



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**Caracterización de las glosas presentadas a la facturación de los  
servicios de salud en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de  
Medellín, 2019.**

**Autores  
Melissa Agudelo Hoyos  
Wilson Álvarez Méndez  
Kelly Buelvas Oliveros**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
“Héctor Abad Gómez”  
Medellín, Colombia  
2020**

**Caracterización de las glosas presentadas a la facturación de los servicios de salud en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín, 2019.**

**Melissa Agudelo Hoyos  
Wilson Álvarez Méndez  
Kelly Buelvas Oliveros**

**Trabajo de grado para optar al título de  
Administrador en salud: Gestión en Servicios de Salud**

**Asesor:  
Liliana María Villa García  
Magister en Administración en Salud**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
“Héctor Abad Gómez”  
Medellín, Colombia  
2020**

## *Dedicatoria*

*Dedicamos este trabajo de grado a Dios, por guiarnos por buen camino. A nuestros padres por su esfuerzo y su lucha, gracias a ellos hoy somos quienes somos. A nuestros hijos, a nuestra profesora y asesora Liliana María Villa por su dedicación y profesionalismo.*

*“Si tienes un gran sueño debes estar dispuesto a un gran esfuerzo para realizarlo, porque solo lo grande alcanza lo grande”*

*F. Cabral*

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Lista de tablas</b> .....	<b>5</b>
<b>Lista de graficas</b> .....	<b>6</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>11</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>12</b>
<b>Antecedentes</b> .....	<b>13</b>
<b>1. Planteamiento del problema</b> .....	<b>16</b>
<b>2. Objetivos</b> .....	<b>18</b>
2.1. <i>Objetivo general</i> .....	18
2.2 <i>objetivos específicos:</i> .....	18
<b>3. Marcos del trabajo</b> .....	<b>19</b>
3.1. <i>Marco conceptual</i> .....	19
3.1.1 Institución prestadora de servicios de salud (IPS).-----	19
3.1.2 Facturación en las IPS.-----	19
3.1.3 El cobro de los servicios y Gestión de cartera.-----	21
3.1.4 La auditoría de cuentas médicas-----	22
3.1.5 Glosas y devoluciones-----	24
3.2. <i>Marco normativo</i> .....	28
3.3 <i>Marco institucional</i> .....	32
<b>4. Metodología</b> .....	<b>36</b>
4.1. <i>Tipo de estudio</i> .....	36
4.2. <i>Población</i> .....	36
4.3. <i>Criterios de inclusión</i> .....	36
4.4 <i>criterios de exclusión</i> .....	36
4.5. <i>Variables</i> .....	37
4.6. <i>Protocolo de acercamiento</i> .....	40
4.7 <i>fuentes de información</i> .....	40
4.8 <i>procesamiento y análisis de datos</i> .....	40
<b>5. Resultados</b> .....	<b>42</b>
<b>6. Recomendaciones</b> .....	<b>62</b>
<b>7. Conclusiones</b> .....	<b>65</b>
<b>8. Consideraciones éticas</b> .....	<b>66</b>
<b>9. Referencias bibliográficas</b> .....	<b>67</b>
<b>10. Anexos</b> .....	<b>71</b>

## Lista de tablas

Tabla 1. Operacionalización de Variables .....	36
Tabla 2. Valor facturado por ERP en el HUVSF en el primer semestre del año 2019 .....	42
Tabla 3. Valor glosado por ERP en el HUVSF en el primer semestre del año 2019.....	43
Tabla 4. Valor de devoluciones por ERP en el HUVSF en el primer semestre del año 2019 .....	44
Tabla 5. Principales motivos de glosas por concepto específico.....	54
Tabla 6. Principales motivos de devoluciones por concepto específico.....	58
Tabla 7. Indicadores .....	60

## Lista de graficas

Gráfica 1. Porcentaje de glosas y devoluciones en el primer semestre del año 2019 en el HUSVF. ....	45
Gráfica 2. Número de devoluciones presentadas en el HUSV durante el primer semestre del 2019.....	46
Gráfica 3. Número de glosas presentadas en el HUSV durante el primer semestre del 2019. ....	46
Gráfica 4. Relación del total facturado y glosado por mes en el Hospital Universitario San Vicente Fundación durante el primer semestre del 2019.....	45
Gráfica 5. Relación del total facturado y devolución por mes en el Hospital Universitario San Vicente Fundación durante el primer semestre del 2019. ....	46
Gráfica 6. Relación por Régimen entre lo facturado, glosado y devolución, en el Hospital Universitario San Vicente Fundación en el primer semestre de 2019. ....	47
Gráfica 7. Porcentaje objetado al valor neto de la factura por ERP en el HUSVF en el primer semestre del 2019. ....	48
Gráfica 8. Valor aceptado de la glosa por ERP en el HUSVF en el primer semestre del 2019. ....	49
Gráfica 9. Glosado por mes según ERP en el Hospital Universitario San Vicente Fundación durante el primer semestre de 2019. ....	50
Gráfica 10. Valor aceptado de las devoluciones por ERP en el HUSVF en el primer semestre del 2019. ....	51
Gráfica 11. Devoluciones por mes según ERP en el Hospital Universitario San Vicente Fundación durante el primer semestre de 2019. ....	52
Gráfica 12. Total de número de glosas por concepto general en el HUSVF durante el primer semestre del año 2019. ....	53
Gráfica 13. Total del valor de glosas por concepto general en el HUSVF durante el primer semestre del año 2019. ....	53
Gráfica 14. Valor objetado por concepto general en el HUSVF durante el primer semestre de 2019.....	55
Gráfica 15. Valor aceptado por concepto general en el HUSVF durante el primer semestre de 2019.....	56
Gráfica 16. Estado de gestión de las glosas en el HUSVF durante el primer semestre de 2019. ....	57
Gráfica 17. Estado respuesta de las glosas en el HUSVF durante el primer semestre de 2019. ....	57
Gráfica 18. Porcentaje objetado y aceptado en el HUSVF durante el primer semestre de 2019. ....	59
Gráfica 19. Estado de gestión de las devoluciones en el HUSVF durante el primer semestre de 2019. ....	59
Gráfica 20. Estado respuesta de las devoluciones en el HUSVF durante el primer semestre de 2019. ....	60

## Glosario

**(ACHC)** Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

**Auditoría:** la auditoría es un proceso sistemático por medio del cual se lleva a cabo la verificación de actividades previamente definidas y estandarizadas mediante la utilización de técnicas especializadas ajustadas a normas generalmente aceptadas.

**Auditoría Administrativa:** es la evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento de los aspectos técnico-administrativos, financieros y de apoyo logístico, relacionados con los procesos de prestación de servicios de atención en salud y la correcta utilización por parte de los usuarios.

**Auditoría clínica:** es la evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento, de los aspectos técnicos científicos y humanos relacionados con la evaluación, diagnóstico y conductas tomadas por el equipo de salud del prestador, con respecto al usuario.

**(AMC)** Auditoría de cuentas médicas.

**Auditoría de cuentas médicas:** es la apreciación sistemática de la facturación de servicios de salud que llevan a cabo los auditores médicos, su objetivo, por una parte, es identificar y solucionar inconformidades en el desarrollo de los contratos celebrados por las entidades responsables de la atención de los usuarios, como son Entidad Promotora de Salud, Administradora de Riesgos Laborales, Direcciones Territoriales de Salud, Direcciones Locales de Salud, Prepagadas y usuarios con capacidad de pago.

**Auditoría Médica:** se define como una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias. Su objetivo o propósito es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad.

**Autorización:** es un proceso el cual corresponde a la formalización o dar un aval para la prestación de un servicio de salud, que se da a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago, a un prestador de servicios de salud. De manera en que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

**Calidad de la Atención en Salud:** se define como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios, de igual manera se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones.

**Contratación de servicios de salud:** es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a prestar y garantizar un servicio de salud. Cada parte puede ser una o varias personas, naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades esta sujeto a las normas que le sean aplicables,

**Cuenta de cobro:** es el documento donde se registra el valor total de los servicios prestados a los usuarios en un tiempo establecido, soportado por las facturas individuales de los usuarios y demás documentos especificados en el contrato de prestación de servicios y/o reglamentación pertinente.

**Cuentas médicas:** es la valoración sistemática de la facturación de servicios de salud que se prestan por los profesionales de la salud (auditores médicos) con el objetivo fundamental de identificar y solucionar anomalías e irregularidades en el desarrollo de los contratos celebrados.

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

**(ERP) Entidad Responsable de Pago.**

**Factura:** la factura es un documento legal que refleja y plasma la operación de un servicio que se les presta a los usuarios o personas determinadas. Además, es el documento que representa y da el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos, dando cuenta de la transacción efectuada.

**Facturación:** es un proceso sistematizado y conjunto de actividades que permite liquidar la prestación de servicios producto de la atención al usuario y los gastos ocasionados en la IPS. Este proceso se activa cuando se solicita y se atiende un servicio.

**Facturación en Salud:** es el proceso mediante el cual se generan los cobros respectivos por la atención de un servicio de salud, generada en una IPS o ESE.

**Glosa:** es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la ERP durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por la IPS. Otra definición que podemos encontrar sobre glosas es que son una objeción a las peticiones presentadas por los prestadores de servicios de salud, que surgen en las inconsistencias o deficiencias que se descubrieron en la revisión de los formularios, anexos técnicos y sus soportes correspondientes.

**Glosa posterior:** teniendo en cuenta el significado y definición anterior de glosa, la posterior es la que se presenta en las facturas ya radicadas en la IPS.

**Glosa previa:** a diferencia de la definición anterior la glosa previa, es la que se presenta en las facturas antes de radicar en la IPS.

**(IPS)** Institución Prestadora de Servicios de Salud

**Objeciones:** son los argumentos de la ERP, que por intermedio del auditor se oponen a la aceptación parcial o total de una factura, formato de valoración o de sus soportes; argumento que está sujeto a corrección y respuesta.

**Pago por capitación:** Modalidad de contratación y de pago mediante el cual se establece una suma por persona para la atención de la demanda de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud de baja complejidad a un número determinado de personas durante un periodo de tiempo definido.

**Pago por Evento:** Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud

**(RIPS)** Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.

**Respuesta a glosas o Devoluciones:** se entiende en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa, objeción o devolución generada por la entidad responsable del pago.

**(SOGC)** Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

**Servicio:** este se considera como un bien intangible, inmaterial, que se genera solo en el momento de ser consumido, como algo transitorio, que no se deja almacenar y que se ve concretado cuando se produce la interacción propia del contacto entre el beneficiario con su necesidad y el prestador del servicio con la satisfacción correspondiente.

**Tarifas:** precio unitario fijado de forma oficial por el Estado para los servicios públicos realizados a su cargo.

## Resumen

Este es un estudio cuantitativo que busca caracterizar las glosas que se presentaron en la facturación de los servicios de salud del Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín, durante el primer semestre del 2019, así como también identificar las principales causas presentadas a partir de la resolución 3047 de 2008, analizar los valores facturados por el hospital frente a lo glosado por las entidades a las que se les presta servicios, de igual manera describir el comportamiento mensual de las glosas presentadas en el hospital e identificar las respuestas dadas por parte del hospital a las glosas presentadas por las ERP, seguros de vida, pólizas, regímenes especiales, entre otros.

El estudio utiliza métodos y técnicas de medición de variables, se emplea la recolección de datos y el análisis de estos, es de tipo descriptivo, lo cual busca que su objetivo principal recopile datos e información sobre las características, propiedades, aspectos o dimensiones y clasificación de los objetos o de los procesos. Con lo cual se busca realizar indicadores y hacer recomendaciones que ayuden al mejoramiento del proceso.

**Palabras clave:** auditoría de cuentas médicas, glosas, devolución, Entidad Promotora de Salud, Institución Prestadora de salud.

## Introducción

El Sistema General de Seguridad Social de Salud colombiano a lo largo del tiempo ha pasado por diversas reformas, uno de estas y las más relevante es la ley 100 de 1993, donde se crearon las institución prestadoras de servicios de salud y busca que estas sean independientes tenga autonomía, crecimiento y sostenimiento partiendo de las venta de servicios, con esto en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) se crearon diferentes procesos, entre ellos el de facturación, que es el encargado de liquidar y cuantificar los servicios prestados a los usuarios para así ser enviada la factura a las aseguradores denominadas Entidades Responsable de Pago (ERP).<sup>1</sup>

La facturación se constituye como una herramienta de alto impacto en las IPS ya que si no se realiza una buena gestión producirá grandes pérdidas económicas para la empresa, debido la intermediación entre el prestador de servicios de salud y el asegurador que genera altos costos en glosas y devoluciones, lo que se verá reflejado en la prestación del servicio, ya que carecerán de los recursos necesarios para prestar un servicio de manera integral.<sup>1</sup> Dicho lo anterior al realizar la debida gestión de las glosas, se podrá evitar y resolver oportunamente dichos inconvenientes, ya que al conocer las falencias en la facturación se podrá disminuir las glosas realizadas por las ERP.<sup>2</sup>

Por ende, con este trabajo se realizó la caracterización de las glosas del primer semestre del año 2019, donde se conocieron cuáles son aquellas ERP que generan mayores glosas y devoluciones así mismo, los principales motivos de glosas-devoluciones, los meses donde se presentan mayor volumen de glosas, entre otros; con la información recolectada se realizaron una serie de recomendaciones que ayudaran al fortalecimiento en el área de facturación que podrá impactar en la ocurrencia de las glosas y devoluciones de la institución.

## Antecedentes

Con la ley 100 de 1993, se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual fomentó la descentralización de las instituciones públicas que participan en el sistema, las cuales adoptaron una estructura organizacional, de gestión basada en la calidad y la eficiencia y con decisiones administrativas, técnicas y financieras para fortalecer su operación; esto llevó a la creación de procesos como la facturación, la gestión de cartera y la auditoría de cuentas médicas, que intervienen de manera directa en la definición del flujo de caja.<sup>1</sup>

Esta descentralización, le dio autonomía a las entidades de salud, para que tuvieran un sostenimiento y crecimiento a partir de la venta de servicios de salud, dejando de lado el subsidio a la oferta y pasando a un esquema de subsidio a la demanda.<sup>1</sup> Basados en el modelo de producción y venta de servicios, uno de los objetivos primarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), es tener resultados favorables, que les permitan tener mayores ingresos, para ello, se plantea que con la satisfacción de las necesidades de los clientes internos y externos, la optimización de los procesos, y la oferta de servicios diferenciados de la competencia pueden lograr un crecimiento con gran rentabilidad. Y para cumplir con éste y otros objetivos institucionales, la gerencia debe realizar funciones, donde se destaca la gestión financiera, ya que esta apoya los procesos misionales para que se garanticen los recursos económicos que permitan el correcto funcionamiento de la organización y aseguren su permanencia en el futuro a través de una adecuada rentabilidad y liquidez.<sup>3</sup>

Sin embargo, por la complejidad de los procesos y algunas situaciones que se presentan en muchas de las IPS, tales como: la pérdida de soportes administrativos y asistenciales, carencia de auditoría previa de cuentas, debilidad en preparación y divulgación de procesos, pérdida de control en cartera y flujo de dinero recaudado, omisión en cargos, medicamentos y suministros, y la deficiencia de conocimientos básicos de la facturación, específicamente en cuanto a normatividad, manuales tarifarios, contratación, gestión de glosas y devoluciones. Las IPS enfrentan muchos problemas financieros, relacionados con las moras en los pagos por parte de las Entidades Responsables de pago (ERP).<sup>1</sup>

El deber ser del proceso es que, una vez realizada la atención en salud, las IPS deben proceder con el registro sistemático e individual de los servicios prestados a cada usuario, para luego liquidarlos según las tarifas y las condiciones establecidas en los contratos con las aseguradoras, posteriormente se procede a generar la factura, anexando sus respectivos soportes, para radicar la cuenta y realizar el cobro ante la respectiva entidad. No obstante, en el desarrollo de este proceso, se pueden presentar fallas o errores que pueden repercutir en pérdidas importantes para las instituciones, que se evidencia principalmente en “facturaciones menores a las reales, valores importantes en glosas y devoluciones, reclamaciones,

consumos no facturados, demora en la radicación de las facturas y pago parcial de éstas”.<sup>3</sup>

En el informe de seguimiento de la cartera hospitalaria, realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) en 2017, con información reportada por 163 IPS, de las cuales 86 son de naturaleza privada, 75 de naturaleza pública y 2 de carácter mixto. Se evidencia que el valor de la cartera por venta de servicios de salud asciende a 8.5 billones de pesos aproximadamente, de los cuales el 80,5% está concentrado en la deuda de las ERP del régimen contributivo con un 39.4 %; seguida por las ERP del régimen subsidiado con un 30.9% y en tercer lugar el Estado con un 10.2%. La deuda considerada en mora que es de 60 días y más, se ubicó en los \$ 5.1 billones, representando el 60.8% del total de la deuda.<sup>4</sup>

Esta acumulación de cartera por parte de algunas IPS está estrechamente relacionada con la presentación de glosas en las facturas por parte de las ERP, a raíz de esta problemática que afecta a varias IPS, son muchas las investigaciones que se han realizado desde la academia para conocer el comportamiento de la gestión de glosas de estas entidades en el país, y establecer recomendaciones para la mejora del proceso, entre ellas tenemos:

El estudio de caracterización glosas, hospitalización clínica central del Quindío, segundo semestre 2016, mostró que del total de la facturación del semestre que fue de \$12.283.344.816, el 7,84% correspondiente a \$963, 014,234 fue glosado, y a su vez la tercera parte del valor glosado fue aceptado. En cuanto a la representación general de las glosas, se observa que alrededor del 80% corresponde a tarifa, soporte y facturación.<sup>5</sup>

En el estudio del Comportamiento de las glosas en una IPS de III nivel de Medellín, en 2011, se encontró que el total facturado durante el año 2011 en la IPS fue de \$22.969.438.887, y de este valor, las glosas correspondieron a \$ 4.986.513.542, de los cuales fueron soportados \$4.386.762.988, y aceptados \$582.236.893, con lo cual se concluyó que el 78.3% de la glosa es soportada por parte de la IPS y solo el 21.71% de lo glosado es aceptado por la IPS, lo que corresponde a un porcentaje de glosas mensual en promedio del 1.8%.<sup>6</sup>

En otra investigación, se analizaron las causas de glosas en la especialidad de ortopedia en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa fe de Antioquia en el año 2014. Donde se encontró una facturación del servicio de ortopedia por \$4.869.711.017, de los cuales fueron glosados \$525.156.183 y fueron aceptados por la institución \$283.099.614. Del valor total de las facturas del servicio de ortopedia, 10.8% fue glosado por las entidades responsables de pago y 5.8% fue aceptado por la institución.

Del total de las facturas generadas por el servicio de ortopedia y que fueron glosadas, el 54% fueron aceptadas por la institución, el 29% se soportaron y no

hubo acuerdo en 17% de las facturas. Y la principal causa de glosas por concepto general fue por soportes y tarifas con un 74% de las glosas. Esta situación reflejó que más de la mitad de las glosas presentadas al hospital por parte de ERP, constituyeron pérdidas, las cuales muy probablemente al ser aceptadas por la institución, habrían sido prevenibles en caso de llevar a cabo un adecuado proceso.<sup>7</sup>

Así mismo, en un estudio realizado en la E.S.E Hospital la María en el año 2016, donde se evaluó el comportamiento de las glosas y devoluciones y se encontró que La facturación total generada por la E.S.E para el año 2016 fue \$ 52.277.601.538 con 60.037 facturas generadas. En las cuales se presentaron 3.658 glosas y se reportan como gestionadas 444 glosas, también se encontraron 1.046 devoluciones, de las cuales están reportadas como gestionadas 65, se encuentran clasificadas las causales de glosa, agrupadas de acuerdo a la causa principal y al monto de mayor a menor, en primer lugar, se encuentran 316 correspondientes a soportes, seguidas por 85 correspondientes a tarifas; 21 asociadas a facturación y 44 a pertenencia. Se puede evidenciar que la causa de mayor devolución es soportes por error en FURIPS, Epicrisis, Anexo Técnico N° 2 o fecha, aunque estas son totalmente prevenibles si se garantiza la calidad de los soportes adjuntados a la factura. Estas glosas y devoluciones representaron para la E.S.E, un valor de \$ 4.365.403.206 en glosas pendiente por gestionar y \$ 27.948.342 de valor aceptado por glosas.<sup>8</sup>

Estudios como estos realizados en muchas IPS del país, reflejan la problemática que representan las glosas y devoluciones y cómo afectan los ingresos de las instituciones de salud, por lo que, la acción gerencial debe estar orientada al desarrollo de una mayor eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios y a la revisión y mejora de los procesos administrativos y asistenciales. Teniendo en cuenta la relación directa del proceso de facturación con la liquidez y la solvencia de las IPS, se requiere una adecuada planeación y el control de los procesos que intervienen en la facturación, y a su vez la implementación de una metodología de auditoría, orientada a controlar tanto las actividades programadas como las ejecutadas; tendientes a realizar intervenciones oportunas en los procesos.<sup>2</sup>

## 1. Planteamiento del problema

El Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín, es una institución privada sin ánimo de lucro que presta servicios de salud de alta complejidad, tiene un enfoque integral, calidad y ética, con personal idóneo, comprometido y enfocado en el servicio humanizado.<sup>9</sup>

El HUSVF, está ubicado en el municipio de Medellín, y presta servicios de salud con énfasis en Ortopedia, Cirugía, Traumatología, Pediatría, trasplantes, entre otros, a toda la población antioqueña; recibe las remisiones principalmente del Valle de Aburrá y de las demás subregiones del departamento, como también de otras partes del país.

La entidad cuenta con numerosos contratos de prestación de servicios de salud con diferentes Entidades Responsables de Pago(ERP), Administradoras de riesgos laborales y compañías de seguros, además tiene convenio con la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia (SSSA), a las cuales les factura los servicios prestados para la recuperación de la cartera, sin embargo en este proceso de cobro se presentan dificultades por el retraso en el pago por parte de estas Entidades responsables de pago ERP, debido principalmente a la alta incidencia de Glosas presentadas a la facturación.<sup>9</sup>

Las glosas a la facturación es una actividad de gran importancia, para la entidad responsable del pago y especialmente para el prestador de servicios de salud. Con frecuencia las ERP, generan no conformidades a la facturación que se les genera, las cuales se argumentan en ausencia de soportes, inconsistencia en tarifas, falta de pertinencia, autorización y cobertura, entre otras, dentro de estas glosas existen algunas que son reparables y otras que no lo son, en éste último caso afectando la situación financiera de la institución y en ocasiones su reputación, a lo que se le suma el costo representado por la administración de estas, en el que se incluyen los costos directos de personal y los indirectos relacionados con suministros e insumos que deben asumirse para darles el trámite pertinente.<sup>2</sup>

Por tal razón, las glosas a la facturación, realizadas por parte de las entidades con las que tienen contrato con el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín, afectan de manera directa el flujo de recursos, la rentabilidad y el desarrollo habitual de los procesos misionales de la institución, impactando finalmente en la calidad de la atención que se brinda a los usuarios. Se conoce que, del total de facturación de la institución, en promedio se glosa el 25% por diferentes causas, de lo cual aproximadamente el 3,5% finalmente se acepta por la institución y se establece como una pérdida, lo que es de suma importancia, más aún si se tiene en cuenta que en muchos casos esta situación pudo ser prevenible.

Existen diversos aspectos que pueden influir en la generación de las glosas, tales como la falta de actualización y aplicación de normatividad vigente, falta de personal idóneo y suficiente para el desarrollo del proceso de facturación, poco conocimiento por parte del personal que factura los servicios o su inadecuada contratación. Tales variables de no ser intervenidas pueden generar mayor número de glosas por parte de las entidades a las cuales se les factura los servicios prestados, demora en los pagos y cobros de las cuentas y pérdidas económicas importantes. Y por otro lado este mecanismo, puede ser usado como una forma de apalancamiento por parte de la ERP para el no pago de los servicios o para generar retrasos en el mismo.<sup>2</sup>

Es por estos aspectos que las glosas adquieren especial relevancia y su gestión debe ir mucho más allá del trámite rutinario de recibirlas y contestarlas; es necesario obtener más información que le permita a la institución establecer acciones correctivas para las causas principales que generan las glosas y que están relacionadas con los procedimientos adoptados por las personas responsables de la prestación de los servicios y de aquellas encargadas de la facturación. Por ello con este trabajo, se pretende realizar un análisis retrospectivo del primer semestre del 2019 para determinar. **¿Cuál es el comportamiento temporal, por entidad responsable de pago, por valor y por causas de las glosas presentadas a la facturación de los servicios de salud del Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019?**

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

Caracterizar las glosas presentadas a la facturación de los servicios de salud del Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín, con respecto al comportamiento temporal, la entidad responsable de pago, el valor y las causas, durante el primer semestre del 2019, para tener una perspectiva más amplia de la gestión del proceso dar recomendaciones para su mejora.

### **2.2 objetivos específicos:**

- Identificar las principales causas de glosas presentadas en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín, durante el primer semestre 2019, a partir de clasificación del anexo técnico 6 de la resolución 3047 de 2008.
- Analizar los valores facturados por el Hospital Universitario de San Vicente Fundación frente a lo glosado por las entidades a las cuales se les presta servicios durante el primer semestre del 2019.
- Describir el comportamiento mensual por entidad responsable de pago de las glosas presentadas en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín, durante el primer semestre del 2019.

### **3. Marcos del trabajo**

#### **3.1. Marco conceptual**

##### **3.1.1 Institución prestadora de servicios de salud (IPS).**

Las IPS, se definen como los agentes que se encargan de la atención y prestación de los servicios de salud a los usuarios del sistema, constituyen la oferta de servicios en el mercado de salud y tienen relación directa con los demandantes, tanto con los pacientes que son quienes reciben la atención, como con las entidades responsables del pago (ERP), que son quienes administran los planes de beneficios.<sup>10</sup>

Las IPS tienen como objeto social la prestación de servicios de salud, en Colombia, estas se clasifican, de acuerdo con su naturaleza jurídica, en públicas, privadas y mixtas y también existe una categorización por niveles de acuerdo con la complejidad de la institución. Esta clasificación nace con la Ley 10 del 1990, en la cual se establecieron responsabilidades a municipios y departamentos en la prestación de servicios, de acuerdo con tres niveles de atención. En el primer nivel, se clasificó a hospitales locales, centros y puestos de salud, que brindan atención de baja complejidad y actividades promoción de la salud y prevención de la enfermedad; en el segundo y tercero, los hospitales regionales, universitarios y especializados, donde se prestan los servicios de mediana y alta complejidad respectivamente.<sup>11</sup>

Luego con el decreto 1760 del mismo año, el cual reglamentó la ley, se fijaron los criterios para definir el grado de complejidad, donde, “las entidades de primer nivel ofrecían atención por personal general, técnico y auxiliar, tecnología de baja complejidad y cobertura de atención tanto a la población del municipio como a la de aquellos municipios cercanos que no tuvieran cobertura; las entidades de segundo nivel ofrecían atención por personal especializado, tecnología de mediana complejidad y cubrían poblaciones con uno o más municipios que gozaran del primer nivel de atención. Asimismo, las instituciones de tercer y cuarto nivel contaban con personal especializado y subespecializado, tecnología de la más alta complejidad y cobertura de segundo y tercer nivel de atención. Esta caracterización presentada corresponde a condiciones propias de la institución.<sup>11</sup>

##### **3.1.2 Facturación en las IPS.**

Es el conjunto de actividades que permite liquidar la prestación de los servicios de salud, el cual se activa cuando un usuario solicita un servicio, cuando es atendido y cuando se le da el egreso, por tanto la facturación se define como, “El proceso de registro, valorización y liquidación de los procedimientos, actividades y consumos prestados a un paciente hospitalario o ambulatorio para efectos de cobro, y tiene

como objetivo, “facturar las actividades y procedimientos realizados a cada paciente en la IPS tomando en cuenta los suministros y medicamentos utilizados en cada uno de los servicios, informar los ingresos con los cuales se financiará la institución y enviar información necesaria a las diferentes áreas, a las ERP, a las compañías aseguradoras, etc., colaborando de esta forma a la supervivencia, crecimiento y rentabilidad de la IPS”. Este proceso se debe hacer en forma oportuna, clara y correcta, con el fin de cobrar y recaudar el valor de los servicios prestados, garantizando los ingresos que permitan la supervivencia, crecimiento y desarrollo de la IPS.<sup>1</sup>

Antes de la puesta en funcionamiento de un adecuado proceso de facturación, es necesario tener un conocimiento integral de la contratación realizada en la IPS, ya que esta es la entrada al proceso, en la cual se definen cada uno de los responsables de pago, las condiciones contractuales, las tarifas, los requisitos del contrato en la presentación de las cuentas, los usuarios que se van a atender y la forma de contratación de los servicios, ya sea por capitación, por evento, diagnóstico relacionado o paquete, o la combinación de estas modalidades, por tal motivo es de vital importancia que todos los involucrados a través de fichas técnicas conozcan los contratos, porque es uno de los principales puntos de apoyo en el proceso de facturación y auditoría, además influye directamente en la calidad del proceso y la mejora continua. Su desconocimiento puede ser el desencadenante de las inconsistencias en el proceso, glosas y devoluciones. Si no se conocen los contratos existe una alta posibilidad de inconsistencias en la facturación y posteriormente se reflejará su consecuencia en el flujo de caja y en la liquidez de la organización, impactando negativamente los objetivos.<sup>1</sup>

Las directivas de la IPS son las encargadas de suscribir los contratos, y luego realizar la comunicación a los líderes de los procesos de admisiones, facturación, auditoría, cartera y asistenciales, y posteriormente estos deben poner al tanto al personal que tienen a cargo, ya que estos son quienes ejecutan los procedimientos operativos para desarrollo del proceso.<sup>1</sup>

El proceso de facturación tiene funciones claves como son:

Desde la admisión del paciente, con su identificación y clasificación; pasando a la recopilación y organización de la información que se genera a raíz de la atención del paciente por consumos y servicios asistenciales; generación de la factura, para realizar el cobro al paciente o a la entidad responsable del pago como producto de un evento atendido; finalmente el crear los reportes de facturación para los clientes internos y externos de la IPS.<sup>1</sup>

A estas etapas el proceso es importante destacar también actividades específicas como son: competencia del recurso humano del área, capacitación continua sobre la normatividad vigente del sector salud y específicamente que afecta la facturación, actualización permanente sobre la información de los diferentes contratos que tiene

la institución, implementar medidas de control del proceso, evaluación de la calidad del proceso, comparación con estándares del mercado, retroalimentación permanente sobre las glosas y devoluciones enviadas por los aseguradores.<sup>1</sup>

### **3.1.3 El cobro de los servicios y Gestión de cartera.**

Es el Proceso formal mediante el cual se tramita el cobro de una cuenta por concepto de la compra de un producto o el pago de algún servicio. Se dice que la venta se realiza cuando se hace el cobro respectivo y es tan cierta esta frase que cualquier empresa comercial mantiene un adecuado capital de trabajo, cuando genera efectivo por parte del pago de sus clientes, por lo tanto, se considera la labor de cobranza de gran importancia en la administración.<sup>12</sup>

Tiene los siguientes objetivos principales<sup>12</sup>:

- Mantener en condiciones de normalidad el cumplimiento en pagos de cada cliente y la totalidad de la Cartera.
- Reducir a niveles mínimos o eliminar el riesgo que se origina en el hecho de que una parte de la Cartera no sea recuperada dentro de las condiciones que se pactaron, especialmente en cuanto a fechas, intereses y garantías.
- Asegurar la productividad del Activo, especialmente la de la Cartera como fuente principal generadora de ingresos y el logro de excedentes.

En el proceso de la cobranza se aplican de manera consistente, integral y permanente los siguientes los principios y criterios<sup>12</sup>:

- La cobranza no debe entenderse como un conflicto sino como un mecanismo de acuerdo entre la empresa y sus clientes sobre bases de responsabilidad y respeto mutuo.
- Adelantar una gestión de cobranza no significa eliminar la confianza al deudor, sino realizar acciones necesarias para fortalecerla.
- La cobranza debe ser sistematizada y desarrollada bajo un plan coherente que considere las características y circunstancias propias del entorno, las del cliente y las de la empresa.<sup>12</sup>

El proceso siguiente a la facturación de los servicios prestados se relaciona con el cobro y recaudo de los recursos financieros generados por la producción de los servicios asistenciales.<sup>1</sup>

Las actividades que se realizan se pueden dividir en tres grandes etapas:

**Generación de la cartera:** incluye las actividades que se deben realizar desde el momento de la facturación hasta que se presenta la cuenta de cobro o se consolida al asegurador o responsable económico de la atención del paciente.<sup>1</sup>

Este es el proceso de armado de las cuentas y auditoria previa y supone estos pasos:

- Disposición de los documentos de soporte
- Elaboración de la cuenta de cobro
- Auditoria administrativa de cuentas de cobro
- Auditoria médica de cuentas de cobro
- Presentación de cuenta de cobro

**Seguimiento y control de la cartera:** incluye las actividades encaminadas a brindar un conocimiento preciso del estado de las cuentas por cobrar de la institución<sup>1</sup>:

- Recepción, estudio, solución y respuesta de objeciones y glosas.
- Seguimiento de la cartera generada.

**Recaudo de la cartera:** son las actividades que la empresa realiza para recuperar los dineros que le adeudan tanto en plazos “corrientes” como en periodos vencidos<sup>1</sup>:

- Monitoreo de las cuentas presentadas y del comportamiento en cuanto a cumplimiento en el pago por parte de los clientes y al comportamiento global de la cartera de la institución.

La cuenta de cobro es el documento que registra el total de los servicios prestados a los usuarios en un periodo de tiempo, debe ir soportado por una relación de la factura equivalente y demás documentos, especificados en los contratos de prestación de servicios y reglamentación pertinente. A cada soporte se le debe verificar que su contenido sea legible, sin enmendaduras, tachones y diligenciado de forma oportuna, identificar la aseguradora, el régimen y su plan de beneficios.<sup>1</sup>

La radicación de las cuentas de cobro es el último paso en el proceso de preparación y presentación de cuentas de cobro, mediante este procedimiento se notifica a la ERP sobre la deuda que por concepto de prestación de servicios tiene con la IPS. Para ello es necesario asegurar la correcta recepción de la documentación, dejar constancia escrita del recibido y aceptación de la cuenta de cobro; obtener constancia de la fecha de entrega de la cuenta de cobro, para verificar los plazos establecidos, registrar y certificar el número de hojas entregadas por cada factura, no hacer el recaudo de los dineros generados en la prestación de los servicios de salud puede ocasionar serios problemas financieros para la empresa y atentar contra su sostenibilidad y el logro de su misión.<sup>1</sup>

#### **3.1.4 La auditoría de cuentas médicas**

Dado que la salud es un servicio público, el Estado está en capacidad de dirigir, reglamentar y establecer las políticas para la prestación de este servicio público. El Sistema Obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud constituye una herramienta idónea a través de la cual el Estado busca cumplir con uno de sus fines esenciales, como el de velar por la efectividad de los derechos de los habitantes en

el territorio colombiano, en este caso del derecho a la salud. Es claro, entonces, que el Estado tiene la obligación de reglamentar todo aquello que sea necesario para que el derecho a la salud sea efectivo.<sup>13</sup>

Lo anterior explica la existencia y contenido de la Ley 100 de 1993 y de la sucesiva reglamentación (Decretos 2174 de 1996, 2309 de 2002 y 1011 de 2006), en los cuales se hace referencia a la auditoría como un componente del SOGC, de obligatoria aplicación por parte de las IPS y ERP y entidades que se les asimilen. De esta manera, se colige que la obligatoriedad de la auditoría está plenamente justificada (para las IPS, ERP y las entidades que se les asimilen), si se tiene en cuenta que la salud es un derecho prestacional y un servicio público que se presta bajo la coordinación y control del Estado. La auditoría, en tanto, hace parte del SOGC, es un instrumento cuyo resultado final será contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se les presten a los habitantes del territorio nacional. Este es el hecho que refuerza su obligatoriedad, tanto para entidades de naturaleza privada, como para las de carácter público.<sup>13</sup>

La auditoría es considerada como una parte fundamental del proceso administrativo, y del ciclo de mejora continua, permite el control en las diferentes etapas de los procesos de la institución, definiendo periódicamente el nivel de desempeño y las oportunidades de mejoramiento continuo.<sup>1</sup>

Existen diversos tipos de auditoría, se destacarán dos principalmente en este trabajo; auditoría médica y administrativa:

**Auditoría Médica:** Es la evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento de los aspectos técnico-científicos y humanos, relacionados con los procesos de evaluación, diagnóstico y conductas decididas con el usuario por el equipo de salud del prestador.

**Auditoría Administrativa:** Es la evaluación, análisis y recomendaciones de mejoramiento de los aspectos técnico-administrativos, financieros y de apoyo logístico, relacionados con los procesos de prestación de servicios de atención en salud y la correcta utilización por parte de los usuarios.<sup>1</sup>

La auditoría de cuentas médicas (AMC) es la apreciación sistemática de la facturación de servicios de salud que llevan a cabo los auditores médicos, su objetivo, por una parte, es identificar y solucionar inconformidades en el desarrollo de los contratos celebrados por las entidades responsables de la atención de los usuarios, como son ERP, ARL, DTS, DLS, Prepagadas y usuarios con capacidad de pago. Por otra parte, busca que los prestadores de servicios de salud expliquen situaciones irregulares en el tratamiento de los usuarios, como<sup>1</sup>:

- El prestador no está autorizado para prestar el servicio facturado
- El usuario no tiene el derecho contractual para recibir un servicio facturado

- El usuario no requirió o amerito clínicamente que se le prestara un servicio de atención en salud
- El usuario no recibió un servicio facturado
- La liquidación no corresponde a las normas tarifarias vigentes o a las cláusulas particulares que sobre dicho aspecto hayan acordado los contratantes.<sup>1</sup>

La necesidad de que las ERP e IPS establezcan la AMC sobre la facturación y cartera, obedece no solo a la exigencia de la ley sobre el sistema de garantía de la calidad y su componente de auditoría médica, sino a la urgente necesidad de saber que ocurre con la atención en salud y como se refleja esta situación en las facturas<sup>1</sup>.

Y sobre los siguientes aspectos:

- El uso de los servicios
- La idoneidad y aplicación del conocimiento técnico científico de los profesionales
- La calidad de las historias clínicas y el acierto de sus diagnósticos y conductas
- El uso y racionalidad de los medios de apoyo diagnósticos y terapéuticos.<sup>1</sup>

La AMC utiliza como insumos de información la cuenta de cobro, el documento equivalente a la factura, el registro individual de prestación de servicios de salud (RIPS), la historia clínica del usuario, los planes de beneficios y los contratos.<sup>1</sup>

### 3.1.5 Glosas y devoluciones

Es competencia exclusiva de la ERP y de la respectiva IPS, la identificación, comunicación y aclaración de las glosas y devoluciones.

El decreto 4047 de 2007 y la resolución 3047 de 2008, reglamentan el procedimiento y codifican los motivos de glosas y respuestas mediante el manual único de glosas, devoluciones y respuesta, y en él se definen así:

**Glosa:** es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la ERP durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por la IPS.<sup>14</sup>

Otra definición que podemos encontrar sobre glosas es que son una objeción a las peticiones presentadas por los prestadores de servicios de salud, que surgen en las inconsistencias o deficiencias que se descubrieron en la revisión de los formularios, anexos técnicos y sus soportes correspondientes.<sup>15</sup>

**Devolución:** es una no conformidad que afecta en forma parcial la factura, encontrada por ERP durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura.<sup>14</sup>

Las devoluciones también se dan cuando la reclamación presenta inconsistencias en lo que respecta a su presentación, aplicación de tarifas, cobertura de servicios, pertinencia, entre otros, y que impide darla por presentada.<sup>14</sup>

El objetivo del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas.<sup>15</sup>

El manual codifica los motivos de glosa mediante unos consecutivos formados por tres dígitos:

- El primero indica los conceptos generales
- Los dos segundos indican los conceptos específicos incluidos en el concepto general.

Códigos de los conceptos generales<sup>14</sup>:

**1-Facturación:** Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.

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

**3-Soportes:** Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

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

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

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

**8-Devoluciones:** Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de esta.<sup>14</sup>

La ERP al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de estas. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la ERP, una vez el prestador subsane la causal de devolución. Se debe respetar el periodo establecido para la recepción de facturas.<sup>15</sup>

**9- Respuesta a glosas o Devoluciones:** Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.<sup>15</sup>

### **Codificación del concepto específico**

Los dos dígitos siguientes al dígito del concepto general corresponden a los conceptos específicos relacionados con el concepto general, tales como la estancia, consulta, interconsulta, y visitas médicas, derechos de sala, materiales, medicamentos, procedimientos y ayudas diagnósticas, atención integral, error en suma de conceptos facturados, detalle de cargos, entre otros. Cada concepto específico puede estar en un concepto general o en varios.<sup>1</sup>

De acuerdo con la ley 1438 de 2011 en su artículo 57 dispone que las ERP, 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.<sup>25</sup>

La IPS, debe dar respuesta a las glosas presentadas por las ERP, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La ERP, 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 nuevamente a la entidad responsable del pago.<sup>25</sup>

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro 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.<sup>25</sup>

Trazabilidad de la factura: es el reporte de información de todos los aspectos relacionados con la presentación de facturas: glosas, devoluciones, respuestas y pagos. También incluye las decisiones adoptadas por ERP frente a las respuestas de las IPS.<sup>1</sup>

### 3.2. Marco normativo

Desde finales de la década de los 80 y comienzo de la década de los 90, en Colombia se generaron una serie de cambios en sus leyes debido a la influencia del neoliberalismo como tendencia económica mundial, esto influyó tanto que en Colombia en el año 1991 se dicta la nueva constitución política del país.

Con el cambio de la constitución se generan una serie de transformaciones en todos los sectores, y el sector salud no fue la excepción, mediante la creación de la ley 100 de 1993 se cambia el sistema nacional de salud por el sistema general de seguridad social integral, el cual contiene, el sistema general de seguridad social en salud. Con la nueva ley se dan una serie de cambios significativos en todo el sistema, como la creación de intermediarios entre el estado y los hospitales, el nuevo sistema presenta una forma particular de cómo se prestarán y se cobrarán los servicios de salud que se brinden.<sup>16</sup>

Empezada la implementación de la ley con todos sus componentes, y con la manera de prestar servicios de salud, se empiezan a reflejar una serie de problemas a la hora de realizar la factura de la prestación del servicio para después proceder a su cobro, esto implicó la aparición de términos como glosa, devoluciones, facturación, sobre facturación entre otros, la ley 100 en su artículo 225 establece sistema de costos y facturación.<sup>16</sup>

**ARTÍCULO 225.** “INFORMACIÓN REQUERIDA. Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad. Los sistemas de costo deberán tener como fundamento un presupuesto independiente, que garantice una separación entre ingresos y egresos para cada uno de los servicios prestados, utilizando para el efecto métodos sistematizados. Los sistemas de facturación deberán permitir conocer al usuario, para que este conserve una factura que incorpore los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.<sup>16</sup>

Con la nueva ley ya en funcionamiento, se fueron denotando más las problemáticas y los problemas emergentes con toda la implementación de la misma. Para ayudar en los temas de contratación la a las entidades públicas, en el mismo año de la ley 100, sale la ley 80 la cual “fue concebida con el objetivo de convertirse en el marco normativo donde se disponen las reglas y principios que dirigen la actividad de la contratación de las entidades estatales”.<sup>17</sup>

A raíz de esta serie de cambios que se implantaron con el sistema de salud naciente, surge una manera de facturar y cobrar los servicios prestados en salud, con **El Decreto 2423 de 1996** el cual determina la nomenclatura y organización de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario conocido como SOAT, además de sus valores correspondientes.<sup>18</sup> También se crea el **Acuerdo 209 de 1999** por el cual se aprueba el “MANUAL DE TARIFAS”, para la

compra y venta de servicios de salud, que se manejara por las diferentes entidades del sistema del sistema de salud, así como sus valores y su cotización.<sup>19</sup>

Con todas estas transformaciones todas las entidades deben tener un registro cualificado de los servicios que prestan y de todos los usuarios que se benefician de ellos. Los datos básicos que deben procurar reportar los prestadores de servicios de salud ya sean empresas sociales del estado o privados, y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud que realizan, se reglamentan y se establecen en el **Decreto 3374 de 2000**.<sup>20</sup>

Ya en el nuevo milenio el ministerio de salud emite la normatividad que regula los flujos de caja y la utilización apropiada y eficiente de los de los recursos del sector salud y su empleo en la prestación de los servicios de salud, con **el decreto 1281 del 2002**.<sup>21</sup>

En el año 2007 aun con muchas dificultades en el sistema general de salud, casi 15 años después del inicio de la ley 100, se realiza una serie de modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud con la **Ley 1122 de 2007**.<sup>22</sup> Con esta nueva ley se crea la comisión de regulación en salud, también se modifica los objetivos en cuanto a financiación, aseguramiento y cobertura y se plantea que en 3 años después de salir la ley, tiene que haber cobertura universal en los estratos 1,2 y 3. Otras modificaciones fueron el monto de cotización y porcentaje en el régimen contributivo, entre otras.

**Artículo 1º: Objeto.** La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.<sup>22</sup>

**El Decreto 4747 de 2007** regula 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 dicta entre otras normatividades y disposiciones.<sup>23</sup>

**Artículo 21.** Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.<sup>23</sup>

**Artículo 22.** Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas,

en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.<sup>23</sup>

**Artículo 24.** Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7° del Decreto Ley 1281 de 2002.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.<sup>23</sup>

**Artículo 25.** Registro conjunto de trazabilidad de la factura. Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.<sup>23</sup>

**Resolución 3047 de 2008** se determinan los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.<sup>24</sup>

**ARTÍCULO 12.** SOPORTES DE LAS FACTURAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto número 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico número 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos – CUM –, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente – Consecutivo – ATC.<sup>24</sup>

**ARTÍCULO 13.** REVISIÓN Y VISADO PREVIO A LA PRESENTACIÓN Y/O RADICACIÓN DE FACTURAS O CUENTAS. Entre las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de servicios de salud se podrán acordar mecanismos de revisión y visado de las facturas o cuentas al interior de los prestadores, para que se realicen de manera previa a la presentación y/o radicación de las mismas. De no existir este acuerdo, la entidad responsable del pago no podrá exigir como requisito para la presentación y/o radicación de la factura o cuenta, la revisión o visado previo de las mismas.<sup>24</sup>

**ARTÍCULO 14.** MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS. La denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007 o en

las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán las establecidas en el Anexo Técnico número 6, el cual forma parte integral de la presente resolución. Las entidades responsables del pago no podrán crear nuevas causas de glosa o de devolución; las mismas sólo podrán establecerse mediante resolución expedida por el Ministerio de la Protección Social.<sup>24</sup>

**ARTÍCULO 15. REGISTRÓ CONJUNTO DE TRAZABILIDAD DE LA FACTURA.** Para la implementación del Registro conjunto de trazabilidad de la factura de que trata el artículo 25 del Decreto 4747 de 2007, se establece la estructura contenida en el Anexo Técnico número 8, el cual forma parte integral de la presente resolución.<sup>24</sup>

**Ley 1438 de 2011** por medio de la cual se reformó el sistema general de seguridad social en salud, define el trámite de glosas.

**ARTICULO 57.** 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.<sup>25</sup>

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.<sup>25</sup>

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. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.<sup>25</sup>

### 3.3 Marco institucional

EL Hospital Universitario de San Vicente Fundación, se funda en 1912, cuando un grupo de filántropos antioqueños gestaron la idea de construir un hospital. Por aquella época sólo existía en la ciudad de Medellín el Hospital San Juan de Dios, pero sus condiciones eran lamentables: el local era estrecho, el mobiliario completamente deteriorado, el instrumental incompleto y deficiente y no contaba con camas suficientes para la atención de los pacientes, quienes debían esperar turnos tirados en andenes por días enteros para poder ocuparlas.<sup>9</sup>

Don Alejandro Echavarría Isaza mostró desde un comienzo gran entusiasmo por esta iniciativa y decidió liderar este proyecto con todo su empeño; así lo comunicó a sus hijos a principios de 1913, estando su esposa gravemente enferma: *"...he resuelto fundar un hospital, pero un hospital grande, muy grande, que tenga siempre la capacidad suficiente para albergar a todo hijo de Antioquia y del resto del país que necesite de sus servicios"*.<sup>9</sup> Desde ese momento se dedicó, con todo el espíritu emprendedor que le caracterizaba, a motivar a toda la sociedad de la época para que sacaran adelante aquella causa, que contó con el apoyo de la Iglesia, de los industriales, de la intelectualidad de la época y del conocimiento médico que había alcanzado la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia, creada desde 1871.<sup>9</sup>

Aquella iniciativa fue de una visión realmente histórica y, aunque se decía entonces que una ciudad como Medellín con sólo 60.000 habitantes no necesitaba un hospital tan grande, de 13 pabellones, el grupo de impulsores del Hospital siempre tuvo claridad sobre la magnitud de la obra que necesitaba la ciudad, la cual iba en franco ascenso poblacional e industrial.<sup>9</sup>

#### **Misión**

El Hospital Universitario de San Vicente Fundación es una institución privada sin ánimo de lucro que presta servicios de salud con énfasis en la atención del paciente de alta complejidad que no tiene acceso a ella. Destina su esfuerzo económico para quienes, necesitando servicios, no pueden pagar por ellos. Realiza su tarea con sentido humano, enfoque integral, calidad y ética, con personas idóneas y comprometidas. Participa en la formación del talento humano y en el desarrollo de investigación en salud para contribuir a la generación de conocimiento.<sup>9</sup>

#### **Visión**

En el año 2020 el Hospital San Vicente Fundación de Medellín se consolidará como un referente en la prestación integral de servicios de salud centrados en las personas, de acuerdo a las necesidades de la población e integrado con los demás actores del sistema, mediante la generación, aplicación y gestión del conocimiento, la investigación, tecnología e innovación.<sup>9</sup>

## Valores.

**Responsabilidad:** cumplimos con nuestras obligaciones, asumiendo las consecuencias y obteniendo resultados eficaces.

**Solidaridad:** tenemos la firme determinación de trabajar por el bien común, exaltando la dignidad humana.

**Compromiso:** sentimos como propios la filosofía, objetivos y metas de la organización y nos empeñamos en dar algo más de lo establecido.

**Honestidad:** actuamos con base en la verdad y la justicia.

**Respeto:** comprendemos, aceptamos y valoramos a todas las personas.<sup>9</sup>

## Pilares estratégicos

El Hospital Universitario de San Vicente Fundación, se fundamenta en los siguientes pilares estratégicos<sup>9</sup>:

1. Creación de valor económico
  - Competitividad
  - Disminución de Costos
  - Gestión de proveedores
  - Gestión Financiera
  - Cooperación
2. Creación de valor social:
  - Fortalecimiento Servicios de Salud
  - Alianzas en Educación
  - Alianzas en Investigación
3. Fortalecimiento de Capacidades y eficiencia operativa
  - Comunicaciones
  - Nuevo modelo de liderazgo de gestión
  - Relaciones laborales
  - TIC
  - Tecnología médica
  - Infraestructura física
  - Cadena de logística

## Clientes

Algunas de las Entidades Administradoras de planes de beneficio con las que tiene contrato el HUSVF son: Savia salud, Nueva EPS, Salud Total, EPS Sura, Medimás, Savia Salud, Coomeva, EPS Ambuq, EPS Policía Nacional, Endisalud, EPS Sanitas, EPS Cruz Blanca. También tiene contrato con diversas administradoras de riesgos laborales, Pólizas de seguros como, y medicina prepagada tales como:

Coomeva medicina prepagada S.A., Salud Colpatria medicina prepagada, Sura medicina prepagada, Colmedica prepagada; además atiende pacientes asegurados por el Municipio de Medellín y La Dirección seccional de salud de Antioquia.

## **SERVICIOS.**

### **Banco de sangre:**

Se caracteriza por ser uno de los Bancos de Sangre que más donantes capta en el departamento de Antioquia y en el país, prestando un servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico<sup>9</sup>.

### **Banco de tejidos:**

El Banco de Tejidos del Hospital Universitario de San Vicente Fundación se creó en el año 2006 y a finales del 2007 fue el primer banco multipropósito del país certificado en Buenas Prácticas por el INVIMA. Se captan donantes de tejidos osteomusculares y piel, se procesan y despachan según las solicitudes médicas. Para los pacientes que requieren trasplantes por patologías oncológicas o traumáticas óseas y la piel para pacientes con extensas quemaduras.

### **Cáncer:**

La Unidad Integral de Cáncer del Hospital Universitario de San Vicente Fundación, con más de 40 años de trayectoria en el tratamiento oncológico, brinda al paciente y su familia un servicio integral y oportuno en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y prevención.<sup>9</sup>

La Unidad, tiene un amplio portafolio de servicios, protocolos y guías adaptados de las sociedades científicas mundiales, con el respaldo y apoyo permanente del complejo hospitalario que permite garantizar una atención integral en un solo lugar.<sup>9</sup>

### **Cardiovascular:**

La Unidad Cardiovascular del Hospital Universitario de San Vicente Fundación cuenta con más de 10 años de experiencia; brindando al paciente con enfermedad cardiovascular y a su familia; una atención integral, oportuna, eficaz y cálida.<sup>9</sup>

Cuenta con un equipo multidisciplinario, con profesionales de la salud dedicados a la atención integral de enfermedades cardiovasculares.<sup>9</sup> Se caracteriza por ser una de las más modernas y mejor equipadas de la ciudad y del país, con tecnología de punta que permite realizar todos los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral de la enfermedad cardiovascular.<sup>9</sup>

### **Cirugía general y subespecialidades:**

El Departamento de Cirugía del Hospital Universitario de San Vicente Fundación, como su nombre lo indica, reúne las actividades desarrolladas por todas aquellas especialidades en las cuales se prestan servicios quirúrgicos.<sup>9</sup>

**Laboratorio clínico:**

El Laboratorio Clínico del Hospital San Vicente Fundación es un laboratorio especializado, de alta complejidad con una amplia experiencia, el cual cuenta con un amplio portafolio de servicios que va desde pruebas básicas o de rutina hasta pruebas altamente especializadas.<sup>9</sup> El laboratorio clínico está organizado con base en unidades funcionales para optimizar su modelo de calidad y favorecer la especialización y experiencia de su personal.<sup>9</sup>

El Hospital también cuenta con servicios de Medicina interna, con atención de consultas ambulatorias con especialistas y; Medicina física y rehabilitación; Ortopedia, con consulta Especializada para adultos y niños, y cirugía; Ginecología y obstetricia; además se realizan diversos Trasplantes por los mejores especialistas.<sup>9</sup>

**Urgencias:**

En el departamento de POLICLÍNICA, el servicio de urgencias para adultos es el área del Hospital donde se ofrecen los servicios de urgencias al paciente adulto, mayor de 13 años, que presenta enfermedad de origen traumático o de emergencia médica, preferiblemente de mayor nivel de complejidad. y también se brinda las urgencias Pediátricas durante las 24 horas del día al menor de 13 años, con politraumatismos y problemas médicos urgentes, por parte de un calificado equipo de pediatras y otros profesionales. Es el centro de referencia por excelencia para la atención del paciente pediátrico gravemente enfermo en todo el Departamento de Antioquia.<sup>9</sup>

**Unidad de Cuidados Intensivo (UCI):**

El Hospital Universitario de San Vicente Fundación cuenta 4 Unidades de Cuidado Intensivo que son cardiovascular, médica y dos de trauma y posquirúrgico para la atención de los pacientes adultos con diagnósticos de alta complejidad. Contamos con unidades especializadas que permiten la ubicación del paciente de acuerdo a las necesidades clínicas del mismo.<sup>9</sup>

**Consulta externa:**

El servicio de consulta externa hace parte de la integralidad en el sistema de atención médica hospitalaria, produce un conjunto de actividades que apoyan los procesos preventivos, curativos y de rehabilitación de las personas y es considerado una de las puertas de entrada del paciente pediátrico y adulto a la institución hospitalaria, en esta se incluye la consulta externa especializada.<sup>9</sup>

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de estudio**

Estudio cuantitativo, ya que utiliza métodos y técnicas de medición, empleando la recolección de datos y su análisis para responder preguntas de investigación, además confía en la medición de variables e instrumentos de investigación con el uso de la estadística.<sup>26</sup>

Es de tipo descriptivo debido a que su objetivo principal es recopilar datos e información sobre las características, propiedades, aspectos o dimensiones y clasificación de los objetos o de los procesos, en este caso el objeto de estudio fueron las glosas, a través de unidades de información que son las variables. Y de corte transversal retrospectivo, ya que se recolectó la información en un momento específico y no se realizaron varias mediciones a través del tiempo y el inicio del estudio es posterior a los hechos. Se realizó la caracterización de las glosas producto de la prestación de servicios de salud en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín, durante el primer semestre del 2019.<sup>26</sup>

### **4.2. Población**

La población estuvo formada por el conjunto de Glosas presentadas en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019, que corresponde aproximadamente a 25 mil millones mensuales, se utilizó todo el universo, ya que no se realizó un estudio por muestreo.

El HUSVF de Medellín cuenta con una infraestructura de datos existente, donde se tiene el registro de la facturación y las glosas presentadas a esas facturas, de donde se sacó la información para la medición y estudio de las variables y no hay inconvenientes con la cantidad de glosas, porque los datos están registrados y serán objeto de tratamiento automático.

### **4.3. Criterios de inclusión**

- Glosas presentadas a las facturas por prestación de servicios de salud del Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019.
- Facturas generadas en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019.

### **4.4 criterios de exclusión**

- Glosas a las facturas presentadas en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019, que no tengan los datos e información completa.

## 4.5. Variables

**Tabla 1. Operacionalización de Variables**

Variable	Definición	Categorías	Nivel de medición	Naturaleza de la Variable	Pregunta
Motivo de glosa por concepto general	Motivo por el cual se glosa una cuenta de acuerdo con los conceptos generales del anexo técnico n° 6 resolución 3047 de 2008	Facturación Tarifas Soportes Autorización Cobertura Pertinencia	Nominal	Cualitativa	¿Cuál es el mayor motivo de glosa por concepto general en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019?
Motivo de glosa por concepto Especifico	Motivo por el cual se glosa una cuenta de acuerdo con los conceptos específicos definidos en el anexo técnico n° 6 de la resolución 3047 de 2008.	Conceptos específicos de glosa del Anexo técnico N° 6, resolución 3047 de 2008.	Nominal	Cualitativa	¿Cuál es el mayor motivo de glosa por concepto específico en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019?
Fecha de glosa	Fecha en la cual se genera la glosa y es notificada a la IPS	Día/Mes/Año	De razón	Cuantitativa	¿Cuál es el mes que más glosa general en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín de Itagüí durante el primer semestre del 2019?
Fecha de factura	Fecha en la cual se genera la factura	Día/Mes/Año	De razón	Cuantitativa	¿Cuál es el mes en el que más se factura en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación

					de Medellín durante el primer semestre del 2019?
Entidad responsable de pago	Entidades responsables de pago que generan glosas a las facturas presentadas por la IPS para el cobro de los servicios de salud prestados	Dirección seccional de salud de Antioquia. Savia salud EPS. Salud total EPS-S. Nueva EPS. Medimas EPS Sura. Cruz blanca EPS. Cooमेva EPS EPS Sanitas. (entre otras)	Nominal	Cualitativa	¿Cuál es la ERP que mayor número de glosas genera en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019?
Valor glosa	Es el valor sobre el cual se ha hecho la objeción y se glosa en la factura	Valor total glosa en pesos	De razón	Cuantitativa	¿Cuál es el mayor valor que se genera por glosas en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín, primer semestre del 2019?
Valor factura	Es el valor de la facturación presentada a las ERP	Valor total de las facturas en pesos	De razón	Cuantitativa	¿Cuál es valor promedio que se factura en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019?

Respuesta a glosa	Es la respuesta que da la IPS a las glosas presentadas por las ERP. Definidas en el anexo técnico N° 6, resolución 3047 de 2008	Glosa o devolución Injustificada.  No subsanada  Subsanada parcial.  Subsanada.	Nominal	Cualitativa	¿Cuál es la principal respuesta que se da a las glosas en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019?
Tiempo de glosa	Tiempo que transcurre entre la generación de la factura y el recibimiento de la glosa por parte de la ERP	Número de Días	De razón	Cuantitativa	¿Cuál es el promedio de días en que se generan las glosas en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019?
Tiempo de respuesta a glosa	Tiempo que transcurre entre el recibimiento de la glosa y la respuesta a la ERP	Número de Días	De razón	Cuantitativa	¿Cuál es el promedio de días de respuesta para las glosas en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019?
Tiempo de resolución de las facturas	Tiempo que transcurre entre las respuestas de glosas entre la IPS y la ERP y el pago efectivo de las facturas.	Número de Días	De razón	Cuantitativa	¿Cuál es el promedio de días en que se le da solución y se da el pago efectivo a las facturas con glosa en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019?
	Número de glosas que no son aceptadas por la IPS ni				¿Cuál es el promedio de glosas

Glosas conciliadas	subsanaadas por la ERP, por las cuales se decide conciliar	Número de glosas conciliadas	De razón	Cuantitativa	conciliadas en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín durante el primer semestre del 2019?
--------------------	--	------------------------------	----------	--------------	--

#### 4.6. Protocolo de acercamiento.

- Como primer paso se realizó un encuentro con un analista de facturación del hospital y se le socializo el ante proyecto de investigación para darle a conocer el trabajo y conseguir la aprobación para la implementación del trabajo en el hospital.
- Después se procedió a presentarle el ante proyecto de investigación al Doctor León Guillermo Arcila, gerente financiero del hospital, quien da el visto de aprobación para que el proyecto se evalué en el comité de ética de la investigación del hospital.
- Se envió el ante proyecto al comité de ética de la investigación del hospital, con los parámetros establecidos por ellos para su evaluación y aprobación por parte de ellos para la ejecución del proyecto en el hospital.
- El comité de ética del hospital aprueba el proyecto y da vía libre para su ejecución.
- Se realizó una reunión con la Doctora en cargada del área de facturación donde se expuso los diferentes puntos de vista y los intereses que tenían tanto el hospital como los estudiantes, en la realización del proyecto.
- El hospital procedió a dar las bases de datos y poner en conocimiento de los estudiantes algunos procesos del área para iniciar la investigación.
- El trabajo recibió el aval por parte del hospital para la socialización y publicación de los resultados a nivel institucional

#### 4.7 fuente de información

La fuente de información fue secundaria y los datos se tomaron de la base de datos del Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín, durante el primer semestre del 2019 de donde se obtuvo la información de las facturas y las glosas.

#### 4.8 procesamiento y análisis de datos

Se aplicó estadística descriptiva (se organizó un conjunto de datos con el apoyo de tablas, medidas numéricas y gráficos) y medidas de tendencia central.

- Con la información recolectada de la base de datos del área de auditoría del Hospital Universitario de San Vicente Fundación de Medellín, se realizó un informe de todas las glosas durante el primer semestre del 2019.
- Posteriormente se seleccionó la información de las facturas y glosas durante el primer semestre del 2019. en diferentes hojas de cálculo, discriminadas por mes.
- Se diseñaron tablas que agruparon la información recolectada y se clasificó por: número y fecha de glosas, por conceptos de la glosa tanto general como específico agrupada por código, por valor en pesos de las glosas y las facturas, y finalmente la ERP o entidad responsable del pago.
- Al tener la información, se procedió a la caracterizarla de acuerdo con los objetivos planteados en el estudio, realizando los análisis respectivos.
- Para el cumplimiento del primer objetivo se realizó una búsqueda completa de las causas de glosas en la base de datos que la IPS proporcionó, basándose en el anexo técnico N°6 (manual único de glosas, devoluciones y respuestas unificación) el cual permitió realizar la clasificación por conceptos generales y específicos.
- A partir de la determinación del valor del total de las facturas y glosas generadas en el primer semestre del 2019 en el Hospital, se procedió a comparar el total de lo facturado frente a lo glosado por las entidades responsables de pago expuesto en el segundo objetivo, esta comparación se realizó mediante una proporción que nos permitió identificar el monto total de dichos valores.
- Partiendo de los datos recolectados de las fechas de las facturas y las glosas, se determinó la distribución mensual de las mismas y se procedió a clasificarlas según la entidad responsable de pago que generó la glosa estableciendo los porcentajes para cada variable.

## 5. Resultados

El Anexo técnico 6 de la resolución 3047 de 2008, define el manual único de glosas, respuestas y devoluciones, con el objetivo de estandarizar su denominación, codificación y aplicación, por lo tanto, las glosas recibidas por el Hospital Universitario San Vicente Fundación son clasificadas de acuerdo con esta norma por conceptos generales y específicos para cada uno de los posibles motivos de objeción.

En las siguientes tablas y graficas se observan, los valores facturados, glosados, las devoluciones, por mes, por ERP, por concepto general y específico que se presentaron en el Hospital Universitario San Vicente Fundación durante el primer semestre del año 2019.

**Tabla 2. Valor facturado por ERP en el HUVSF en el primer semestre del año 2019**

ERP	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total
<b>ALIANZA MEDELLIN</b>	7.569.839.146	7.764.548.709	8.341.524.447	8.988.962.911	8.509.230.142	7.615.629.851	48.789.735.206
<b>EPS SURA</b>	3.552.635.083	4.565.398.009	4.508.899.978	6.019.379.851	4.865.793.522	5.188.863.406	28.700.969.849
<b>NUEVA EPS</b>	1.659.472.615	1.938.168.919	2.237.971.338	2.382.595.143	3.037.043.669	2.531.359.353	13.786.611.037
<b>SALUD TOTAL EPS</b>	1.535.240.746	1.938.042.937	1.238.547.071	1.623.089.691	1.475.233.270	1.668.233.740	9.478.387.455
<b>COOSALUD</b>	1.544.387.405	1.429.395.474	1.594.435.862	1.498.366.474	2.043.276.816	1.016.041.748	9.125.903.779
<b>MUTUAL B.U.DE QUIBDO</b>	1.221.590.597	3.338.094.608	1.451.706.276	651.921.127	839.037.602	720.270.766	8.222.620.976
<b>EMDISALUD</b>	529.662.294	565.693.002	1.145.297.813	776.222.615	926.200.178	821.184.374	4.764.260.276
<b>D.S.S. A</b>	1.042.572.979	746.170.795	711.920.055	715.728.179	921.582.185	509.245.139	4.647.219.332
<b>EPS SIN NOMBRE</b>	581.708.782	586.966.678	495.742.789	684.425.841	651.145.855	526.193.642	3.526.183.587
<b>MEDIMAS EPS S.A.S</b>	670.630.823	746.903.361	578.138.942	361.214.392	524.524.150	625.740.835	3.507.152.503

Fuente: Departamento de auditoría y facturación HUSVF

La tabla corresponde a las 10 ERP con mayor facturación. En el primer semestre del 2019 el Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) de Medellín, facturó un total de ciento sesenta y cuatro mil ciento sesenta y siete millones quinientos treinta y un mil trescientos cuarenta y cuatro pesos (164.167.531.344), a un total de 190 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (ERP) de ambos regímenes, seguros, pólizas, entre otros. Los meses en los que más presento facturación fueron mayo con veintinueve mil cuatrocientos dieciséis millones doscientos veintidós mil novecientos cincuenta y uno (29.416.222.951) y febrero con veintinueve mil cincuenta y dos millones ochocientos treinta y seis mil doscientos

treinta y cuatro pesos (29.052.836.234), el mes que menos facturo fue enero con veinticuatro mil ochocientos noventa y ocho millones ochocientos cuarenta y nueve mil quinientos dieciocho pesos (24.898.849.518).

Las ERP que más facturaron en todo el semestre fueron; Alianza Medellín Antioquia con cuarenta y ocho mil setecientos ochenta y nueve millones setecientos treinta y cinco mil doscientos seis (48.789.735.206), correspondiente a un 30% del total de lo facturado, seguido de Sura EPS con veintiocho mil setecientos millones novecientos sesenta y nueve mil ochocientos cuarenta y nueve (28.700.969.849), que representa un 17% del total facturado son las dos principales ERP que más presentan facturación o los dos clientes más importantes del hospital. Entre otras están; Nueva EPS con un 8%, Salud total EPS y Coosalud EPS con un 6% respectivamente del total de lo facturado durante el primer semestre en el hospital.

**Tabla 3. Valor glosado por ERP en el HUVSF en el primer semestre del año 2019**

ERP	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total
COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	248.649.768	223.459.550	157.808.245	183.317.876	210.032.920	213.140.375	1.236.408.734
AXA COLPATRIA CLUB/SOAT	277.160.500	115.109.439	138.818.635	109.951.368	229.396.123	205.028.155	1.075.464.220
SEGUROS DEL ESTADO S.A. - SOAT	203.656.450	132.951.952	167.405.706	36.736.845	94.705.067	154.940.326	790.396.346
COOMEVA E. P. S	276.055.053	22.655.999	128.200.356	51.840.070	106.468.885	156.961.129	742.181.492
COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS.S.A.	89.515.318	75.258.011	34.358.328	121.953.594	85.853.326	44.622.141	451.560.718
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	146.940.955	92.345.346	56.254.777	51.071.447	21.291.075	30.538.965	398.442.565
LA PREVISORA S.A.- SOAT	125.186.240	68.095.689	92.100.494	21.181.718	21.318.732	57.360.850	385.243.723
SENA	318.459.935		1.826.100		17.967.055		338.253.090
COMFACHOCO E.P.S.-S	1.387.700	70.961.766	56.826.481	44.217.723	31.959.785	35.371.950	240.725.405
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	2.806.958	95.257.335	5.925.023	43.967.632	4.566.398	62.938.447	215.461.793

Fuente: Departamento de auditoria y facturación HUSVF

Esta tabla corresponde a las 10 ERP con más glosas presentadas en el primer semestre del 2019 en el Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) de Medellín, en total lo glosado en el semestre fue de ocho mil ochenta y un millones trescientos noventa y cuatro mil quinientos cuarenta y dos pesos (8.081.394.542). Fueron 75 ERP que presentaron glosas durante este periodo.

**Tabla 4. Valor de devoluciones por ERP en el HUSVF en el primer semestre del año 2019**

ERP	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total
ALIANZA MED ANTIOQUIA	371.493.510	242.700.037	212.493.530	711.891.751	91.114.404	1.356.281.424	2.985.974.656
SALUD TOTAL E.P.S.	390.182.388	110.236.546	200.612.762	32.791.274	79.096.831	219.275.379	1.032.195.180
EPS SURA	158.051.661	196.522.860	279.705.381	110.509.328	100.424.199	121.020.902	966.234.331
COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	191.124.266	81.769.772	218.198.111	86.977.895	146.592.364	123.356.382	848.018.790
COMPARTA E.P.S.-S		150.000	146.485.289	229.043.399	46.096.398	221.780.275	643.555.361
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS	52.224.820	232.374.422	64.142.182	10.867.584	216.678	116.255.323	476.081.009
EMDISALUD	84.762.752	20.869.953		119.970.538	106.447.520	87.072.942	419.123.705
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA / D.S.S.A	58.755.675	99.205.074	135.586.920	37.361.688	15.151.740	14.911.934	360.973.031
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	114.930	56.551.638	210.195.927	93.288.286	145.000		360.295.781
SENA		94.937.165	191.383.828	28.887.005			315.207.998

Fuente: Departamento de auditoria y facturación HUSVF

En la anterior tabla se aprecian las 10 primeras ERP que más presentaron devoluciones en el Hospital durante el periodo en estudio, en total fueron 93 ERP

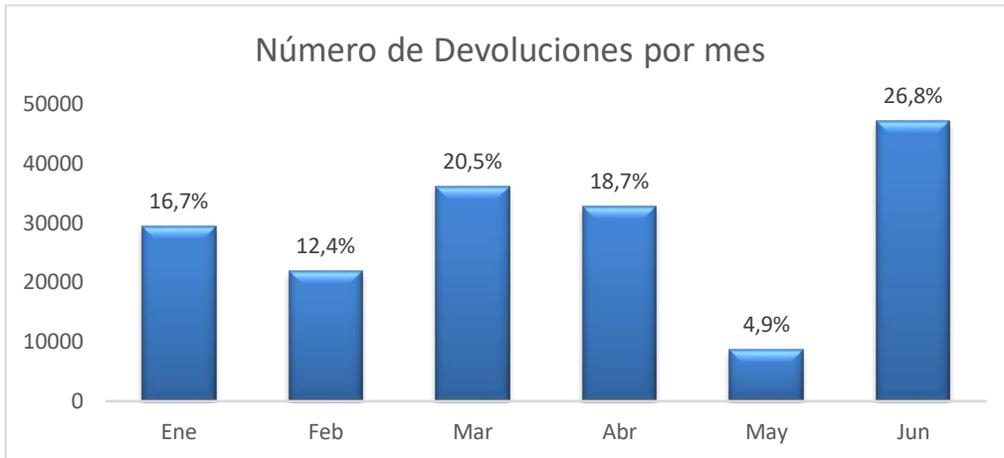
de ambos regímenes y también seguros, pólizas entre otros, que presentaron devoluciones, el total de las devoluciones fue de once mil trescientos setenta y un millones trescientos unos mil ciento veintidós pesos (11.371.301.122), siendo Alianza Medellín Antioquia la ERP con mayores devoluciones.



**Gráfica 1. Porcentaje de glosas y devoluciones en el primer semestre del año 2019 en el HUSVF.**

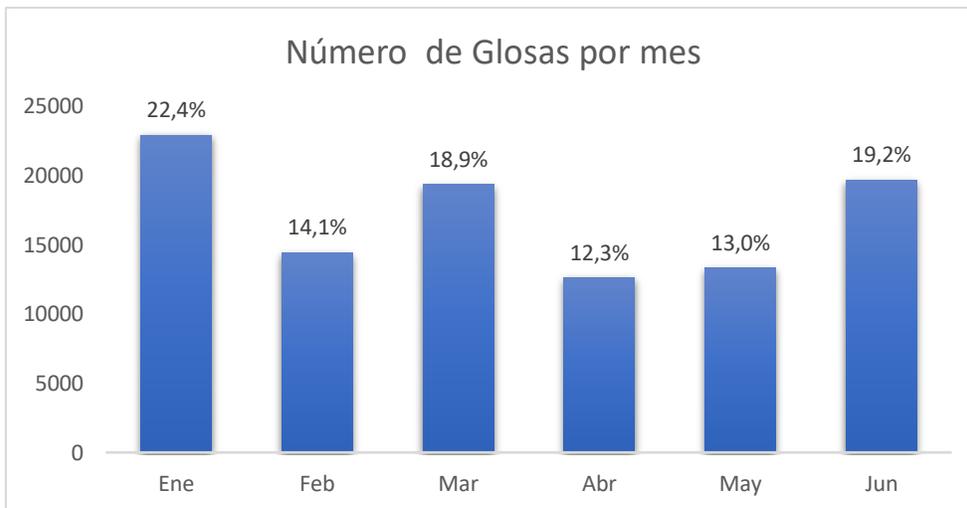
Durante el primer semestre del año 2019, el HUSVF de Medellín recibió por parte de las ERP un total de 277.952 glosas y devoluciones, siendo estas últimas las que tuvieron una mayor incidencia, con un total de 175.214 facturas devueltas, lo que equivale al 63,2% frente a 102.238 glosas correspondientes al 36,8%.

No es conveniente para el hospital recibir tantas devoluciones, ya que esto retrasa el cobro de la cartera, teniendo en cuenta que las facturas devueltas no ingresan para la revisión final y pago por parte de las ERP, debido a que no cumplen con los requerimientos de la revisión preliminar.



**Gráfica 2. Número de devoluciones presentadas en el HUSV durante el primer semestre del 2019.**

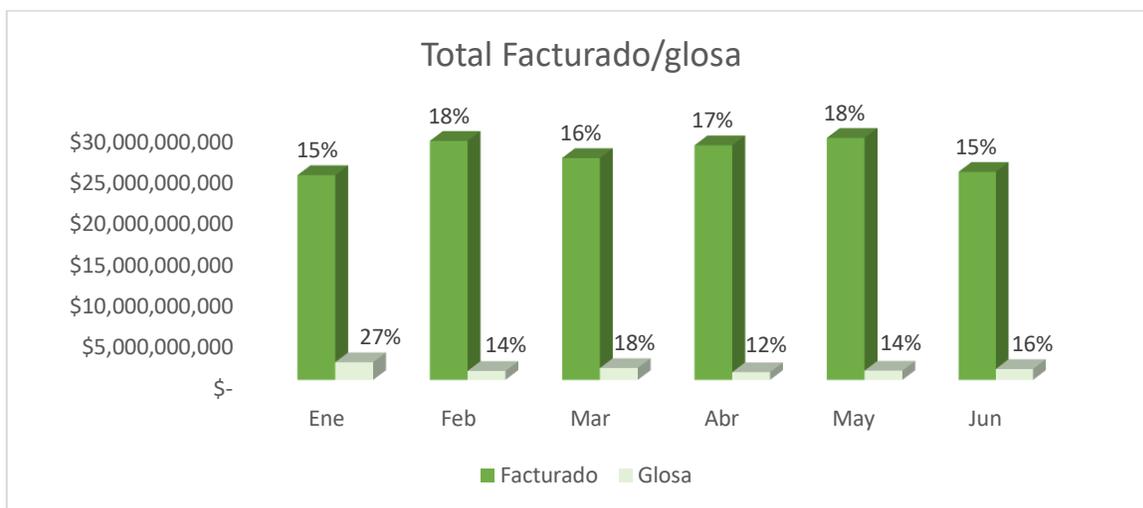
De acuerdo a la gráfica 2, cabe destacar que en el mes junio se presentó el mayor número de devoluciones con 47.052, equivalentes al 26,8%, seguido por el mes de marzo con 36.018 lo que representó el 20,5%, además el mes en el que menos glosas totales se presentaron durante la revisión preliminar fue en mayo con un total de 8.643, lo que corresponde al 4,9%



**Gráfica 3. Número de glosas presentadas en el HUSV durante el primer semestre del 2019.**

Por otro lado, de las facturas que si pasaron la revisión preliminar se encontró un total de 102.238 glosas, de los cuales se presentó la mayor cantidad en el mes de enero con 22.907 glosas correspondientes al 22,4%, seguido por el mes de junio y

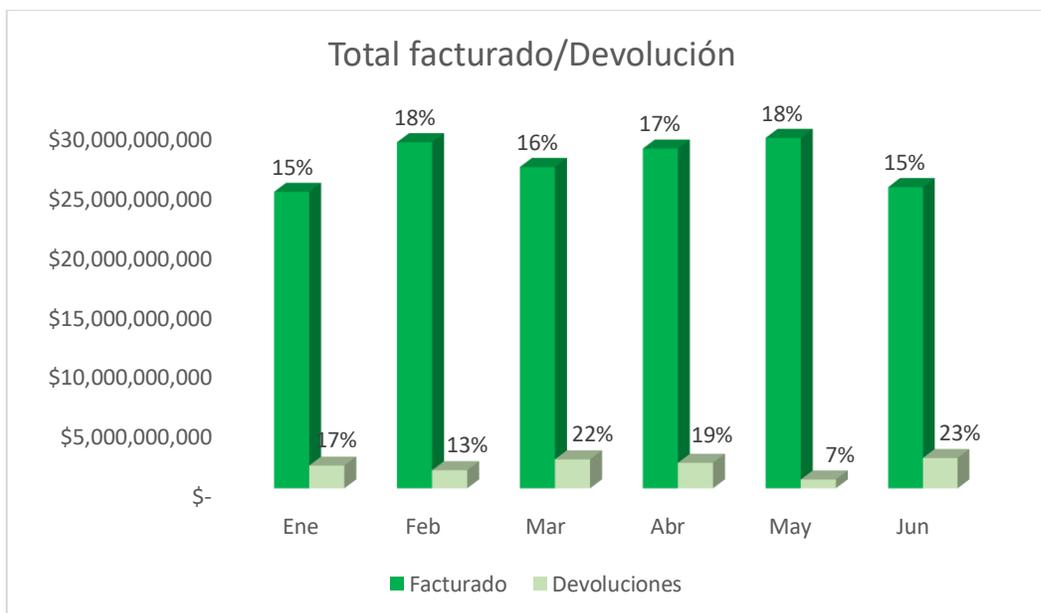
marzo, con 19.669 y 19.321 respectivamente, que representan el 38,1%. (Gráfica 3).



**Gráfica 4. Relación del total facturado y glosado por mes en el Hospital Universitario San Vicente Fundación durante el primer semestre del 2019.**

Enero y marzo son los meses con los valores mayores de glosas con un 27% y un 18% respectivamente, con un valor de dos mil ciento cincuenta y tres millones ciento cuarenta y siete mil seiscientos veintiséis (\$2.153.147.626) enero es el mes que más representa glosas con respecto a lo facturado.

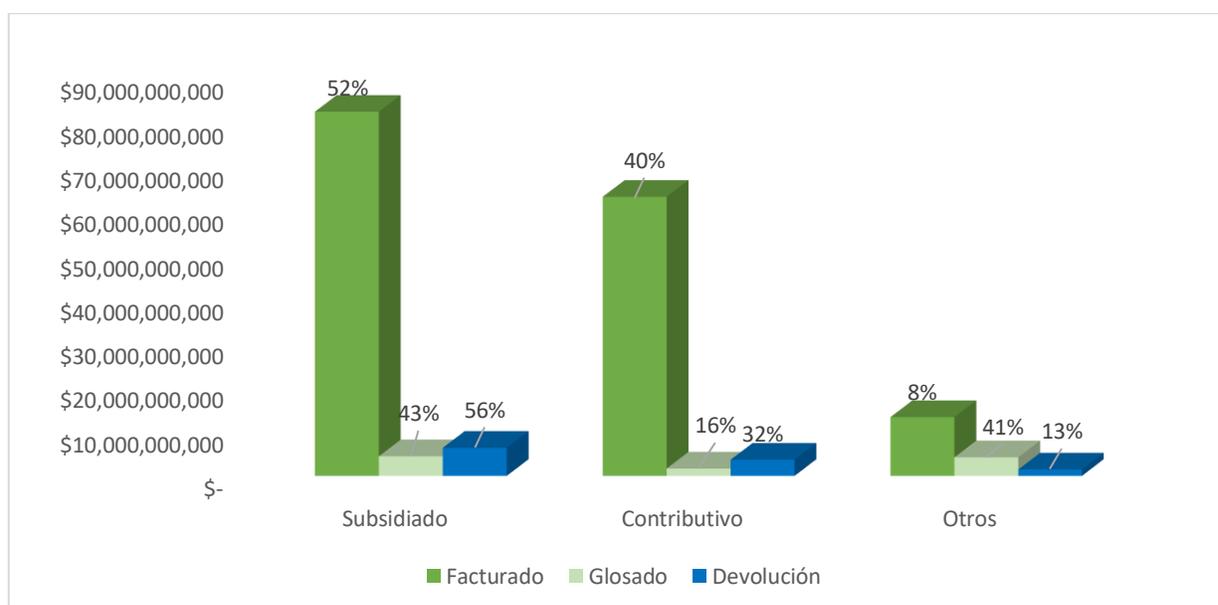
Durante el periodo estudiado, se evidencio que en el mes de enero, marzo y junio se presentó mayor valor glosado por la ERP frente a lo facturado por la institución.



**Gráfica 5. Relación del total facturado y devolución por mes en el Hospital Universitario San Vicente Fundación durante el primer semestre del 2019.**

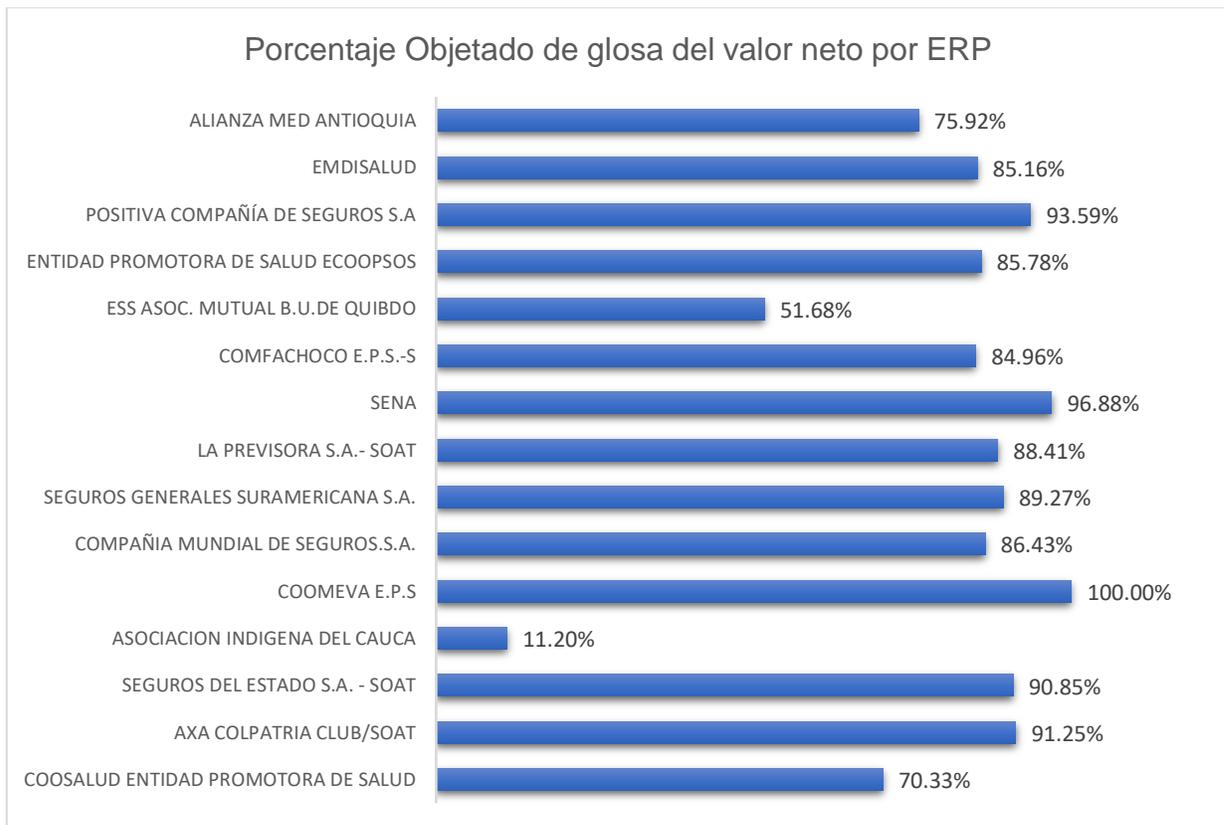
De acuerdo a la gráfica el mes donde más le realizaron devoluciones al hospital en el periodo de enero-junio del 2019 fue en el mes de junio con 23% por un valor total de dos mil quinientos sesenta y cinco millones seiscientos cincuenta y dos mil ciento nueve (\$2.565.652.109), seguido de marzo con un 22% y un valor dos mil cuatrocientos cuarenta y siete millones novecientos diecisiete mil novecientos noventa y tres (\$2.447.917.993).

Se puede apreciar que las devoluciones representan el mayor porcentaje con respecto a las glosas, con un total durante todo el semestre a evaluar de once mil trescientos setenta y un millones trescientos un mil ciento veintidós (\$11.371.301.122).



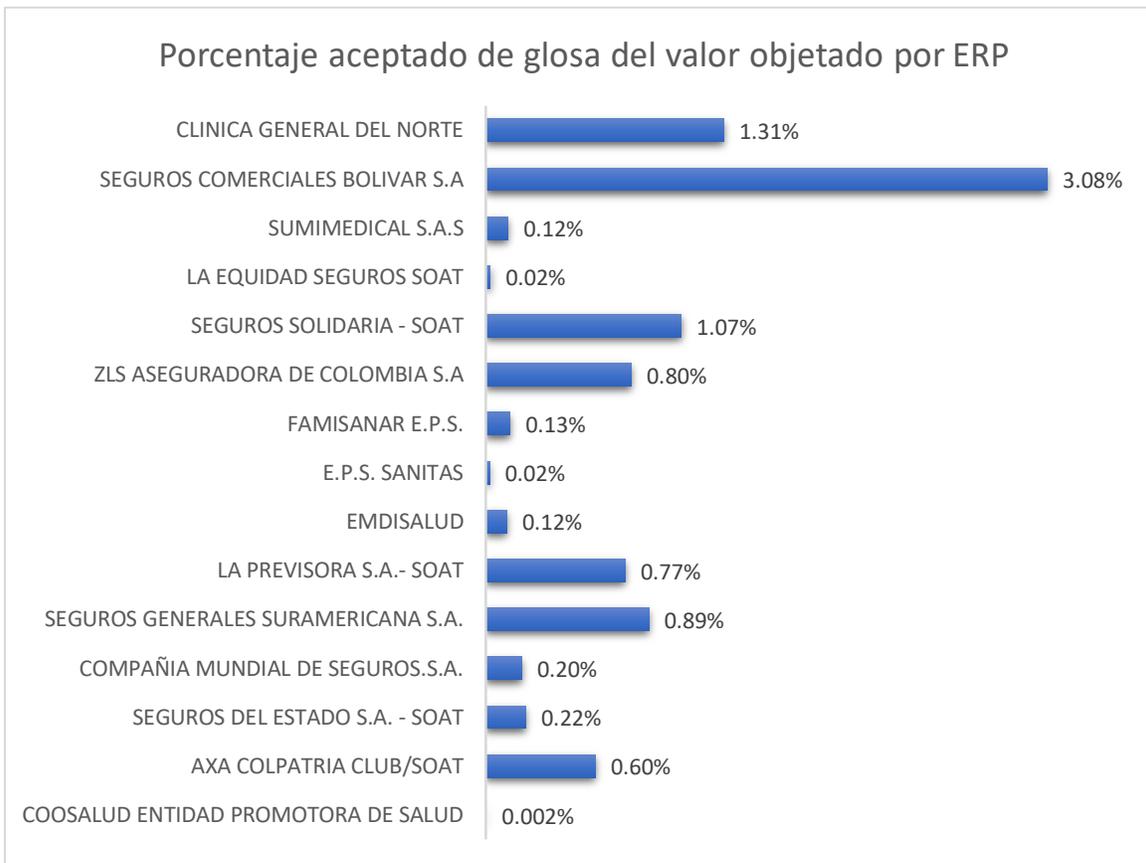
**Gráfica 6. Relación por Régimen entre lo facturado, glosado y devolución, en el Hospital Universitario San Vicente Fundación en el primer semestre de 2019.**

De acuerdo a la gráfica al régimen que más facturación de servicios se realizaron fue al subsidiado con un 52% del total facturado del primer semestre del 2019, así mismo fue el régimen que más glosas y devoluciones realizaron con un 43% y 56% respectivamente por un valor total de diez mil setecientos cinco millones setecientos catorce mil quinientos veintisiete (\$10.705714527).



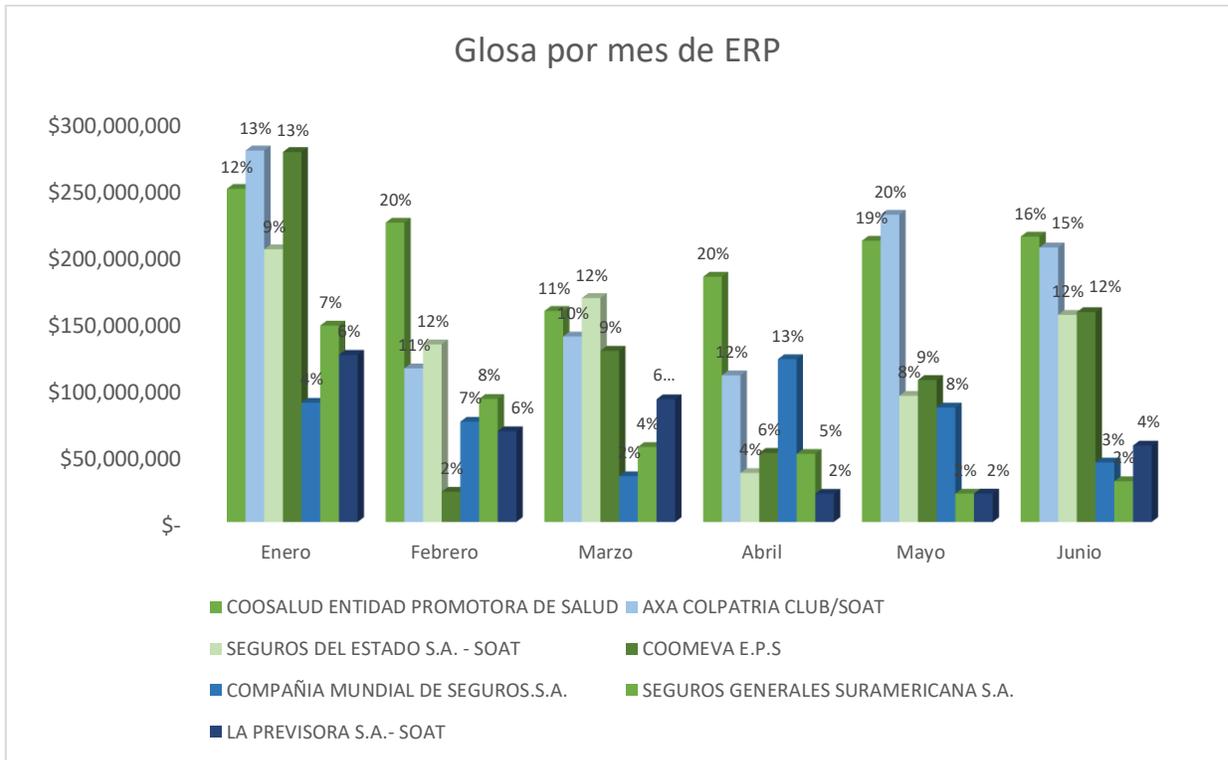
**Gráfica 7. Porcentaje objetado al valor neto de la factura por ERP en el HUSVF en el primer semestre del 2019.**

La grafica anterior nos muestra los porcentajes objetados por ERP con respecto a lo facturado en primer semestre del año en estudio, COOMEVA EPS es la de mayor porcentaje objetado, seguido con la ERP que cubre a las personas afiliadas al SENA, con un 96,88% y ECOOPSOS con un 85,78%, la que menos porcentaje objeto fue la asociación indígena del cauca con un 11,20%.



**Gráfica 8. Valor aceptado de la glosa por ERP en el HUSVF en el primer semestre del 2019.**

Con relación a lo aceptado por parte del HUSVF a las ERP en lo relacionado con lo glosado, seguros bolívar con 3,08% fue a la que más se le aceptó, seguido por clínica del norte con un 1,31% y a las que menos se les acepto con respecto a lo glosado fue a EPS Sanitas y a COOSALUD con un 0,02% respectivamente.

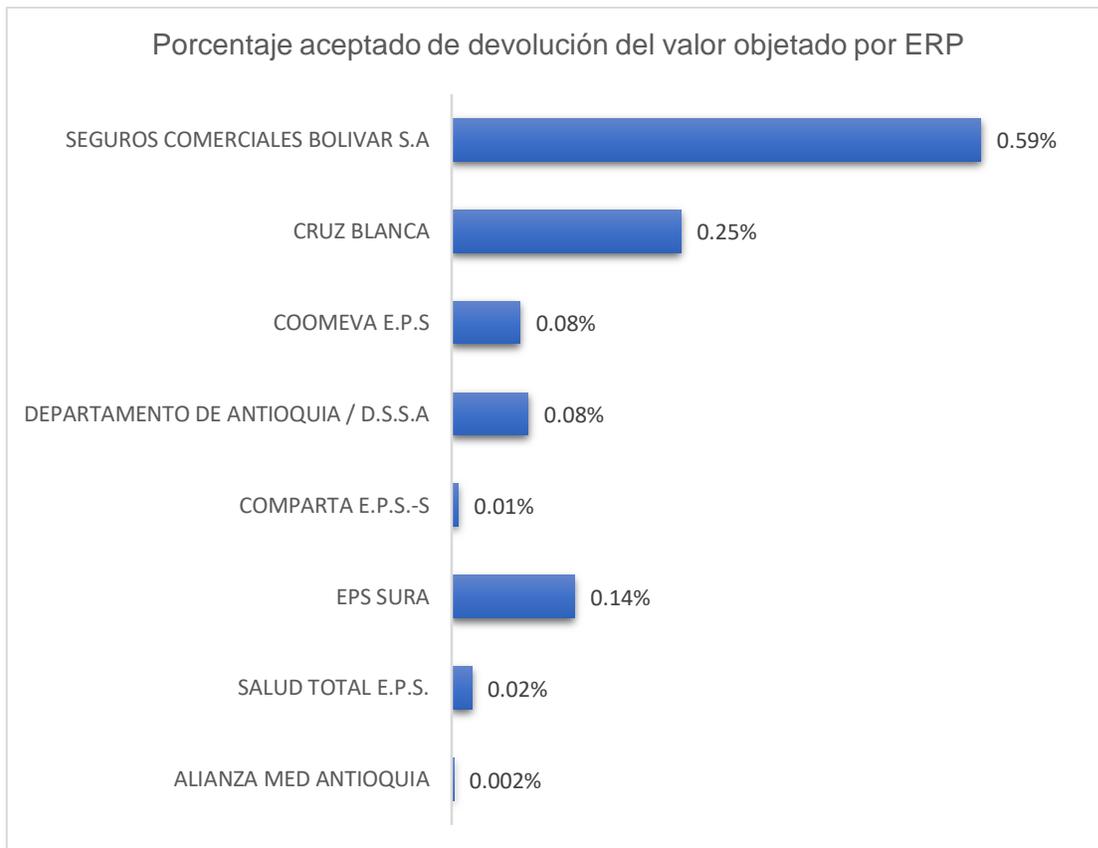


**Gráfica 9. Glosado por mes según ERP en el Hospital Universitario San Vicente Fundación durante el primer semestre de 2019.**

De acuerdo con la gráfica 9, el mes donde más glosas le realizaron a la institución por las ERP fue en el mes de enero con dos mil ciento cincuenta y tres millones ciento cuarenta y siete mil seiscientos veintiséis (\$ 2.153.147.626) y el mes donde se presentó una disminución de las glosas fue en abril novecientos treinta y ocho millones setecientos noventa y ocho mil quinientos nueve (\$ 938.798.509).

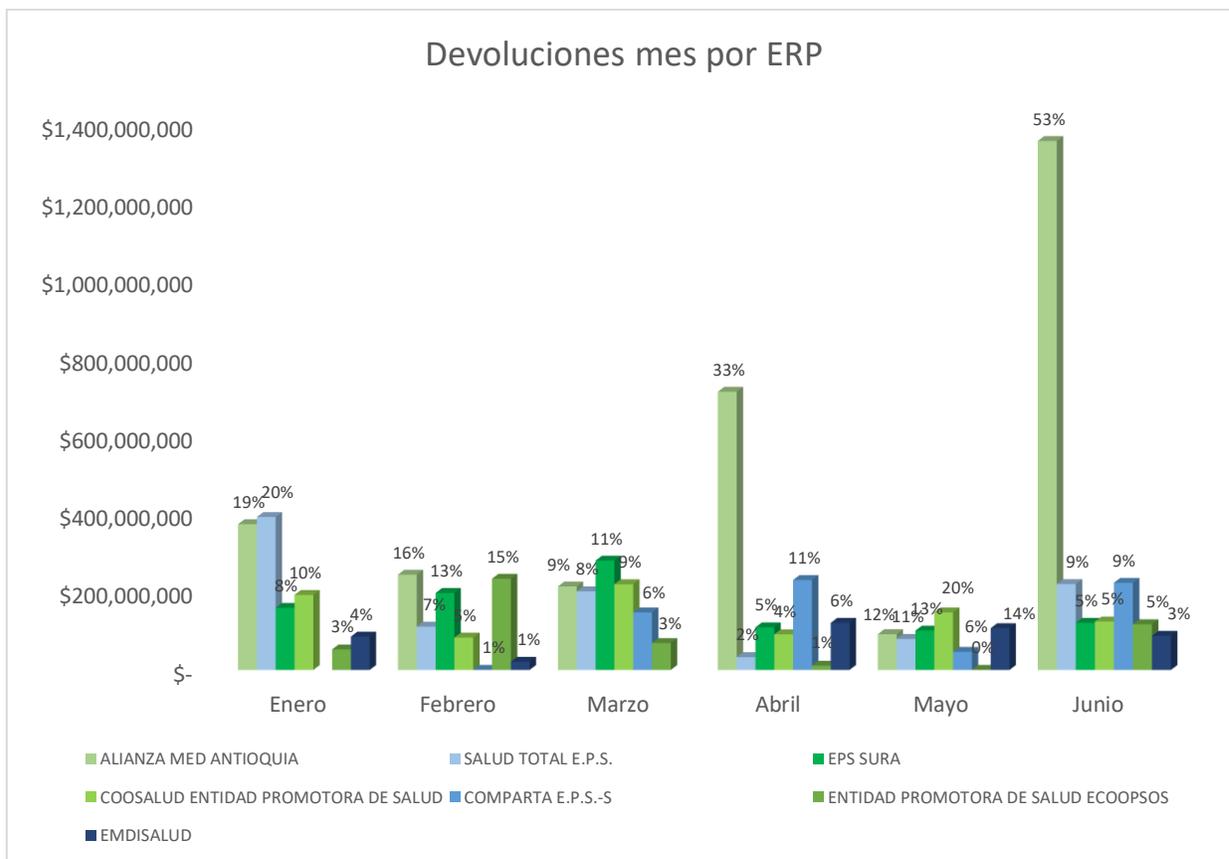
Además, las ERP, que más glosas realizó en el mes de enero fue COOMEVA EPS y Axa Colpatria SOAT con un 13% respectivamente del total de glosas, lo que equivale a doscientos setenta y seis millones cincuenta y cinco mil cincuenta y tres (\$ 276.055.053) por parte de COOMEVA y doscientos setenta y siete millones ciento sesenta mil quinientos (\$ 277.160.500) a Colpatria.

Cabe resaltar que el valor de las glosas por cada mes del primer periodo del año 2019 no corresponde solo a las glosas presentadas durante este periodo, ya que por los procesos de respuesta y conciliaciones se presentaban glosas de meses anteriores.



**Gráfica 10. Valor aceptado de las devoluciones por ERP en el HUSVF en el primer semestre del 2019.**

Con relación a lo aceptado por parte del HUSVF a las ERP en lo relacionado con las devoluciones, seguros comerciales bolívar con un 0,59% vuelve hacer la que más se le aceptó, seguido esta vez por cruz blanca EPS con un 0,25% y a las que menos se les acepto con respecto a las devoluciones fue a Alianza Medellín Antioquia con un 0,02% y a Comparta EPSs con un 0,01%.



**Gráfica 11. Devoluciones por mes según ERP en el Hospital Universitario San Vicente Fundación durante el primer semestre de 2019.**

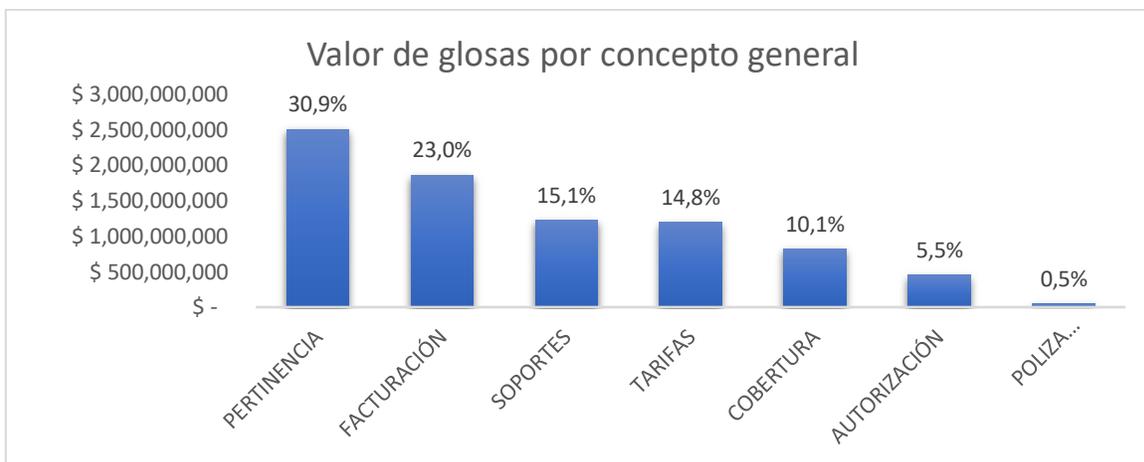
Junio fue el mes en que más se realizaron devoluciones y la ERP que realizó más devoluciones en el mismo mes fue Alianza Medellín Antioquia con un 53% con un total de mil trescientos cincuenta y seis millones doscientos ochenta y un mil cuatrocientos veinticuatro (\$1.356.281.424) y en el mes que menos devoluciones realizaron fue en marzo con un 9%, con un valor de doscientos doce millones cuatrocientos noventa y tres mil quinientos treinta (\$212.493.530), así mismo unas de las Entidades que menos devoluciones realizó en este mismo mes fue ECOOPOS con un 3% con un total de sesenta y cuatro millones ciento cuarenta y dos mil ciento ochenta y dos (\$ 64.142.182 ).

El Anexo técnico 6 de la resolución 3047 de 2008, define el manual único de glosas, respuestas y devoluciones, con el objetivo de estandarizar su denominación, codificación y aplicación.

En las siguientes graficas se observa el número y el valor de glosas por concepto general, clasificado del 1 al 6 según la norma, que son: Facturación, tarifas, soportes, autorización, cobertura y pertinencia, además se tienen en cuenta el código 7 que a pesar de no aparece en el anexo, es utilizado para las glosas relacionadas con pólizas de accidente de tránsito.



**Gráfica 12. Total de número de glosas por concepto general en el HUSVF durante el primer semestre del año 2019.**



**Gráfica 13. Total del valor de glosas por concepto general en el HUSVF durante el primer semestre del año 2019.**

El HUSVF entre los meses de enero a junio del 2019, recibió 102.238 por valor de \$ 8.081.394.542 y se encontró que de acuerdo a la clasificación por concepto general, el mayor número de glosas corresponden a Pertinencia con un total de 27.885 (27,3%) y por un valor de \$ 2.498.428.362, que equivale al 30.9% del valor total glosado, después de este se encuentran las glosas por Facturación con un total de 25.648 (24,8%) y por un valor de \$ 1.857.542.497 que representa el 23% del valor glosado.

Por otro lado, se puede identificar que las glosas por concepto de Tarifas se ubican en el tercer lugar con respecto al número de glosas con 18.420 (18%), sin embargo, este ocupa el cuarto lugar en cuanto al valor glosado con \$ 1.193.015.229 que corresponde al 14,8%, siendo superado en cuantía por las glosas relacionadas con los Soportes con valor de \$ 1.224.109.287 equivalente al 15.1% y con un número de glosas menor con 14.190 (13.9%).

Las glosas por pólizas de accidente de tránsito cuentan con el menor porcentaje tanto en el número de glosas (610) como en el valor glosado (\$ 42.729.956), con un 0,6% y 0,5% respectivamente.

A partir de estos conceptos generales, en el siguiente cuadro se observan los diez principales conceptos específicos de motivos de glosa de un total de cuarenta y dos, clasificados por cantidad, valor y porcentaje y que corresponden al 88,77%.

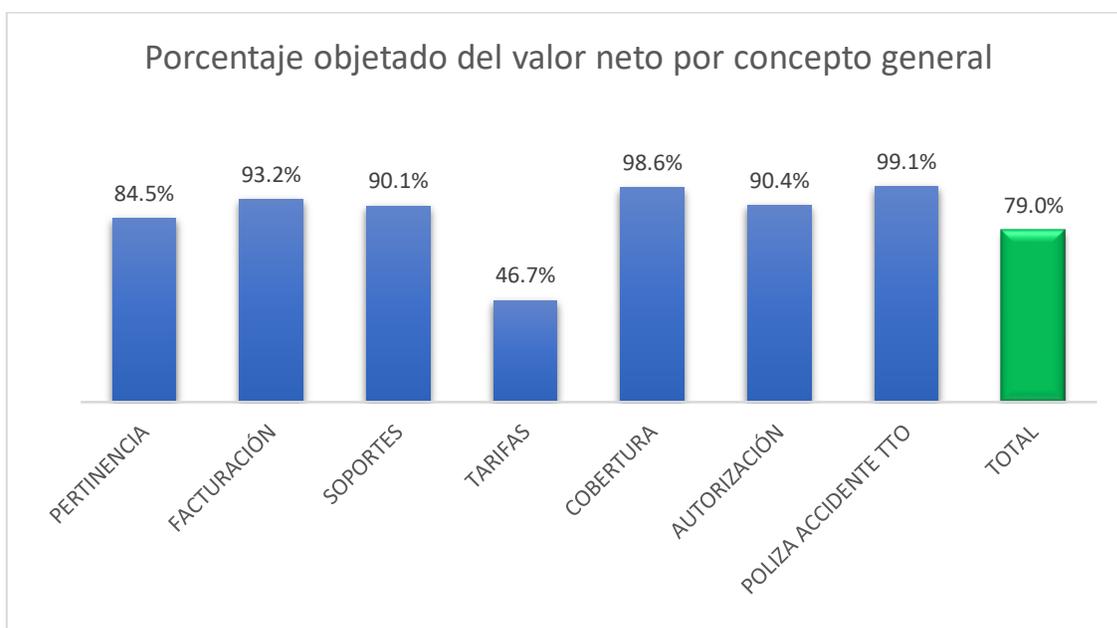
**Tabla 5. Principales motivos de glosas por concepto específico.**

Concepto específico	Cantidad	Valor Objetado	Porcentaje
<b>Proced/actividad diferente a lo autorizado</b>	21635	\$ 1.768.387.028	21,16%
<b>Estancia</b>	15295	\$ 1.198.683.947	14,96%
<b>Ayudas diagnósticas</b>	14045	\$ 1.211.464.410	13,74%
<b>Error en descuento pactado</b>	11826	\$ 917.307.973	11,57%
<b>Medicamentos</b>	9152	\$ 675.439.629	8,95%
<b>Materiales</b>	6172	\$ 506.084.196	6,04%
<b>Copia de historia clínica incompleta</b>	4502	\$ 356.554.081	4,40%
<b>Usuario o serv. Corresp a otro plan o responsable</b>	4343	\$ 267.702.257	4,25%
<b>Consultas, interconsultas y visitas médicas</b>	2086	\$ 105.273.190	2,04%
<b>Formato acc.de tránsito y enf.profesional atep</b>	1696	\$ 117.034.960	1,66%
<b>Total general</b>	90752	\$ 7.123.931.671	88,77%

Fuente: Departamento de auditoría y facturación HUSVF

Los principales motivos específicos de glosa son que el procedimiento o actividad es diferente a lo autorizado con un total de 21.635 glosas por valor de 1.768.387.028 que equivale al 21.16%, seguido por la estancia con 15,295 glosas por valor de 1.198.683.947 que es el 14,96% y las ayudas diagnosticas con 14.045 glosas por valor de 1.211.464.410 que representa el 13.74%.

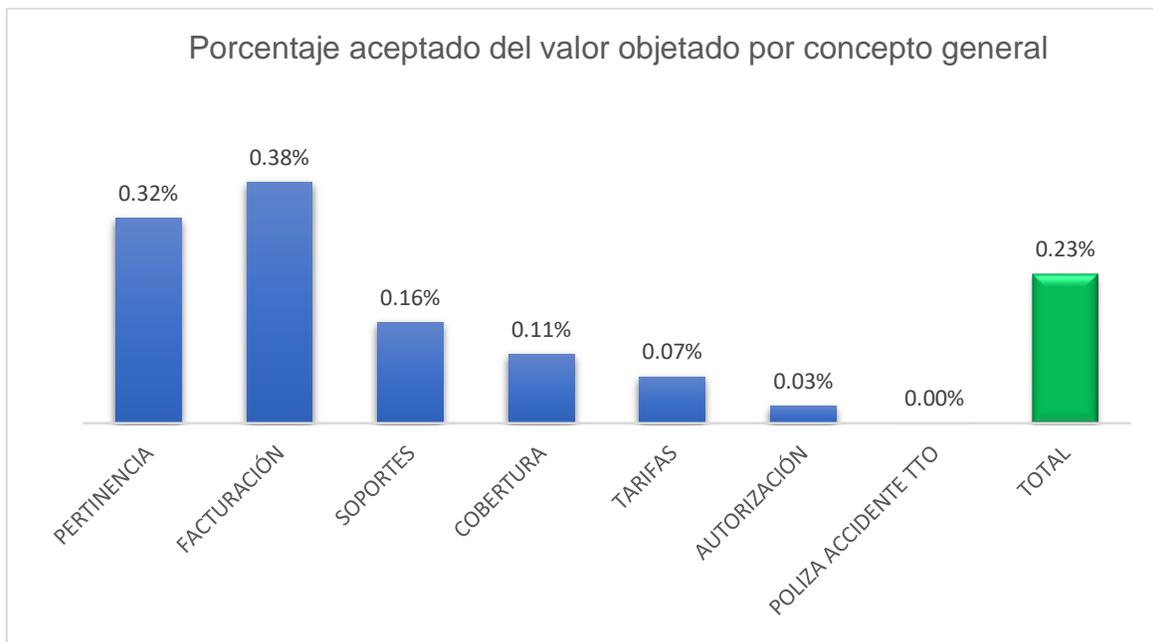
El HUSVF recibió glosas por un valor total de \$ 8.081.394.542 el cual corresponde al 79% del valor neto de las facturas, que fue de \$ 10.227.234.406, en la siguiente grafica se observan los porcentajes objetados del valor neto clasificado por concepto general y se evidencia que a pesar de que las glosas por pólizas de accidente de tránsito son menores en cantidad y cuantía, tiene un porcentaje de objeción de 99,1% es decir que casi la totalidad de las facturas fue glosado, seguido por las glosas por cobertura con un 98.6%, por facturación con un 93,2% y autorización con un 90,4%, además las facturas que tienen un menor porcentaje de objeción son que tienen glosas por tarifas con un 46,7%.



**Gráfica 14. Valor objetado por concepto general en el HUSVF durante el primer semestre de 2019.**

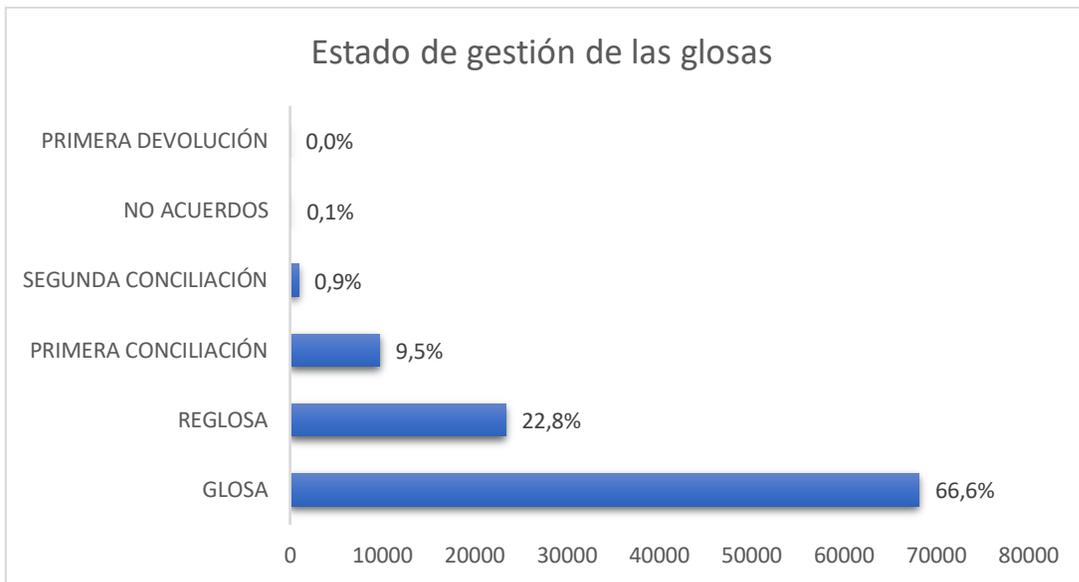
A pesar de tener un porcentaje de glosa cercano al 80%, el HUSVF en respuesta a estas glosas presenta un porcentaje de aceptación de solo el 0,23%, como se observa en la siguiente gráfica, lo que equivale a 18.906.453, es de resaltar que a pesar de que las glosas por accidente de tránsito tienen el mayor porcentaje de objeción, el hospital no acepta ningún porcentaje de este valor, también se puede

ver que los valores que más acepta son atribuibles a las glosas por facturación (0.38%) y pertinencia (0,3%) a un que estos no llegan ni al 1%.



**Gráfica 15. Valor aceptado por concepto general en el HUSVF durante el primer semestre de 2019.**

En contraste con estos porcentajes de objeción y aceptación, también se deben tener en cuenta los procesos de gestión y respuesta, por ello en las gráficas de estado de gestión de glosas y respuesta a glosas se observa cómo se encuentra la administración y la contestación del hospital a las no conformidades presentadas por las ERP.



**Gráfica 16. Estado de gestión de las glosas en el HUSVF durante el primer semestre de 2019.**



**Gráfica 17. Estado respuesta de las glosas en el HUSVF durante el primer semestre de 2019.**

En las gráficas 16 y 17, se observa que el 66% de las glosas presentadas al Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín en el primer semestre del 2019 equivalente a 68.309 no fueron respondidas y por lo tanto no tienen ninguna gestión, además se presentaron 29.119 glosas subsanadas (No aceptadas) por parte del hospital que representaron el 28.5% y estas se pueden relacionar con las reglosas recibidas que fueron 23.342 (22,8%), mostrando que las ERP no estuvieron

conformes con esa respuesta. esto indica que hace falta gestión en el proceso de respuesta, lo que se ve reflejado en la falta de recuperación de los recursos.

También se puede observar que el hospital tuvo una aceptación total y parcial del 0,6% con un total de 549 glosas no subsanadas y subsanadas parcial.

Por otro lado, las devoluciones como concepto general del anexo técnico 6 corresponden al código 8 y en ella se pueden presentar algunos conceptos específicos de los motivos de devolución, por ello en la siguiente tabla se observan las causas de devolución de las facturas presentadas durante el primer semestre del 2019 por el HUSVF, con la cantidad de facturas devueltas, el valor objetado y el porcentaje.

**Tabla 6. Principales motivos de devoluciones por concepto específico.**

Concepto Específico	Cantidad	Valor Objetado	Porcentaje
<b>Autorización no corresp.al prest.de serv.de salud</b>	42744	\$ 2.471.090.776	24,30%
<b>Factura no cumple requisitos legales</b>	41500	\$ 2.849.989.586	23,60%
<b>Usuario o serv. Corresp. A otro plan o responsable</b>	33008	\$ 2.163.870.344	18,80%
<b>Faltan soprte justif.p/recobros (ctc, atep, tutelas)</b>	21241	\$ 1.711.087.080	12,10%
<b>Res.egreso/epicrisis, hoja atención urg u odontog</b>	20741	\$ 1.225.622.680	11,80%
<b>Medio magnético del reg.de trazabilidad de factura</b>	13493	\$ 713.916.076	7,70%
<b>Usuario retirado o moroso</b>	1781	\$ 79.605.535	1,00%
<b>Factura ya cancelada</b>	1203	\$ 153.302.413	0,70%
<b>Informe de atención inicial de urgencias</b>	3	\$ 2.816.632	0,00%
<b>Total general</b>	175714	\$ 11.371.301.122	100%

Fuente: Departamento de auditoria y facturación HUSVF

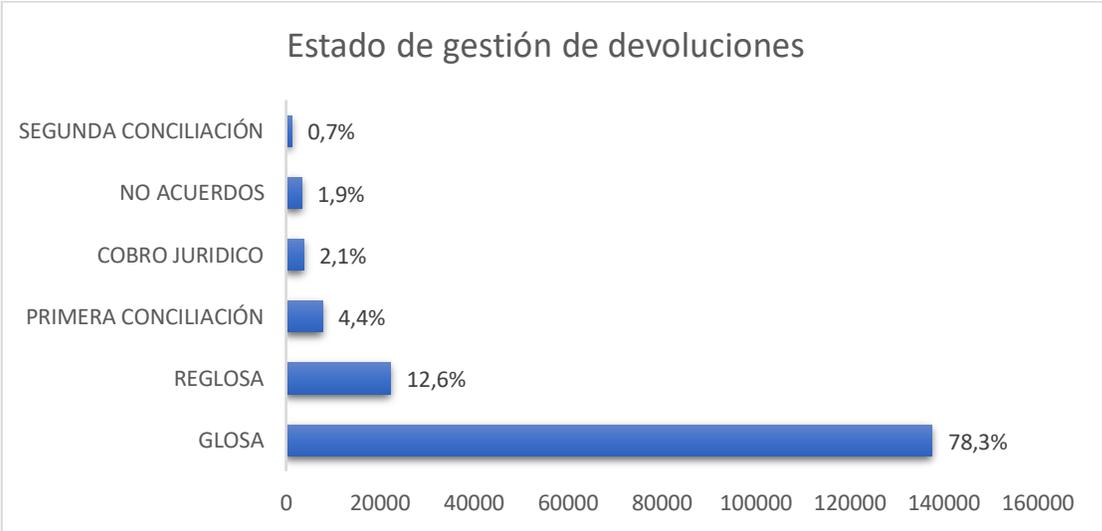
Como se evidencia en la tabla, los principales motivos por los cuales se devolvieron las facturas al hospital fueron que la Autorización no corresponde al prestador de servicios de salud con un total de 42.744 devoluciones por valor de \$ 2.471.090.776, lo que equivale al 24,3%, seguido de Factura no cumple con los requisitos legales con un total de 41.500 facturas devueltas por valor de \$ 2.849.989.586 que representa el 23,6%, y que el usuario o servicio corresponde a otra plan o responsable con 33.008 devoluciones por valor de 2.163.870.344.

En cuanto a las devoluciones, el HUSVF recibió en el primer semestre del 2019 un total de 175.714 facturas devueltas por valor de \$ 11.371.301.122, lo cual como se observa en la siguiente grafica equivale al 99,92% del valor neto que fue de \$ 11.380.606.653, sin embargo, el hospital solo aceptó del valor objetado el 0,02% correspondiente a \$ 2.576.494.



**Gráfica 18.** Porcentaje objetado y aceptado en el HUSVF durante el primer semestre de 2019.

No obstante, cabe resaltar que en el estado de gestión de las devoluciones el 78,3% se encuentra como glosa, es decir sin respuesta o gestión, como se observa en la siguiente grafica.



**Gráfica 19.** Estado de gestión de las devoluciones en el HUSVF durante el primer semestre de 2019.



**Gráfica 20. Estado respuesta de las devoluciones en el HUSVF durante el primer semestre de 2019.**

En la gráfica 19 se observa que 137.509 devoluciones no fueron respondidas en los tiempos previstos en la ley, circunstancia que afecta la correcta gestión de estas no conformidades, por lo que solo el 21,7% de las facturas devueltas fue atendida. Estos datos concuerdan con la gráfica 20, de la respuesta a las devoluciones, donde se puede observar que el 78,4% equivalente a 137.720 glosas no tuvieron respuesta por parte del hospital. Además, se tuvo una no aceptación de devoluciones del 19,9% con 34.919 y una aceptación total y parcial del 0,2% con 399.

## 6. Recomendaciones

En la siguiente tabla se pueden observar los indicadores recomendados para el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín, los cuales pueden ayudar a tener una mejor visión en el área de glosas, debido a la importancia que los mismos tienen para evaluar y mejorar la gestión del proceso con el fin de responder y conciliar oportunamente las glosas y devoluciones.

Tabla 7. Indicadores

Indicador	Descripción	Formula	Unidad de medida
Porcentaje de glosa efectiva	Mide la efectividad de la respuesta dada por la IPS, frente a la glosa generada por la Entidad Responsable del Pago (ERP)	Valor Total de glosas levantada por ERP en el periodo determinado / valor Total de glosas generadas por la ERP en el periodo evaluado	Proporción
Oportunidad de respuesta a glosa	Mide el tiempo transcurrido entre la generación de la glosa por la ERP hasta que se da la respuesta por parte de las IPS.	Sumatoria de los días transcurrida entre la generación de la glosa y la respuesta dada por la IPS / Total de glosas generadas por las ERP	Días
Porcentaje de glosas remitidas a conciliación	Mide el número de glosas que son llevadas a conciliación en consecuencia de la no aceptación por las dos partes	Valor total de glosas remitidas a conciliación / Valor total de las glosas respondidas en el mes	Proporción
Porcentaje de conciliación efectiva con la ERP	Mide el porcentaje de efectividad en el proceso de conciliación con las ERP	ERP con acta de conciliación firmada por las partes / Números de ERP para conciliar.	Proporción
Porcentaje de glosa aceptada en conciliación.	Mide el porcentaje de glosas aceptadas por parte de la IPS en el proceso de conciliación.	valor total de la glosa aceptada por las IPS en conciliación / valor total conciliado en el periodo	Proporción

**Porcentaje de glosa efectiva:** Este indicador mide la efectividad de la respuesta dada por la IPS, frente a la glosa generada por la ERP, es importante porque permite en las instituciones conocer la gestión realizada por el área de glosas, ya que de la respuesta que la IPS genere, las ERP levantan o ratifican la glosa afectando negativa o positivamente la recuperación de cartera.

Se recomienda la implementación de este indicador en la institución ya que se podrá conocer el valor total de la glosa levantada por la ERP, debido a la gestión realizada por el área encargada, al conocer este valor la IPS podrá saber qué valor fue recuperado y cual queda para un proceso de conciliación.

Es fundamental que el hospital establezca una meta de levantamiento de las glosas generadas por las ERP partiendo de un análisis histórico de los datos de este procedimiento de la institución.

**Oportunidad de respuesta a glosa:** Las respuestas a las glosas son dadas por las IPS frente a las glosas realizadas por las ERP por el cobro de los servicios prestados. Este indicador mide el tiempo que transcurre entre la generación de la glosa y la respuesta y se calcula mensualmente, mostrando la eficiencia que tiene la institución para responder dichas glosas en los tiempos establecidos por norma, ya que al no cumplir estos se verán afectados en el cobro oportuno de los recursos para el buen funcionamiento y el cumplimiento de las metas.

Se recomienda a la institución contar con una base de datos, que tenga buena calidad del dato, que presente una estructura clara, organizada y entendible, donde se pueda evidenciar la trazabilidad de la factura desde el momento que reciben la glosa hasta que esta es subsanada en su totalidad, ya que los datos proporcionados por el hospital no presentan un orden, ni son claros al momento de analizar dicha información, esto puede ayudar a la eficiencia de las respuestas y de los tiempos de respuestas frente a la glosa.

**Porcentaje de glosas remitidas a conciliación:** Este indicador mide el número de glosas que se remiten a conciliación por falta de acuerdo entre la IPS y la ERP, debido a que se agotan todos los tiempos de respuesta entre ambos lados y solo queda la vía de la conciliación; Es importante que se tenga en cuenta este dato, ya que cuando este proceso se da de manera oportuna, posibilita que los procesos conciliatorios se gestionen constantemente con las entidades responsables de pago y se recuperen dineros que se estancan por encontrarse en un estado de glosas ratificadas, además permite conocer el porcentaje de estas y facilita que el área focalice su trabajo para una mejor eficiencia.

Con la implementación de este indicador se recomienda evaluar las glosas que son reiterativas en la institución y solicitar la conciliación de manera oportuna, para evitar

detrimiento de recursos que no ingresan a la institución por dejar las conciliaciones en tiempos muertos.

**Porcentaje de conciliación efectiva con la ERP:** Mide la efectividad que tiene el proceso de conciliación para la recuperación de los recursos. Siendo importante para evaluar la gestión realizada por las personas encargadas, la conciliación efectiva permite que el proceso no se extienda hasta otras instancias.

Se recomienda al hospital implementar este indicador en el proceso, debido a que la evaluación de la efectividad de la conciliación permitirá a la institución reconocer que técnicas o metodologías usar en dichos casos, también identificar las falencias contractuales y del personal que llevan a la mala gestión del proceso, además ayudará a la mejora continua y disminución de reprocesos.

Es conveniente que el porcentaje de este indicador sea alto, porque evidencia la competencia del hospital para recuperar los ingresos y las capacidades del personal encargado de esta labor.

**Porcentaje de glosa aceptada en conciliación:** Mide el porcentaje de glosas aceptadas por parte de la IPS en el proceso de conciliación, en esta instancia la institución asume la responsabilidad del pago de los recursos objetados por los servicios prestados a la ERP, ya sea porque se cometieron errores durante el proceso o por falta de pertinencia en el tratamiento, por cobros injustificados, por falta de soportes que acrediten procedimientos cobrados, por cobros no pactados en el contratos, por falta de autorización de la ERP, entre otros.

Se recomienda realizar seguimiento mensual a las glosas generadas por la ERP y así poder proponer y ejecutar un plan de mejoramiento inmediato en el proceso y así se evitan glosas por la misma causa.

De acuerdo con el comité que tenga establecido la institución, como comité financiero, comité de glosas o comité de cuentas médicas, se deben evaluar mensualmente cada uno de estos indicadores, para que se tomen los correctivos pertinentes y se haga la socialización correspondiente con todo el personal.

## 7. Conclusiones

Las glosas afectan directamente el margen de utilidad de una institución prestadora de servicios de salud, por lo cual es de vital importancia que este proceso sea bien gestionado y evaluado, en el que la información que se maneja sea clara, concisa, bien estructurada, confiable y veraz, por tal motivo se considera que el Hospital San Vicente Fundación de Medellín, a pesar de ser una institución de un alto nivel de complejidad requiere una mejor organización en el proceso de facturación, instaurando planes de mejoramiento continuo; debido a que la información suministrada por el área para el desarrollo de este proyecto no fue suficientemente clara para el análisis de los datos, además no se pudo evidenciar la trazabilidad de la factura o no era entendible, lo que ocasionó limitantes en el desarrollo de los objetivos planteados y tabla de variables establecida para el procesamiento de datos.

Implementar, desarrollar y evaluar un programa de capacitación en gestión de glosas al personal del área de facturación, y personal involucrado en la prestación de los servicios; permite disminuir el riesgo de errores administrativos, en el diligenciamiento de la base de datos, de las facturas, en la presentación de soportes, entre otros, en todo el proceso de facturación y a su vez realizar socialización de las principales causas de glosas por servicios, permitirá que en el Hospital Universitario San Vicente Fundación haya una mejora continua en la prestación de los servicios y se impacte en la disminución de glosas, lo cual puede mejorar los ingresos operacionales

## **8. Consideraciones éticas**

Basándonos en la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la cual en su artículo 11 establece las categorías de riesgo, determinamos que esta investigación se clasifica en la categoría sin riesgo, donde se emplearán técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, que será la revisión documental de información con respecto a las glosas consignada en la base de datos del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín y además no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en seres humanos

Por tratarse de un trabajo con fines académicos pero que requiere acceso a información importante para el Hospital y que no está disponible para el público, el presente estudio se ajusta al principio de confidencialidad definido en la declaración de Helsinki, que es necesario cuando se van a estudiar datos de uso exclusivo de la institución, por ello se realizará la solicitud de acceso a esta información a las directivas del hospital y se firmará un acta de compromiso donde se consigna que cumpliremos con el respeto a la confidencialidad. (Ver Anexo 1).

## 9. Referencias bibliográficas

1. Oviedo Salcedo, I, Leuro Martínez, M. Facturación y auditoría de cuentas en salud. 4ta ed. Bogotá: ECOE Ediciones; 2010.
2. Sánchez Román Santiago, Salazar Zuluaga Lina. Diseño de una propuesta de mejoramiento al proceso de facturación y gestión de glosas en el instituto cardiovascular y de estudios especiales las vegas (INCARE S.A). [Trabajo de grado para optar el título de profesional en administración en salud con énfasis en servicios de salud]. Medellín: Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez"; 2012.
3. Madero Jaramillo, C. Facturación y cartera: uno de los procesos críticos en las IPS. Vía Salud. Gestión calidad y logros. 2006; (38):30-32.
4. Asociación colombiana de hospitales y clínicas. 39° Informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a diciembre 31 de 2017. [Internet]. [consultado: 24 FEB 2019]: Disponible en: <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/08/ULTIMO-INFORME-CARTERA-A-DICIEMBRE-DE-2017-con-y-sin-deterioros-6-07-20....pdf>
5. López Mendoza a, gallego Orozco, a; pinzón castaño I; Betancur pulgarin c; Eusse j. caracterización glosas, hospitalización clínica central del Quindío, segundo semestre 2016 [internet]. [Consultado: 16 FEB 2019]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/323666211\\_CHARACTERIZACION\\_GLOSAS\\_HOSPITALIZACION\\_CLINICA\\_CENTRAL\\_DEL\\_QUINDIO\\_SEGUNDO\\_SEMESTRE\\_2016\\_AUTORES](https://www.researchgate.net/publication/323666211_CHARACTERIZACION_GLOSAS_HOSPITALIZACION_CLINICA_CENTRAL_DEL_QUINDIO_SEGUNDO_SEMESTRE_2016_AUTORES)
6. Cano Molina, Tatiana, Monsalve Muñoz, carolina. comportamiento de las glosas en una IPS de II nivel de la ciudad durante el periodo de enero a diciembre de 2011 y realización de una propuesta para el manejo de la historia clínica como herramienta eficaz para el control de las mismas (monografía para optar al título de: especialista en auditoría en salud) [internet]. Medellín: universidad ces facultad de medicina división de posgrados en salud pública; 2013. [Consultado: 02 MAR 2019]. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1643/2/Comportamiento\\_glosas\\_ips.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1643/2/Comportamiento_glosas_ips.pdf)
7. Cadavid Zuluaga, Viviana, Londoño Vanegas, Sandra, Marín Orozco, Denis, Peña Marulanda Sindy. análisis de las causas de glosas en la especialidad de ortopedia en la ese hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia en el año 2014 (trabajo de tesis para optar al título de especialista en auditoría en salud)[internet]. Medellín: universidad ces facultad de medicina salud pública postgrado en auditoría en salud; 2016. [Consultado: 02 MAR 2019]. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/bitstream/10946/609/1/Analisis\\_Causas\\_Glosas\\_Ortopedia.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/bitstream/10946/609/1/Analisis_Causas_Glosas_Ortopedia.pdf)
8. Arango Rodríguez, Cristina, Zapata Cano Astrid. Evaluación del comportamiento de las glosas y devoluciones generadas en la E.S.E Hospital la María en el año 2016. (Trabajo de grado para optar al título de: Especialista en Auditoría en

- Salud). Medellín: Medellín: Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez; 2017.
9. Hospital Universitario Sanvicente Fundación [Consultado: 15 FEB 2019]. Disponible en: <https://hospitaluniversitario.sanvicentefundacion.com>
  10. Moreno Madrid David, Ramírez Agudelo Vadín. Los Agentes Del Sector De La Salud En Colombia Y Su Responsabilidad En La Sostenibilidad Financiera [internet]. [Trabajo de tesis para optar por el título de Máster en Administración]. Medellín: Universidad EAFIT Escuela De Administración Maestría En Administración; 2017. [Consultado: 14 FEB 2019]. Disponible en: [https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/11792/MorenoMadrid\\_David\\_RamirezAgudelo\\_VadinAngel\\_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/11792/MorenoMadrid_David_RamirezAgudelo_VadinAngel_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
  11. Prada Ríos Sergio, Pérez Castaño Ana, Rivera Triviño Andrés. Clasificación de instituciones prestadoras de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: el caso de Colombia. Rev Gerenc Polít Salud. 2017; 16 (32): 51-65. [Consultado: 14 FEB 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00051.pdf>
  12. Soto García Laura, Palencia Olascuagas Maribel. Diseño de una empresa de asesorías en auditoría de cuentas, recuperación de cartera y celebración de contratos en instituciones del sector Salud. (Trabajo de grado para optar al título de Profesional en Administración de Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud). Medellín: Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez; 2016.
  13. Ministerio de Salud Y protección Social. Calidad en Salud en Colombia los principios. [Consultado: 14 FEB 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
  14. Colombia. Ministerio De Protección Social. Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009 Anexo Técnico No. 6 Manual Único De Glosas, Devoluciones Y Respuestas Unificación [internet]. Bogotá: El Ministerio [ FEB 18 2009]. [Consultado: 15 FEB 2019]. Disponible en :<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20tecnico%20No.%20%206%20Res%203047-08%20y%20416-09.pdf>
  15. Min de Protección Social. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas [internet]. [Consultado: 15 FEB 2019]. Disponible en :[www.aesa.org.co/legislacion/?upf=dl&id=6197](http://www.aesa.org.co/legislacion/?upf=dl&id=6197)
  16. Colombia. Ministerio de salud. Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema general de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [internet]. Diario Oficial No. 41.148 [23 de diciembre de 1993]. [Consultado: 14 FEB 2019]. Disponible en:[https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100\\_93.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf)
  17. Colombia. Congreso de Colombia. LEY 80 DE 1993 [octubre 28] por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública

- [internet]. [Consultado: 14 FEB 2019]. Disponible en: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85593\\_archivo\\_pdf4.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85593_archivo_pdf4.pdf)
18. Colombia. MIN Salud, Min Hacienda y Crédito Público. DECRETO 2423 DE 1996 Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones [internet]. Diario Oficial No. 42.961, [20 de enero de 1997]. [Consultado: 14 FEB 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-2423-de-1996.pdf>
  19. Colombia. Ministerio de salud. acuerdo número 209 de 1999 [28 de abril de 1999] por el cual se aprueba el “manual de tarifas”, para la compra y venta de servicios de salud. [Consultado: 14 FEB 2019]. Disponible en: <https://lexsaludcolombia.files.wordpress.com/2010/10/tarifas-iss-2000.pdf>
  20. Colombia. Min de salud Pública. RESOLUCIÓN 3374 DE 2000 Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados [internet]. Diario Oficial No 44.276, [30 de diciembre de 2000]. [Consultado: 14 FEB 2019]. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R3374000.pdf>
  21. Colombia. Ministerio de Salud. DECRETO 1281 DE 2002 Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación [internet]. Diario Oficial No. 44.840, [20 de junio de 2002]. [Consultado: 14 FEB 2019]. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D1281002.pdf>
  22. Colombia. Ministerio de salud. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [internet]. [09 de Enero de 2007]. [Consultado: 14 FEB 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
  23. Colombia. Min Protección Social. DECRETO NUMERO 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 [internet]. [Consultado: 14 FEB 2019]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>
  24. Colombia. Min Protección social. RESOLUCIÓN 3047 DE 2008 Diario Oficial No. 47.082 [15 de agosto de 2008]. [Consultado: 14 FEB 2019]. Disponible en: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R\\_MPS\\_3047\\_2008.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_3047_2008.pdf)

25. Colombia. Min Protección Social. LEY 1438 del 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 47.957 (ENE. 19 2011). [Consultado: 21 JUNIO 2020]. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html)
26. Mousalli – Kayat. G. Métodos y Diseños de Investigación Cuantitativa. 2015. [internet]. [Consultado: 14 FEB 2019] Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

## 10. Anexos

### Anexo 1: Acta de confidencialidad.

Medellín, \_\_\_\_\_ de 2019

#### Acta de Confidencialidad

Los estudiantes de administración en salud con énfasis en servicios de salud ,  
\_\_\_\_\_, identificado con C.C.  
\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, identificado con C.C.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ y  
\_\_\_\_\_ identificado con C.C.  
\_\_\_\_\_ de la Universidad de Antioquia- Facultad  
Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” y en calidad de investigadores del  
proyecto “Caracterización de las glosas presentadas a la facturación de los servicios  
de salud en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín, 2019”  
presentado como propuesta de trabajo de grado para optar al título administración  
en salud con énfasis en servicios de salud , manifestamos que:

- Entendemos que la **información confidencial** es toda aquella, ya sea técnica, financiera, comercial o de cualquier otro carácter que sea suministrada o revelada por cualquiera de las partes en el marco del acta de entendimiento en mención, por medios escritos, orales o de otra forma y relacionada con el proyecto.
- Nos comprometemos a tratar dicha información de manera estrictamente confidencial, tomando todas las medidas de seguridad y protección adecuadas que aseguren que no será conocida por terceros no autorizados, sólo a aquellas personas vinculadas al proyecto en calidad de investigadores o asesores de trabajo de grado y que tengan necesidad de conocerla para el desarrollo del proyecto.

- Los estudiantes sólo podrán divulgar la información recibida de parte del Hospital San Vicente Fundación, con la autorización por escrito, del director y/o académico responsable del Proyecto de Investigación dentro de la institución.
- La confidencialidad se mantendrá permanentemente desde la recepción de la información, hasta recibir la autorización por parte del hospital para la divulgación, y en caso de que el hospital no esté interesado en que el trabajo de grado a realizar lleve su nombre, la entrega del trabajo a la universidad, se hará ocultando la institución en la que se realizó, refiriéndose a este como un “Hospital de tercer nivel de Medellín”.

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre:  
Cargo:

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre:  
Estudiante

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre:  
Estudiante

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre:  
Estudiante

## Anexo 2: Carta de aprobación para ejecución del proyecto en el Hospital Universitario San Vicente Fundación.



Medellín, 21 de octubre 2019

Estudiantes  
**Wilson Álvarez Méndez**  
**Kelly Buelvas Oliveros**  
**Melissa Agudelo Hoyos**  
Investigadores  
Hospital

**Asunto:** Aprobación de proyecto de investigación “**Caracterización de las glosas presentadas a la facturación de los servicios de salud en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín, 2019**”

Cordial saludo.

La Dirección de Investigaciones y el Comité de Ética, después de realizar la evaluación de su propuesta, han decidido aprobarla para su ejecución en el Hospital Universitario San Vicente Fundación.

El primer producto visible de una investigación es su presentación a la sociedad y a la comunidad académica en particular. Por tanto, un compromiso mínimo que usted adquiere con esta aprobación es la escritura y publicación de al menos un artículo científico en una revista de circulación nacional o internacional, cuyo certificado de sometimiento u original debe hacer llegar a la Dirección de Investigaciones. **Dicha publicación, al igual que la presentación en congresos nacionales o internacionales, debe tener muy explícita la participación de nuestra institución y, en los casos en que amerite, la co-autoría de nuestros profesionales.** Para este fin, si lo considera de su interés, desde ahora le ofrecemos nuestra orientación acerca de la escritura del manuscrito (o el resumen para congreso), la selección de la revista y las diversas etapas para el sometimiento y la publicación.

Reciba una felicitación muy especial por la culminación de esta primera fase de su proyecto y le deseamos mucho éxitos en la etapa que comienza. Por favor no dude en contactarnos con cualquier inquietud o dificultad.



Atentamente,

  
**Fabián Alberto Jaimes Barragán MD. MSc. PhD**  
Director de Investigaciones  
Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul  
[direccioninvestigaciones@sanvicentefundacion.com](mailto:direccioninvestigaciones@sanvicentefundacion.com)

*CC: Dr. Leon Guillermo Arcila, Gerente Financiero  
Hospital Universitario, Bloque 1 Tel. 4441333 extensión 2237  
[Leon.arcila@sanvicentefundacion.com](mailto:Leon.arcila@sanvicentefundacion.com)*

Dirección de Investigaciones y Comité de Ética del Hospital San Vicente Fundación.