resultados se estructura en fases complementarias que permiten asegurar el cumplimiento de objetivos y maximizar el impacto de las intervenciones. Durante la implementación, se realizarán evaluaciones intermedias estratégicamente programadas que funcionan como mecanismos de alerta temprana, identificando tanto aciertos como desviaciones y permitiendo realizar ajustes metodológicos o presupuestarios sin esperar el término del proyecto. Una vez concluidas todas las actividades, la evaluación final examina de manera exhaustiva y objetiva los resultados alcanzados frente a los objetivos inicialmente planteados, analizando no solo indicadores cuantitativos sino también impactos cualitativos y sostenibilidad de los cambios generados. Todo este proceso evaluativo se enriquece sustancialmente mediante la incorporación de un enfoque participativo que involucra activamente a beneficiarios, implementadores,

financiadores y otros actores clave, quienes aportan perspectivas diversas y complementarias que contribuyen a una comprensión más profunda y holística de los logros, limitaciones y lecciones aprendidas.

Retroalimentación y mejora continua: La retroalimentación y mejora continua constituyen elementos fundamentales para el desarrollo evolutivo y sostenible de cualquier iniciativa, materializándose a través de un sistema integrado de gestión del conocimiento que comienza con la elaboración metódica de informes periódicos donde se documentan rigurosamente resultados significativos, obstáculos enfrentados y recomendaciones accionables que son posteriormente socializados entre todos los niveles organizacionales y las partes relevantes. Estos informes sirven como insumo principal para alimentar espacios de estructura de diálogo, pero flexibles, como reuniones de revisión técnica, talleres participativos o comunidades de práctica, donde los diferentes actores pueden analizar colectivamente los resultados, compartir experiencias desde sus particulares perspectivas y cocrear propuestas innovadoras de mejora mediante metodologías colaborativas. El ciclo se completa cuando las valiosas lecciones aprendidas durante este proceso reflexivo son sistemáticamente documentadas, categorizadas y posteriormente incorporadas como ajustes estratégicos en futuros ciclos de planificación o proyectos similares, transformando así los desafíos en oportunidades y estableciendo una cultura organizacional que valora el aprendizaje continuo como motor de innovación y excelencia operativa.

Sostenibilidad del proceso: La sostenibilidad del proceso de monitoreo y evaluación depende crucialmente de dos pilares fundamentales que se refuerzan mutuamente para garantizar su continuidad y efectividad a largo plazo. Por un lado, la capacitación sistemática y progresiva del personal involucrado representa una inversión estratégica que trasciende la

mera transferencia de conocimientos técnicos, a incluir también el desarrollo de habilidades analíticas, pensamiento crítico y capacidad adaptativa frente a contextos cambiantes, lo que permite consolidar equipos competentes que pueden ajustar metodologías, interpretar datos complejos y generar recomendaciones pertinentes con creciente autonomía.

Complementariamente, la asignación planificada y consistente de recursos constituye el soporte material indispensable de esta sostenibilidad, contemplando no solo partidas presupuestarias adecuadas para cubrir gastos operativos y tecnológicos, sino también la disponibilidad de capital humano con dedicación específica, infraestructura apropiada y herramientas actualizadas que, en conjunto, permiten institucionalizar el monitoreo y evaluación como componentes orgánicos de la gestión organizacional, superando así la frecuente tendencia a considerarlos como actividades secundarias o prescindibles ante restricciones financieras.

Referencias

Caro Teller, J. M., Pablos Bravo, S., Serrano Garrote, O., Ojeda García, C., Carro Ruiz, A. M., Guede González, A. M., & Ferrari Piquero, J. 1 M. (2020). Implementación Lean Six Sigma en la mejora del circuito de dispensación de medicación. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(3), 405-409. <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S2603647920300956&r=257>

Congreso de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Fundación Cardiovascular de Colombia. (2024). *Aprendizajes en el camino a la excelencia*. Sonia Stella Ramírez Ribero & Víctor Raúl Castillo Mantilla (Eds.). Panamericana Formas e Impresos S.A. <https://hic.fcv.org/co/documentos/librofcv/Libro-FCV.pdf>

Hospital Pablo Tobón Uribe, Sección Interventoría. (s, f). INSTRUCTIVO GESTIONAR ANÁLISIS Y RESPUESTA A GLOSAS Y/O DEVOLUCIONES. [documento no publicado].

Hospital Pablo Tobón Uribe. (2024). *Informe de glosas y devoluciones* [documento no publicado].

Hospital Pablo Tobón Uribe. (s.f.). Flujograma del proceso de análisis y respuesta a glosas y devoluciones [Imagen]. En EP análisis de respuesta a glosa y devoluciones [Manual interno].

Hospital Pablo Tobón Uribe. (s.f.). Gestión de la calidad. <https://hptu.org/pages/gestion-de-la-calidad>

Manzano García, I. (2023). La vigencia del modelo Kotter en la gestión del cambio: un análisis empírico [Tesis doctoral, Universitat Abat Oliba CEU]. CEINDO – CEU Escuela Internacional de Doctorado.
<https://repositorioinstitucional.ceu.es/entities/publication/43f745b7-0764-47d6-a301-224ed9df16ea>

Martínez, B. (2008). Calidad. ¿Qué es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)? *Anales de Pediatría Continuada*, 6(5), 313-318.
<https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S169628180874887X/first-page-pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Resolución No. 506 de 2021.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20506%20de%202021.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Informe de ejecución presupuestal del sector salud a diciembre 2023. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-ejecucion-presupuestal-sector-salud-dic2023.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (2007, diciembre 7). 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. Diario Oficial No. 46.860. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=28151>

South, S. F. (2005). Logrando Mejoras Revolucionarias con Lean Six Sigma. Ortho-Clinical Diagnostics. DOI: 10.1309/56WRYF38KJPLAT2G <https://academic.oup.com/labmed/article/36/4/240/2657398>

Vidal Junior, G. de C.. (2022). APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN SIX SIGMA AL PROGRAMA NEPTUNE: CONDUCIENDO HACIA LA EXCELENCIA USANDO DMAIC. Revista de Gestión y Conocimiento, 16 (2), 547–564. <https://ojs.revistagc.com.br/ojs/index.php/rgc/article/view/203/225>

Yaghoubi, M., Karamali, M., & Bahadori, M. (2019). Effective factors in implementation and development of health promoting hospitals: A systematic review. Health Promotion International, 34(4), 811–823. <https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/34/4/811/5037238?redirectedFrom=fulltext>

Diagnóstico de necesidades de capacitación institucional

Este formulario tiene como objetivo identificar las necesidades de capacitación de los colaboradores en áreas claves de la institución. La información recolectada será utilizada para diseñar un plan de formación alineado con las prioridades operativas estratégicas. Te invitamos a responder con sinceridad, ya que tus aportes serán fundamentales para mejorar los procesos institucionales.

Encuesta 1 – Procedimientos Incruentos

1. **Pregunta principal.** Considerando sus responsabilidades actuales y los procedimientos que requieren mayor precisión en su ejecución, ¿sobre cuáles de los siguientes procedimientos incruentos considera que necesita profundizar sus conocimientos mediante capacitación específica?

Selecciona todos los que correspondan.

- Procedimientos Incruentos por Sala Especial. Urgencias
- Procedimientos de Intervencionismo
- Bloqueos
- Conceptos Tarifas Propias y Semi integral
- Hemodiálisis
- Estancias Hospitalarias inclusiones
- Paquetización de Trasplantes
- Inclusiones y exclusiones en cirugía
- Procedimientos con Tarifas ISS
- Quimioterapias

2. ¿Con qué frecuencia realiza o supervisa este procedimiento en su práctica diaria?

3. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta al ejecutar o documentar este procedimiento?

4. En una escala del 1 al 5, donde 5 es muy alto, ¿Cómo calificaría el impacto de este procedimiento en la seguridad del paciente?

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Qué aspectos específicos de este procedimiento considera que deberían abordarse en la capacitación? (aspectos técnicos, facturación, normativa, etc.)

Encuesta 2 – Módulos de Facturación

6. **Pregunta principal.** En relación con los módulos que componen el sistema integral de facturación institucional, ¿en cuáles considera que requiere actualización o capacitación avanzada para optimizar su desempeño y reducir errores operativos?

Seleccione todos los que apliquen.

Selecciona todos los que correspondan.

- Ayudas Diagnosticas Tips
- Base para liquidar Honorarios
- Cirugía
- Módulos de Caja y Banco
- Módulo de Facturación Tips
- Cortes de Soat - Plan 70/30
- Módulos de Cargos de Suministros Módulo
- de Admisiones

7. ¿Con qué frecuencia utiliza este módulo?

8. ¿Cuáles son los errores más comunes que ha identificado al operar este módulo?

9. ¿Qué funcionalidades específicas de este módulo considera más complejas o desconoce?

10. ¿Cómo impacta este módulo en el proceso general de facturación y en la reducción de glosas?

11. ¿Qué aspectos específicos requieren mayor profundización? (parametrización, reportes, conciliación, etc.)

Encuesta 3 – Reportes y Conciliaciones

12. **Pregunta principal.** Respecto a la generación, interpretación y análisis de reportes críticos para la gestión institucional, ¿Cuáles de los siguientes considera que representan mayor

complejidad y requieren capacitación específica para garantizar su correcta utilización?
Marque todos los que apliquen.

Selecciona todos los que correspondan.

- Conciliación de Medicamentos
- Relación de Recibos en General-Recibos de Caja
- Consulta de Cargos Hospitalarios y Ambulatorios
- Saldo de En línea Facturación de Proceso y Proceso Egresado
- Reporte de Estancia
- Factura Cerrada sin Detalle

13. ¿Con qué frecuencia genera o consulta este reporte?

14. ¿Con qué periodicidad genera o consulta este reporte?

15. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta al interpretar o utilizar los datos de este reporte?

16. ¿Qué decisiones institucionales se basan en la información de este reporte?

17. ¿Qué inconsistencias ha detectado en los datos proporcionados por este reporte?

18. ¿Qué conocimientos específicos necesitaría reforzar para optimizar el uso de este reporte? (filtros, cruces de información, validación de datos, etc.)

Preguntas transversales

Evaluación de conocimientos actuales: En una escala del 1 al 5, donde 1 es 'conocimiento básico' y 5 es 'dominio avanzado'.

19. ¿Cómo calificaría su conocimiento actual en las áreas seleccionadas? (escala 1 a 5)

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. ¿Qué modalidad de capacitación considera más efectiva? (Presencial, Virtual sincrónica, Asincrónica, Mixta)

21. ¿Cuál sería la duración y frecuencia óptima para estas sesiones de capacitación?

22. ¿Qué resultados espera obtener tras recibir capacitación?

23. ¿Qué otro tema considera importante incluir en el plan de capacitación?

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios