



**Gestión de glosas derivadas de atenciones odontológicas prestadas en un PSS
odontológica de la ciudad de Medellín, en el primer trimestre del año 2024**

**Management of dental care claims derived from dental care provided in a dental
PSS in the city of Medellin, in the first quarter of the year 2024**

Tatiana Cardona Rodríguez

Caren Milena Castañeda Álvarez

María Angelica Rojas Soto

Trabajo de grado presentado para optar al título de Especialista en Auditoría en Salud

Asesora

Ana Milena Rangel, Especialista (Esp) en Gerencia de proyectos

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez

Especialización en Auditoría en Salud

Medellín, Antioquia, Colombia

2024

Cita	Cardona Rodríguez et al. (1)
Referencia Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	(1) Cardona Rodríguez T, Castañeda Álvarez CM, Rojas Soto MA. Gestión de glosas derivadas de atenciones odontológicas prestadas en un PSS odontológica de la ciudad de Medellín, en el primer trimestre del año 2024 [Trabajo de grado especialización]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2024.



Especialización en Auditoría en Salud, Cohorte XX.



Seleccione biblioteca, CRAI o centro de documentación UdeA (A-Z)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexo

Contenido

Resumen	6
Introducción	8
1 Planteamiento del problema	9
3 Objetivos	12
3.1 Objetivo general	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 Hipótesis	13
5 Marco teórico	14
5.1 Marco conceptual	14
5.2 Marco normativo	19
6 Metodología	25
7 Resultados	26
8 Discusión	36
9 Conclusiones	40
10 Recomendaciones	42
Referencias	43
Anexos	48

Lista de tablas

Tabla 1. Promedio días de respuesta a glosa por ERP	37
--	----

Lista de figuras

Figura 1. Porcentaje glosas por ERP.	26
Figura 2. Valor glosado por ERP	27
Figura 3. Porcentaje de servicios facturados por entidad	28
Figura 4. Valor de los servicios facturados por entidad	29
Figura 5. Comparativo porcentaje de facturación vs. porcentaje de glosas	29
Figura 6. Cantidad de glosa por especialidad o servicio	31
Figura 7. Porcentaje de glosas por cada tipo de causal	32
Figura 8. Valor promedio por glosa para cada especialidad	34

Resumen

En Colombia el sistema de salud enfrenta desafíos financieros y de calidad. El proceso de auditoría es vital para garantizar transparencia y control, incluyendo la gestión de glosas. El trabajo se centra en documentar la gestión de glosas derivadas de procedimientos odontológicos en una entidad de Medellín, en el primer trimestre del año 2024. Se plantea clasificar las principales causas de glosas, diseñar una herramienta informática para la tabulación de datos y presentar recomendaciones basadas en hallazgos, apoyadas en dichas herramientas, se espera que su implementación mejore la eficiencia operativa del proceso. El marco teórico aborda la definición y tipos de glosas, junto con la normatividad vigente que regula este proceso en Colombia. Se detallan leyes, decretos y resoluciones relevantes incluyendo los cambios recientes que impactan en la gestión de glosas.

Entre los hallazgos significativos del estudio podemos encontrar que hay una alta incidencia de glosas por parte de entidades como Nueva EPS S.A. contribuyendo con casi la mitad de las glosas registradas, sugiriendo que otras aseguradoras (entre ellas Suramericana, Salud Total, Aseguradoras Ramo SOAT) manejan volumen más bajo de servicios o tienen procesos de facturación más rigurosos. Se observó una relación entre el volumen de glosas y el valor total facturado por cada ERP. Las causas más comunes de las glosas fueron las faltas de soportes y la pertinencia de los servicios facturados. Estos hallazgos proporcionan una comprensión más profunda de los factores que contribuyen a las glosas en la institución y demuestran la necesidad de implementar medidas correctivas para mejorar la eficiencia en los procesos de documentación y facturación.

Palabras clave: gestión de glosas, atención odontológica, Sistema de Salud Colombiano

Abstract

In Colombia, the health system faces financial and quality challenges. The audit process is vital to ensure transparency and control, including gloss management. This work is focused on documenting the management of dental procedure glosses in an entity in Medellin, in the first quarter of 2024. It is proposed to classify the main causes of glosses, design a computerized tool for data tabulation and present recommendations based on findings, supported by these tools, it is expected that their implementation will improve the operational efficiency of the process. The theoretical framework discusses the definition and types of glosses, together with the current regulations governing this process in Colombia. Relevant laws, decrees and resolutions are detailed, including recent changes that impact gloss management.

Among the significant findings of the study, we can find that there is a high incidence of glosses by entities such as Nueva EPS S.A. contributing with almost half of the recorded glosses, suggesting that other insurers (among them Suramericana, Salud Total, Aseguradoras Ramo SOAT) handle a lower volume of services or have more rigorous billing processes. A relationship was observed between the volume of glosses and the total value billed by each ERP. The most common causes of the glosses were lack of support and the relevance of the services billed. These findings provide a deeper understanding of the factors that contribute to the institution's accruals and demonstrate the need to implement corrective measures to improve efficiency in the documentation and billing processes.

Keywords: gloss management, dental care, Colombian Health System

Introducción

El sistema de salud es un pilar fundamental en cualquier sociedad, ya que incide directamente en la calidad de vida y el bienestar de sus ciudadanos. En Colombia, como en muchos otros países, el sistema de salud se enfrenta a desafíos complejos relacionados con la financiación, la calidad de la atención y la sostenibilidad.

En este contexto, las auditorías son esenciales para garantizar la transparencia, el control en los costos y el cumplimiento de las normativas en el sector salud, por lo cual es de vital importancia que sean llevadas a cabo de manera idónea. El estudio y la gestión de glosas hace parte del proceso de auditoría en salud y se ha convertido en una herramienta indispensable para el cuidado del recurso.

Según la Resolución 3047 de 2008, la glosa se define como:

Una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud; es identificada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral de la cuenta presentada, y requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud (1).

Para el presente estudio se evaluó el proceso de gestión de glosas en un PSS de odontología de la ciudad de Medellín, con el objetivo de examinar diferentes variables en este proceso y contribuir al prestador con recomendaciones prácticas que puedan fortalecer el mismo.

La entidad es una sociedad anónima que cuenta con varias sedes en la ciudad. Para el caso del estudio se analizó la sede ubicada en la comuna 14, en la cual se prestan servicios de blanqueamiento dental, implantes dentales, urgencias odontológicas 24 horas, limpieza dental, odontología estética, diseño de sonrisa, periodoncia, endodoncia, bichectomía, cirugía oral, odontopediatría, ortodoncia invisible, ortodoncia.

1 Planteamiento del problema

El Instituto Universitario de Tecnología Industrial, Rodolfo Loero Arismendi (2), indica que, la auditoría es el estudio de la información por una tercera persona distinta de quien la preparó y del usuario, con la intención de establecer su veracidad y dar a conocer los resultados. Dentro en la auditoría en salud se encuentra el proceso de gestión de glosas, el cual es fundamental para los Prestadores de Servicios de Salud -PSS- ya que una gestión inadecuada en este sentido puede llevarlos a pérdidas en el recaudo de dinero.

Gómez *et al.* (3), sostienen que, el rol y las funciones desempeñados por los auditores en salud en Colombia han estado enmarcados con la evolución de la normatividad y su ejercicio se ha dividido en tres grandes campos, como los son la auditoría de cuentas médicas, la auditoría de calidad y la auditoría concurrente. En el ejercicio de la auditoría de cuentas médicas, el auditor parte del conocimiento de las relaciones contractuales establecidas entre la empresa que realiza la auditoría y la empresa auditada teniendo en cuenta las condiciones pactadas para la prestación de los servicios, los regímenes de afiliación, los niveles de atención, los planes de beneficios, las características de la población asignada y la normatividad vigente. Posteriormente se realiza una evaluación sistemática y detallada del proceso de facturación de las cuentas resultantes de la prestación de los servicios de salud. Para este ejercicio el auditor tiene en cuenta los registros clínicos y la pertinencia técnico-científica, la concordancia de la información en los soportes y la completitud de los mismos.

Por otro lado, se encuentra el papel del auditor dentro de la auditoría de la calidad, este se centra en guiar y controlar los procesos al interior de las instituciones de salud con el principal objetivo de lograr el mejoramiento continuo y alcanzar así la calidad esperada. Por último, la auditoria concurrente realiza una evaluación sistemática, continua e integral de la calidad de la asistencia médica de manera presencial durante la ejecución de las atenciones médicas dentro de las instituciones que prestan el servicio de salud, lo que permite validar el uso racional y adecuado de los servicios, su prestación dentro de la cobertura dentro de la norma, la pertinencia

para los mismos según las guías y protocolos establecidos. Además, permite verificar la satisfacción del usuario y evaluar la calidad del diligenciamiento de la historia clínica.

En nuestro medio se dio potestad de revisión de cuentas a personal sin un conocimiento real de la facturación hospitalaria, de la contratación en salud, de los manuales tarifarios, de la normatividad relacionada con el financiamiento del sector y, por si fuera poco, con una mínima experiencia asistencial demostrada que conlleva a mayor generación de glosas.

La gestión de respuesta a glosas en atenciones odontológicas realizadas en un PSS odontológicos de la ciudad de Medellín, presenta desafíos que afectan la eficiencia y calidad del proceso, lo cual se traduce en pérdidas económicas.

Este problema se deriva de la complejidad del proceso de respuesta a glosas, que involucra la revisión minuciosa de los procedimientos odontológicos realizados, el análisis de los servicios prestados para determinar la correspondencia y pertinencia con los servicios facturados, la documentación adecuada de estos servicios, y la comunicación efectiva con las ERP.

Además, la ausencia de herramientas tecnológicas específicas, el no contar con un proceso estructurado para la gestión de glosas, y la capacitación insuficiente del personal administrativo y asistencial, generan aumento en tiempos de búsqueda de información relevante y dificultan el seguimiento efectivo de las glosas pendientes; contribuyendo en la no aceptación de respuesta a glosas por parte de las ERP debido a respuestas incorrectas, incompletas o inoportunas.

2 Justificación

El sistema de salud colombiano enfrenta retos significativos relacionados con la calidad de la atención, la eficiencia financiera y la sostenibilidad.

Vélez (4), dice que, históricamente, no se cuenta con mayor análisis o investigación sobre el proceso de gestión de glosas, no se encuentran caracterizadas las causas más comunes ni cuales son las estrategias utilizadas para enfrentar los retos que se pueden presentar. La auditoría se toma en el entorno, como una serie de medidas punitivas, lo que lleva a cometer errores en la gestión administrativa y financiera de la entidad.

El proceso de análisis de glosas es crucial tanto para la entidad que paga, como para el prestador de servicios de salud, ya que afecta el flujo de recursos, retrasando el ingreso de estos a los PSS.

De ahí la necesidad, como lo indica Casuriaga (5), de establecer mecanismos eficientes, efectivos y oportunos de respuesta a glosas. Por ello es importante evaluar causas y origen de las glosas, y los efectos financieros que estas generan, lo que resalta la importancia de tomar acciones claras para lograr liquidez.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Caracterizar la gestión de glosas derivadas de procedimientos odontológicos prestados en una entidad prestadora de servicio de la ciudad de Medellín en el primer trimestre del año 2024.

3.2 Objetivos específicos

- Clasificar las principales causas de glosas presentadas en el primer trimestre en una entidad prestadora de servicio de la ciudad de Medellín. (En cuanto a procedimientos, entidades responsables de pago, especialidades, costos).
- Identificar los costos derivados de las glosas por cada Entidad Responsable de Pago.
- Enunciar las causas más comunes por las que se generan glosas al Prestador de Servicios de Salud.
- Presentar recomendaciones en base a los hallazgos realizados a las personas encargadas del proceso.

4 Hipótesis

La implementación de herramientas ofimáticas para la gestión de glosas por parte del personal administrativo en un PSS odontológicos de la ciudad de Medellín tendría un impacto significativo en la calidad del proceso, mejorando la eficiencia operativa, la optimización de recursos y tiempo.

5 Marco teórico

La Resolución 3047 de 2008 (1), dice que,

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

El proceso de glosas en salud en Colombia se enmarca en un contexto normativo que busca garantizar la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema de salud. Se da inicio con la Ley 100 de 1993, la cual define los mecanismos de financiamiento y contratación en el sistema de seguridad social en salud, en su artículo 225 que las EPS, cualquiera sea su naturaleza “deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad, con sistemas que tengan un presupuesto independiente, garantizando una separación entre ingresos y egresos para cada servicio prestado” (6).

Existen, además otras leyes, decretos y resoluciones que complementan la regulación del proceso de glosas en salud. La Resolución 3047 de 2008 desarrolla lo relacionado a glosas, devoluciones y respuestas, “define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios”. En su artículo 14, se desarrolla el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, condiciones establecidas en el Anexo Técnico número 6 (1).

La Resolución 3047 de 2008 será derogada a partir de octubre 2024 por la resolución 2284 de 2023.

5.1 Marco conceptual

- o **Factura de venta en salud:** La factura de venta en salud es el primer soporte de cobro de la cuenta médica de la prestación de servicios o de la provisión de tecnologías en salud, que debe cumplir con las características y condiciones establecidas por la Unidad Administrativa Especial - Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN y la Resolución 510 de 2022 modificada por la 2805 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social o las normas que las modifiquen o sustituyan (7).
- o **Glosa:** es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

De acuerdo con lo anterior, la Resolución 3047 de 2008, establece unos tipos de glosas (1):

- **Glosa por 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 presentan los errores administrativos generados en los procesos de facturación.
- **Glosa por tarifas:** todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
- **Glosa por soportes:** se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
- **Glosa 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 resolución 416 de 2009.

- **Glosa por cobertura:** 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.
- **Glosa 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.
- **Devolución:** es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de ésta.
- **Respuesta a glosas y devoluciones:** Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

- **Glosa o devolución injustificada:** aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
- **No subsanada (glosa o devolución totalmente aceptada):** aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
- **Subsanada parcial (glosa o devolución parcialmente aceptada):** aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.
- **Subsanada (glosa o devolución no aceptada):** aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente.

La Auditoría del servicio, según Cifuentes (8):

- **Auditoría del servicio:** es el conjunto de estrategias diseñadas de manera ordenada y consecuente para que el cliente evalúe la calidad y los niveles de satisfacción del servicio recibido dentro del ciclo de la prestación y de acuerdo con modelos de excelencia ya definidos. El cliente se interesa por conseguir la satisfacción de sus necesidades, su lealtad está delimitada por la calidad del servicio, en el momento en que el nivel de servicio esté por debajo de su expectativa la lealtad se desvanece y orienta buscando otra opción, por esto el nivel del servicio debe ser permanentemente satisfactorio. De manera que los auditores:
 - Aplican el conocimiento, aptitudes y experiencia necesarios al desempeñar los servicios de auditoría, con honestidad, diligencia y responsabilidad.
 - Respetarán las leyes y divulgarán lo que corresponda de acuerdo con la ley y la profesión; como auditores, deben asistir a la organización en el mantenimiento

- y los controles los resultados efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de éstos y promoviendo el mejoramiento continuo.

La Resolución 3047 de 2008 (1), dice que la autorización

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

El Decreto 4747 de 2007 (9), señala respecto a los prestadores de servicios de salud, las entidades responsables del pago de servicio de salud, lo siguiente:

- o **Prestadores de servicios de salud (PSS):** que las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.
- o **Entidades responsables del pago de servicios de salud (ERP):** las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.
- o **Acuerdo de voluntades:** es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo

suscriben y cumplirá con las solemnidades que las normas pertinentes determinen.

Este mismo Decreto sobre los mecanismos de pago, dice:

- o **Mecanismos de pago:** los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:
 - **Pago por capitación:** pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.
 - **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. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.
 - **Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico:** mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

5.2 Marco normativo

- o **Ley 100 de 1993 (6):** va de la mano al inicio de una política neoliberal en el país, y con el nacimiento de la auditoría en salud, en su artículo 185 afirma que “las Instituciones prestadoras de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Toda IPS contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos”. También menciona en su artículo 225 que las EPS, cualquiera sea su naturaleza “deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad, con sistemas que tengan un presupuesto independiente, garantizando una separación entre ingresos y egresos para cada servicio prestado, utilizando métodos sistematizados, generando factura a los usuarios donde se describa cantidades subsidiadas por el SGSSS”.
- o **Ley 1122 de 2007 (10):** artículo 13 numeral D, describe el proceso para la realización de pagos a servicios prestados por parte de las EAPB a las IPS según modalidad de contratación, “mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. El pago de facturas no superará los 30 días para aquellas que no presentan glosas, y 60 días para aquellas que presenten glosas luego de su apelación ante la entidad responsable de pago.”
- o **Decreto 4747 de 2007 (9):** Regula la relación de los prestadores de servicios y las entidades responsables de pago con la normatividad para: condiciones para la contratación de servicios de salud, proceso de atención de la población cubierta y autorización de los servicios, mecanismos de pago y facturación y glosas. Para tener en especial consideración referente al desarrollo de este trabajo de grado están los artículos: 21 soportes de las facturas de prestación de servicios, artículo 22 manual único de glosas, devoluciones y respuestas, artículo

23 trámite de glosas, artículo 25 registro conjunto de trazabilidad de la factura. Decreto derogado por el Decreto 441 de 2022.

- o **Resolución 3047 de 2008 (1)**: Artículo 1: Glosas, devoluciones y respuestas, “el objeto de la presente resolución es definir los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios”. Regula gran parte de la relación, por ahora a considerar que en su artículo 14 habla del manual único de glosas, devoluciones y respuestas, condiciones establecidas en el **Anexo Técnico número 6**. 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”. Hace parte de esta resolución, además, en su Anexo Técnico número 8 el registro conjunto de trazabilidad de la factura.

La resolución anterior 3047 es modificada por la Resolución 0416 de 2009 (11), adicionando códigos específicos de glosas y realizando ajustes a algunas definiciones, establecen las responsabilidades para los prestadores de servicios de salud y empresas responsables del pago, tendientes a garantizar la adecuada administración de los mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud, así mismo, establecen los requisitos para la presentación de la factura y tiempos de gestión de glosas y devoluciones. La Resolución 3047 de 2008 derogada a partir del 1 de abril de 2024 por el artículo 20 de la Resolución 2335 de 2023.

- o **Ley 1438 de 2011 (12)**: en su artículo 57, se desarrolla el paso a paso durante el trámite de glosas, los tiempos y requerimientos estipulados durante el proceso de presentación de la factura con todos sus soportes, y la formulación y respuesta a las glosas con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Explica a detalle el papel del trámite para el prestador de servicios de salud y las entidades responsables del pago de servicios de salud.

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.

- o **Resolución 4331 de 2012 (13):** por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y la Resolución 416 de 2009, se incluyen ajustes en algunos formatos definidos en anexos técnicos y se adicionan códigos específicos al manual único de glosas y devoluciones.
- o **Decreto 0780 de 2016 (14):** artículos 2.5.3.4.4.1 y 2.5.3.4.4.6: se determinan los soportes de cobro de las facturas de venta en salud, así como la denominación y codificación de las causas de devolución y glosa de tales facturas, las que deben hacer parte del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, reglamentación que al actualizarse conducirá a la consistencia del proceso de auditoría de cuentas entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, actores destinatarios de dichas disposiciones.
- o **Decreto 441 de 2022 (15):** este decreto modifica la reglamentación de los aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud (aplica para etapas precontractual, contractual y postcontractual). Dentro de su contenido se destaca: 1. Habilita el pacto de reconocimiento de incentivos de tipo económico y no económico con base en indicadores de calidad, gestión y resultados en salud. 2. Reglamenta los mecanismos de actualización de valores y de la nota técnica, para los casos en los que se renueven o prorroguen los contratos de forma automática. 3. Dispone herramientas para contrarrestar y mitigar las acciones dilatorias en el flujo de recursos entre aseguradores y prestadores. 4. Consagra condiciones para la aceptación expresa o tácita de las glosas y las facturas de venta. 5. Dispone requisitos mínimos para los contratos. 6. Reconocimiento de intereses moratorios.

En su artículo 2.5.3.4.3.2, menciona que el modelo de auditoría debe contemplar como mínimo aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio, que hacen parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud -SOGCS.

La auditoría de las cuentas médicas se realizará con base en los soportes definidos en el artículo 2.5.3.4.4.1. del decreto 441, con sujeción a los estándares establecidos en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a los términos señalados en el trámite de glosas establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, y de acuerdo con la información reportada y validada en el Registro Individual de Prestaciones de Salud.

Aspectos generales del Decreto 441/22: 1. Obligatoriedad de cumplimiento para los proveedores de tecnologías en salud, 2. Actualización de elementos para la negociación por actor, 3. Estandarización de los contenidos mínimos de los acuerdos, 4. Reglas para la renovación automática y liquidación de los acuerdos, 5. Estandarización de las definiciones clave para el sector, 6. Definición de características de las 06 modalidades de pago, 7. Obligatoriedad de la Nota técnica y mecanismos de ajuste de riesgo, 8. Seguimiento a los acuerdos con indicadores de calidad, gestión y resultados, 9. Disposición y transparencia en la información relacionada con la población y los servicios y tecnologías incluidos, 10. Uso de incentivos económicos y no económicos para reconocimiento a la gestión de PSS y PTS.

- o **Resolución 510 de 2022 (16)**: artículo 5: operativizar el proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable de pago o demás pagadores. Modificada por la **Resolución 2805 de 2022**, se hace necesario incluir como causal taxativa de devolución, la no radicación de los soportes dentro de los veintidós (22) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la factura.
- o **Resolución 2335 de 2023 (17)**: tiene por objeto establecer los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de

voluntades suscritos entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.

- o **Resolución 2284 de 2023 (18):** Resolución Reglamentaria del Decreto 441 de 2022. Su objeto es establecer los soportes de cobro de la factura de venta en salud y el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, deberán ser adoptados por las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud. Evalúa procesos de pago, facturación y auditoría de cuentas médicas, con el fin de hacer los ajustes y fortalecimientos necesarios, de manera que conduzcan a generar un flujo más eficiente de los recursos.

Es clara al enumerar que, para el cobro, la factura de venta en salud deberá estar acompañada de los soportes que respaldan la prestación de servicios y la provisión de las tecnologías en salud. Con la puesta en marcha de la resolución también cambian los códigos de glosa contenidos en el Anexo Técnico N°. 3 Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas.

- o **Resolución 2275 de 2023 (19):** Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta -FEV en salud y se dictan otras disposiciones. El objetivo es prorrogar el plazo de implementación de la FEV en el sector salud, compilar las normas operativas relacionadas con el proceso de facturación electrónica de venta, y el RIPS como soporte de estas. Adicionalmente, se actualizan los anexos técnicos a las necesidades operativas, en armonía con lo dispuesto por el Anexo Técnico 1.9 DIAN (Resolución 0165 de 2023).
- o **Decreto 489 del 17 de abril 2024 (20):** por medio del cual se definen las condiciones y porcentajes para el giro directo de los recursos correspondientes de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, del régimen contributivo, y los recursos correspondientes a presupuestos máximos de los regímenes

contributivo y subsidiado, con el fin de garantizar un óptimo flujo de recursos en el sistema de Salud.

Con este decreto, que reglamenta el artículo 150 del Plan Nacional de Desarrollo “Colombia Potencia de la Vida”, el Gobierno del Cambio, en cabeza del presidente de la República, Gustavo Petro Urrego, salda una deuda histórica con el sector salud, garantizando un mayor flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De esta forma, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) será la encargada de girar directamente como mínimo un 80% de los recursos referentes a la UPC y a los Presupuestos Máximos a las instituciones y entidades que presten servicios de salud y provean tecnologías en salud, sin que este dinero pase por las EPS y dificulte el pago oportuno ante los citados prestadores y proveedores, lo cual mejorará de manera significativa la atención de los pacientes.

La medida de giro directo procederá en los siguientes casos: primero, cuando las Entidades Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC no cumplan con el indicador de patrimonio adecuado, es decir, no cuenten con los suficientes recursos para garantizar el respaldo presupuestal necesario para la operación y prestación de los servicios de salud; segundo, cuando las EPS y EOC se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud; y tercero, cuando las EPS y EOC se quieran acoger a este mecanismo de manera voluntaria.

Ahora bien, resulta necesario precisar que esta medida de giro directo no exime a las EPS del cumplimiento de sus obligaciones con la red de prestadores y proveedores por los montos no cubiertos, ni a los prestadores de servicios de sus obligaciones contractuales.

6 Metodología

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de corte transversal sobre la gestión de glosas que ingresan en el primer trimestre del año 2024 a una institución prestadora de servicios odontológicos de la ciudad de Medellín.

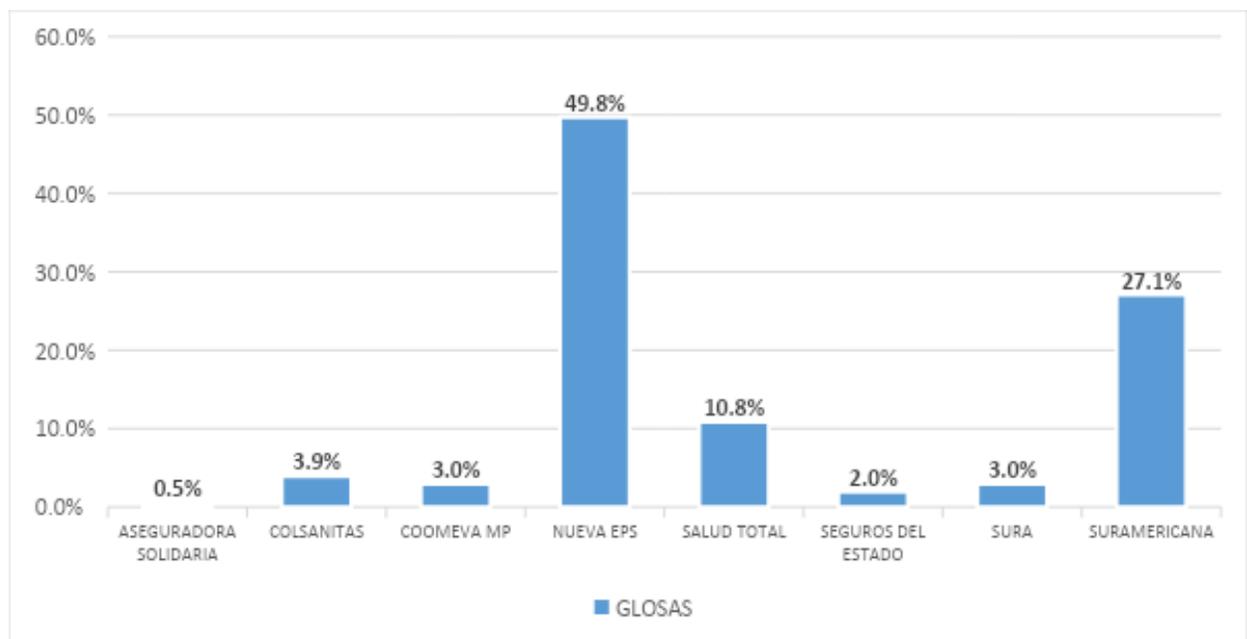
La población son 203 glosas recibidas por la prestación de servicios en el PSS odontológicos de la ciudad de Medellín durante el primer trimestre de 2024.

Encontramos que en la institución no se cuenta con un proceso estructurado sobre el manejo de glosas. Iniciamos la recopilación de la información con una búsqueda activa de las glosas recibidas y agrupamos los hallazgos utilizando el programa Excel, el cual también nos sirvió para tabular los datos realizando cruces de estos que nos permitieran la revisión de frecuencias absolutas, frecuencias acumuladas, peso porcentual y así resolver los objetivos del trabajo. Los datos recopilados fueron: ERP (Entidad responsable de pago), número de factura, fecha de factura, fecha de glosa y fecha de respuesta, especialidad o servicio que recibe la glosa, valor glosado, causa de glosa. La información la presentamos en gráficas y tablas que facilitan la interpretación.

7 Resultados

Al revisar las glosas recibidas en una IPS durante el primer trimestre de 2024, se observa que, para este caso, la entidad Nueva EPS S.A. contribuyó con casi la mitad de las glosas, totalizando 101 de las 203 registradas, lo que representa el 49.8% del total de glosas, como se observa en la Figura 1. Este alto volumen de glosas se alinea con el valor glosado atribuido a esta entidad, que asciende a \$48 680 168, representando más del 68% del total glosado de \$71 244 067 (ver Figura 2). Esto sugiere un volumen significativamente alto de servicios facturados a Nueva EPS, o posibles ineficiencias o discrepancias en sus procesos de facturación que podrían necesitar revisión.

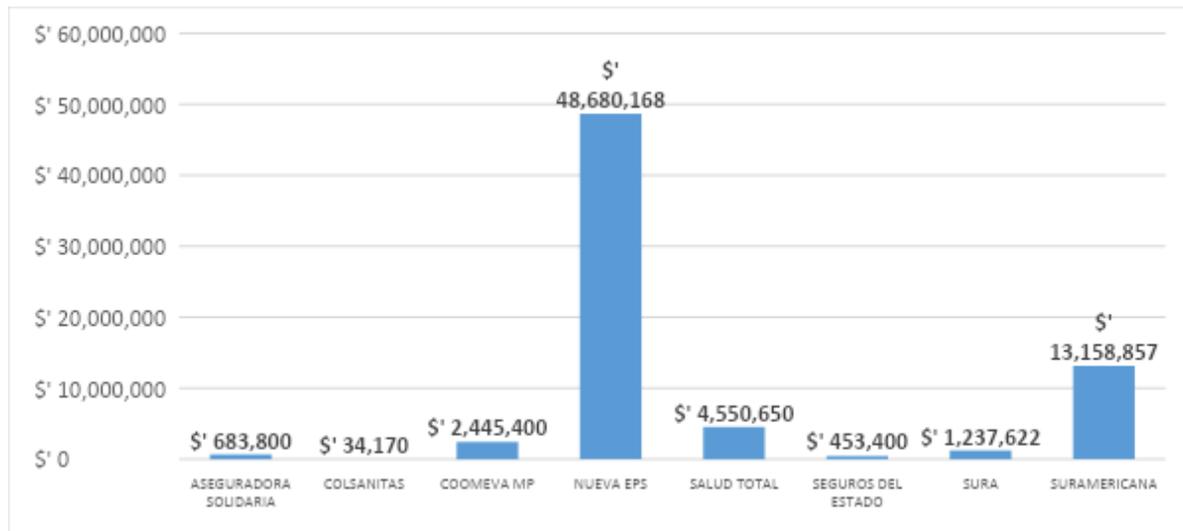
Figura 1. Porcentaje glosas por ERP.



EPS Suramericana S.A., por otro lado, aunque registra un número considerable de glosas, 55, lo que representa el 27.1% del total (Figura 1), tiene una proporción menor en términos de valor glosado por un valor de \$13 158 857 (Figura 2), esto indica que, aunque son frecuentes las glosas de Suramericana, estas pueden involucrar montos más bajos para cada caso. Esto podría reflejar diferencias en la naturaleza de

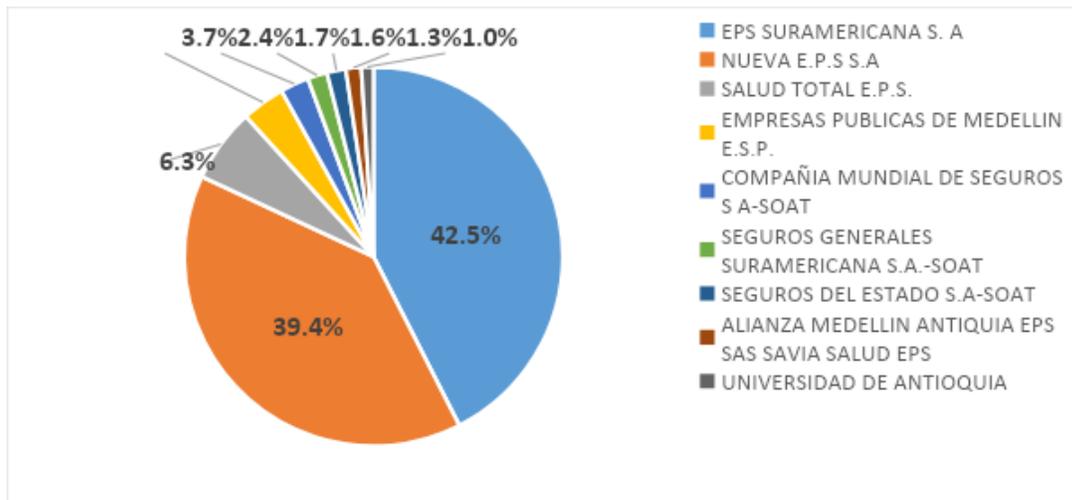
los servicios facturados, posiblemente relacionados con tratamientos de menor costo o una mayor eficiencia en la facturación de los servicios.

Figura 2. Valor glosado por ERP



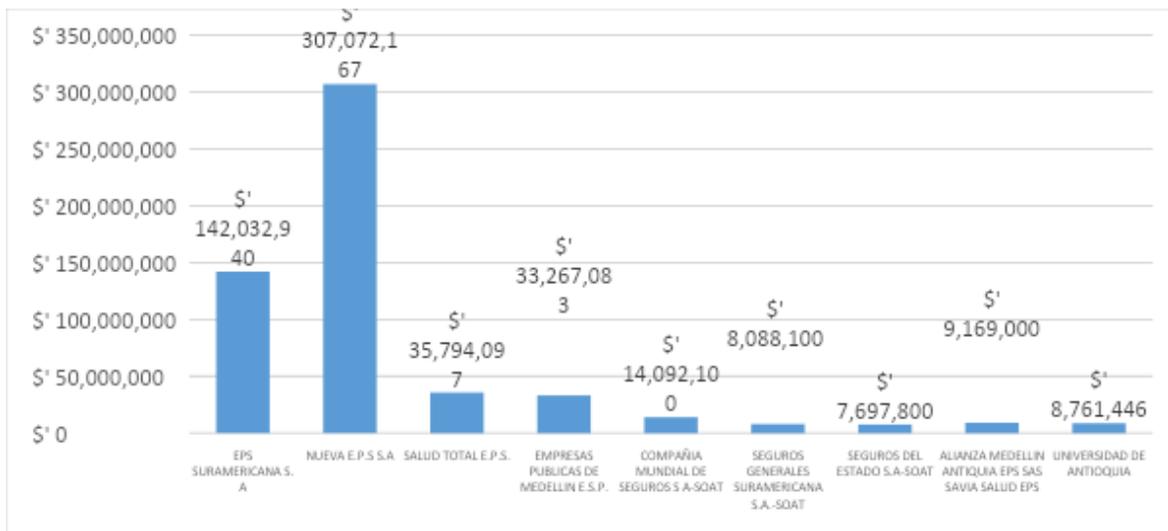
Por su parte, entidades como Salud Total EPS, que tuvo en total 22 glosas y un valor glosado por \$4 550 650, muestran una incidencia media en la cantidad y valor de glosas, lo que podría reflejar una combinación equilibrada de servicios y una gestión efectiva de las facturas. Sin embargo, la participación de otras aseguradoras como Aseguradora Solidaria y Seguros del Estado es mínima, tanto en número de glosas como en valores glosados, lo cual podría indicar que manejan un volumen más bajo de servicios o que sus procesos de facturación y control de calidad son más rigurosos.

Figura 3. Porcentaje de servicios facturados por entidad



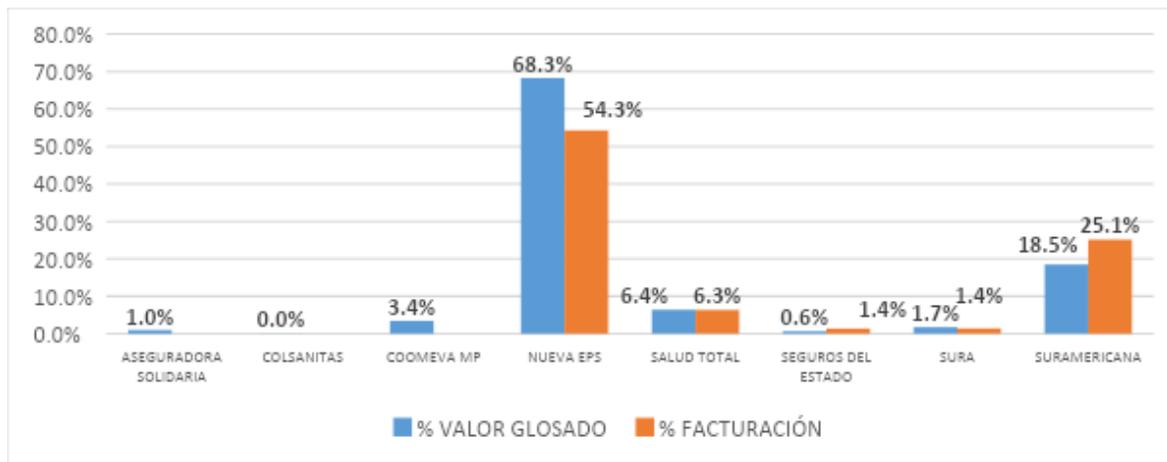
Con el fin de realizar una revisión más detallada, se observaron los servicios facturados en la IPS durante el primer trimestre de 2024. En la Figura 3 y 4, se logra evidenciar que Nueva EPS S.A. no solo tiene una alta incidencia en términos de número y valor de glosas, sino que también maneja el volumen más alto de facturación, representando el 39.4% de los servicios y acumulando \$307 072 167, alcanzando el 54.3% del valor total facturado en la IPS durante este periodo. Este alto valor en facturación podría explicar la proporción significativa de glosas asociadas a Nueva EPS S.A, ya que un mayor volumen de transacciones puede naturalmente conducir a un mayor número de discrepancias o errores. Aunque esta situación podría sugerir ineficiencias o discrepancias en los procesos de facturación, también es coherente con el alto nivel de actividad y servicios gestionados por esta EPS, lo que justifica una evaluación continua para optimizar la precisión y eficiencia de estos procesos.

Figura 4. Valor de los servicios facturados por entidad



EPS Suramericana S.A, aunque lidera en el número de servicios facturados con un 42.5% del total, su contribución al valor total facturado es del 25.1%. Este dato, junto con el alto número de glosas, pero valores glosados relativamente bajos, podría indicar que los servicios facturados por Suramericana tienden a ser menos costosos por unidad o que sus procedimientos de facturación son más eficientes, resultando en menos disputas monetarias por servicio.

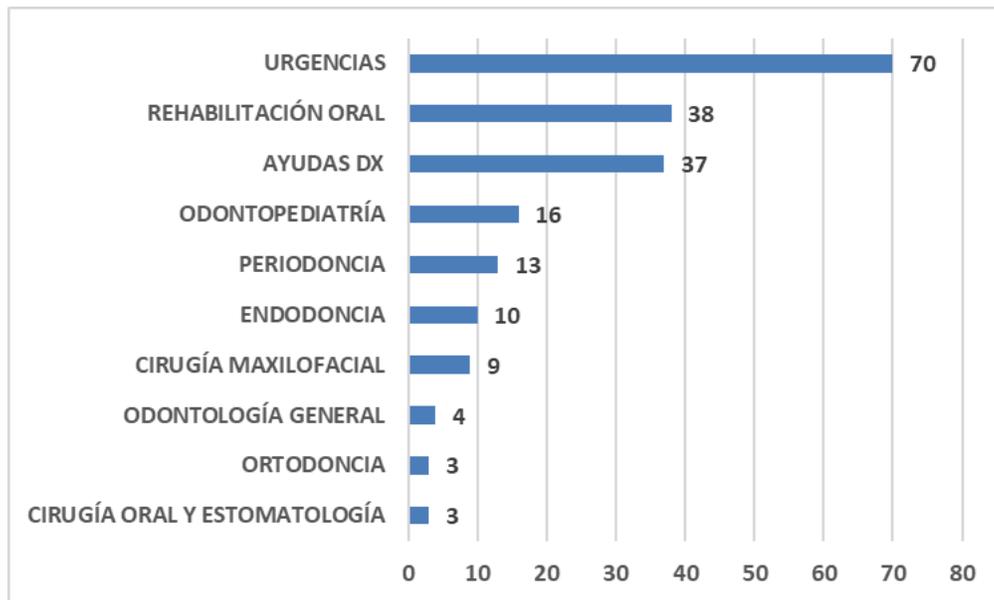
Figura 5. Comparativo porcentaje de facturación vs. porcentaje de glosas



A pesar de que los porcentajes de glosas y facturación no son directamente comparables ya que no necesariamente corresponden a los mismos servicios, estos porcentajes pueden ofrecer una aproximación útil del flujo de transacciones y la eficiencia administrativa dentro de la IPS para cada ERP.

En la figura 5, al revisar las dos entidades con mayor participación, se observa que, Nueva EPS S.A., con un 68.3% del valor glosado frente a un 54.3% del valor facturado, muestra una alta proporción de glosas en relación con su volumen de facturación. Esto podría indicar potenciales desafíos en la precisión de la facturación o en el cumplimiento de los criterios de facturación establecidos, resultando en un número elevado de glosas.

Por otro lado, Suramericana tiene una participación del 18.5% en el valor glosado y del 25.1% en la facturación. Este dato sugiere que dicha entidad podría estar gestionando sus procesos de facturación más eficientemente, ya que su porcentaje de glosas es menor en comparación con su participación en la facturación total, lo cual es un indicativo de menor discrepancia entre los servicios facturados y los aceptados por pago.

Figura 6. Cantidad de glosa por especialidad o servicio

En cuanto a la cantidad de glosas por especialidad, en la Figura 6 se observa una distribución que refleja la complejidad asociada con ciertos tipos de tratamientos odontológicos en cuanto a su facturación y validación por parte de las ERP. Las Urgencias, por ejemplo, se destacan con el número más alto de glosas, sumando 70 en total. Esto puede indicar que los tratamientos de emergencia, que a menudo se realizan bajo presión y sin la planificación previa que permitiría una documentación detallada, son más susceptibles a errores o discrepancias en la facturación.

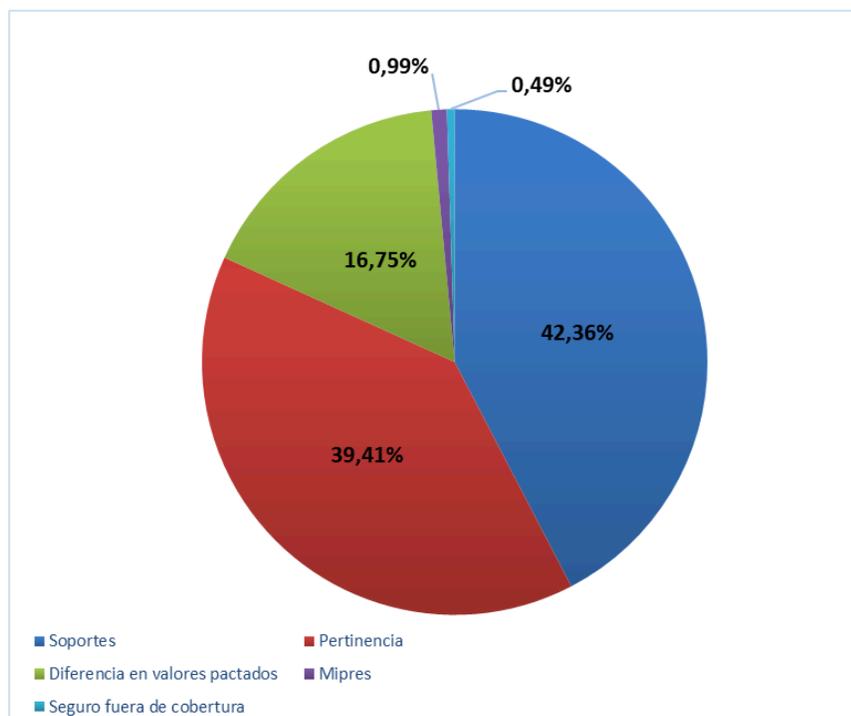
Siguiendo a Urgencias, la Rehabilitación Oral y las Ayudas Diagnósticas presentan también un alto número de glosas, con 38 y 37 respectivamente. Esto podría deberse a la naturaleza técnica y al alto costo asociado con estos servicios, que pueden incluir procedimientos múltiples y complejos que requieren una justificación detallada para asegurar la cobertura por parte de las aseguradoras. La Rehabilitación Oral, en particular, puede involucrar intervenciones prolongadas que a veces se extienden a lo largo de varias sesiones, aumentando el riesgo de inconsistencias en la documentación.

En términos de glosas más moderadas, las especialidades de Odontopediatría y Periodoncia registran 16 y 13 glosas, respectivamente. Estos números sugieren

desafíos menores, pero aún significativos en la documentación precisa y en la alineación de los tratamientos con las políticas de las ERP.

Las especialidades de Endodoncia y Cirugía Maxilofacial, con 10 y 9 glosas, respectivamente, y aún menos en Odontología General, Ortodoncia y Cirugía Oral y Estomatología, muestran que estas áreas pueden tener procesos más estandarizados o menos propensos a errores de facturación. En particular, tratamientos como los de Ortodoncia y Cirugía Oral son a menudo previsibles y planificados con antelación, lo que podría facilitar una mejor documentación y justificación frente a las ERP.

Figura 7. Porcentaje de glosas por cada tipo de causal



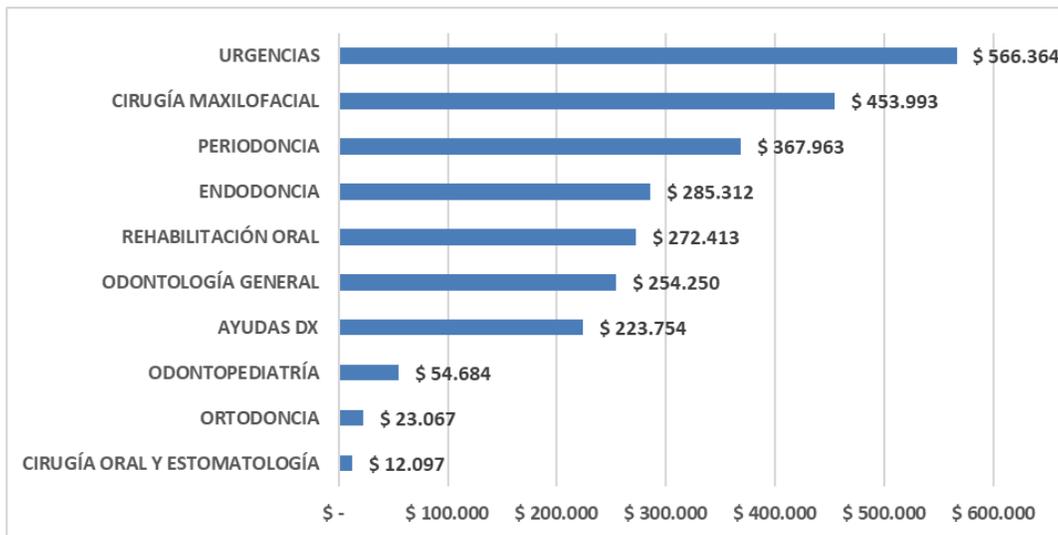
La Figura 7, revela patrones específicos que subrayan áreas comunes de discrepancias entre la IPS y las ERP. La causal más frecuente es la falta de soportes adecuados, que representa el 42.36% del total de glosas. Esto indica que la mayoría de las objeciones están relacionadas con la insuficiencia de documentación requerida para validar los tratamientos facturados. Esto puede incluir la falta de registros detallados,

pruebas diagnósticas apropiadas o justificaciones clínicas que respalden la necesidad de los procedimientos realizados.

La segunda causal más común es la pertinencia de los servicios facturados, con un 39.41% del total de glosas. Este alto porcentaje sugiere que una proporción considerable de las glosas se debe a cuestionamientos sobre la necesidad médica o la adecuación de los tratamientos realizados según los estándares aceptados de atención médica. La discusión sobre la pertinencia puede surgir cuando las ERP consideran que los tratamientos no son esenciales o podrían haber sido evitados.

La tercera causal más reportada es la diferencia en los valores pactados, que constituye el 16.75% de las glosas. Esta situación se produce cuando hay una discrepancia entre los costos de los servicios prestados y los valores que las ERP están dispuestas a reconocer según los acuerdos contractuales previos. Estas diferencias pueden originarse en errores de facturación, cambios no comunicados en las políticas de cobertura, o interpretaciones divergentes de los términos contractuales.

Por otro lado, las causales relacionadas con 'Mipres' y 'Seguro fuera de cobertura' son mucho menos comunes, representando solo el 0.99% y 0.49% respectivamente. Estos bajos porcentajes sugieren que tales situaciones son relativamente raras, pero aún requieren atención para evitar rechazos financieros que afectan la rentabilidad de la IPS y la satisfacción del paciente.

Figura 8. Valor promedio por glosa para cada especialidad

Al examinar el valor promedio por glosa en cada especialidad, obtenemos una visión detallada de cómo se distribuyen los costos asociados a las objeciones de facturación en diferentes áreas de tratamiento dentro de la IPS. Este análisis puede proporcionar información relevante sobre las áreas que requieren mayor atención en términos de gestión financiera y documentación clínica.

La especialidad de Urgencias, como se observa en la Figura 8, presenta el valor promedio por glosa más alto, alcanzando \$566 364. Esto no es sorprendente dado que, como se mencionó anteriormente, los tratamientos de emergencia a menudo implican procedimientos complejos y costosos que pueden ser difíciles de documentar exhaustivamente en el momento del cuidado urgente. Este alto valor promedio puede reflejar tanto la naturaleza crítica de los tratamientos como las complicaciones inherentes en la justificación de los costos bajo presión.

Por otro lado, Cirugía Maxilofacial y Periodoncia también presentan valores promedio por glosa relativamente altos en comparación con las demás especialidades, de \$453 993 y \$367 963 respectivamente. Estos valores pueden ser indicativos de la complejidad y el costo inherente a los procedimientos especializados en estas áreas, que a menudo involucran técnicas avanzadas.

En contraste, especialidades como Ortodoncia y Odontopediatría muestran valores promedio por glosa mucho más bajos, de \$23 067 y \$54 684 respectivamente.

Esto podría sugerir que los tratamientos en estas áreas son generalmente menos costosos o que hay una mejor alineación entre los costos facturados y los aceptados por las aseguradoras, posiblemente debido a la naturaleza más estandarizada y predecible de los tratamientos.

En el caso de Cirugía Oral y Estomatología, se observa un valor promedio por glosa mucho más bajo en comparación con los demás tratamientos de \$12 097. Este valor tan bajo podría indicar que las intervenciones en esta área son menos frecuentes, de menor costo, o que existe una eficacia particular en la documentación y la justificación de estos tratamientos.

8 Discusión

Para cumplir con el primer objetivo del estudio, se recopila información macro de la entidad para poder identificar las causas de glosas que se presentan en el proceso de facturación en el primer semestre del 2024, para ello se establece primero la cantidad de cuentas y/o glosas generadas por evento en el tiempo de estudio. Es así como se obtiene en primer lugar las ERP con mayor número de facturas presentadas en este periodo, la entidad Nueva EPS S.A., representa el 39.4% de los servicios prestados y alcanza el 54.3% del valor total facturado en la IPS, con el mayor número de radicados en la entidad, resultados que se asemejan con el estudio de Madroñero y Pinzón (21), que evidencia un total de 63 cuentas, siendo la entidad con mayor número radicado durante el periodo estudiado. Esto puede deberse a la cobertura de la entidad en el país, la cual cuenta con 4.7 millones de afiliados, una participación de mercado de 10.5% y opera en el Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado y el Plan Complementario de Salud. Nueva EPS es una aseguradora en salud que tiene presencia a nivel nacional, está presente en 1113 de los 1125 municipios del país y con una cobertura del 99.1% del territorio.

En el presente estudio se encuentra un tiempo promedio de respuesta a glosas impartidas por las ERP, de 79 días, con demoras de hasta 80 días para Nueva EPS y hasta 97 días para Suramericana (ver tabla 1).

El artículo 57 de la ley 1438 de 2011 (12), establece:

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. El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Si

cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago. Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas. Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

Tabla 1. Promedio días de respuesta a glosa por ERP

ERP	Porcentaje de días de respuesta
Coomeva MP	27
Colsanitas	37
Sura	40
Aseguradora solidaria	52
Seguros del Estado	62
Salud Total	73
Nueva EPS	80
Suramericana	97
Total	79

En la investigación también se evidencia que la causal más frecuente es la falta de soportes adecuados, que representa el 42.36% del total de glosas y que la segunda causa más común es la pertinencia de los servicios facturados, con un 39.41% del total de glosas; esto indica que la mayoría de las objeciones están relacionadas con la insuficiencia de documentación requerida para validar los tratamientos facturados. Esto puede deberse a la falta de registros detallados, pruebas diagnósticas apropiadas o

justificaciones clínicas que respalden la necesidad de los procedimientos realizados. Dichos resultados se pueden comparar con un estudio retrospectivo realizado en el año 2019 por Madroñero y Pinzón (21), en el cual se evidencia una tendencia al aumento de glosas por motivo de soporte y pertinencia entre los años 2016 y 2018, con un incremento de aproximadamente once millones de pesos en los dos años analizados; este incremento se atribuye en gran parte a la alta rotación del talento humano en salud y la falta de retroalimentación de planes de mejora.

Bonilla y Camacho (22), sugieren que las dificultades surgidas se deben a la deficiente calidad en los procesos de facturación, la falta de capacitación del personal en la normativa actual de tarifas y el uso de manuales tarifarios. Esta afirmación va de la mano con los resultados hallados en la presente investigación y que dan respuesta al segundo objetivo planteado.

Según Gamboa *et al.* (23)

La falta de un proceso formalmente estructurado y documentado en las instituciones impide la detección temprana de deficiencias en la elaboración de las facturas y la recopilación de sus respaldos, lo que resulta en un aumento de las no conformidades y, en consecuencia, en el deterioro progresivo de las finanzas de la institución.

Gamboa *et al.* (23), también dicen que, a pesar de contar con un proceso de facturación implementado, la entidad enfrenta una preocupante problemática relacionada con la generación de glosas, lo que representa un desafío significativo para la estabilidad financiera. La alta rotación del personal en el área impacta directamente en el proceso, ya que la trazabilidad en el cobro de las facturas no se está llevando a cabo de manera efectiva. Además, la falta de un proceso de auditoría durante las actividades de ingreso de pacientes, facturación y cobro a las ERP impide garantizar el cumplimiento de los estándares establecidos para lograr un cobro exitoso. Esta combinación de factores contribuye a debilitar el sistema financiero de la entidad y dificulta la gestión eficiente del proceso de facturación.

La inexperiencia del personal de facturación, como lo señalan Bedoya *et al.* (24), representa un desafío significativo en la gestión eficiente de los procesos

administrativos en instituciones de salud. Esta falta de experiencia conlleva un desconocimiento de los procedimientos adecuados, agravado por la ausencia de protocolos claros y documentados que guíen dichos procesos. Es esencial que estos protocolos no solo estén disponibles, sino que también estén integrados y enlazados de manera efectiva con las diferentes áreas operativas, como cuentas médicas, facturación y gestión de glosas. Esta falta de alineación puede generar confusiones, retrasos y errores en la facturación y en el manejo de las cuentas médicas, lo que impacta directamente en la eficiencia y la salud financiera de la institución. Por lo tanto, es crucial implementar medidas para mejorar la capacitación del personal, establecer protocolos claros y promover una integración efectiva entre las diversas áreas involucradas en el proceso de facturación y gestión administrativa.

9 Conclusiones

La gestión de glosas en un PSS odontológicos de la ciudad de Medellín presenta desafíos significativos, estos afectan tanto la eficiencia operativa como la calidad de la atención al paciente. Sin embargo, tras la investigación realizada sobre los obstáculos que enfrenta este proceso, se han identificado también soluciones potenciales que podrían mejorar la forma en que se manejan las glosas y mejorar sustancialmente la experiencia tanto para el personal como para los pacientes. En este sentido la implementación de herramientas ofimáticas y la socialización de los hallazgos de la investigación al personal encargado de esta operación surgen como estrategias clave para abordar estos desafíos y optimizar el funcionamiento del PSS.

El análisis de glosas revela varias conclusiones importantes. En primer lugar, se observa una concentración significativa de glosas en una entidad específica, Nueva EPS, que contribuyó con casi la mitad de las glosas registradas y representó más del 68% del total glosado. Esto sugiere un volumen considerable de servicios facturados a esta entidad o posibles ineficiencias en los procesos. Por otro lado, entidades como Salud Total demostraron una incidencia media en la cantidad y el valor de glosas en contraste con otras aseguradoras como Aseguradora Solidaria y Seguros del Estado que presentaron una participación mínima en términos de glosas y valores glosados, lo cual, no necesariamente evidencia una mala gestión de facturación, ya que la cantidad de glosas puede reflejar la rigurosidad de los procesos de auditoría interna más que la gestión de facturación. Una aseguradora con auditorías más estrictas puede identificar más glosas sin que esto implique una peor gestión. Además, aseguradoras que manejan servicios más complejos pueden enfrentar más glosas simplemente por la naturaleza de los casos. Así mismo, las diferentes normativas y políticas internas de cada aseguradora también influyen en la cantidad de glosas, además los sistemas utilizados por las aseguradoras también juegan un papel crucial. Aquellas con sistemas más avanzados pueden gestionar las facturaciones de manera más eficiente, resultando en menos glosas, pero esto refleja una inversión en tecnología más que la eficacia en la gestión de facturación.

En el análisis de los datos obtenidos en la presente investigación, también se evidencia como la distribución de glosas por especialidad refleja la complejidad asociada con ciertos tratamientos odontológicos. Servicios como urgencias, rehabilitación oral y ayudas diagnósticas muestran un mayor número de glosas, indicando los retos en la documentación precisa y alineación con el proceso de facturación, las demás especialidades muestran un menor número de glosas, sugiriendo procesos más estandarizados o menos propensos a errores de facturación.

Estas conclusiones destacan la importancia de comprender las variaciones en la generación de glosas entre diferentes aseguradoras, así como las complejidades asociadas con ciertas especialidades en la facturación de servicios de salud. Además de que resaltan la importancia de revisar y mejorar los procesos de facturación, documentación, seguimiento clínico y coordinación con las aseguradoras para reducir el número de objeciones y optimizar la gestión financiera de la empresa.

La hipótesis de que la implementación de herramientas ofimáticas para la gestión de glosas y la socialización de los hallazgos de la investigación tendría un efecto importante en la precisión y calidad de la gestión a glosas y refuerza aún más las conclusiones anteriores.

Las recomendaciones derivadas de este estudio tienen el potencial de optimizar la eficiencia administrativa, reducir errores y retrasos en la respuesta a glosas y mejorar la experiencia del paciente. Estas recomendaciones podrían guiar la mejora de la capacitación del personal, la implementación de herramientas tecnológicas adecuadas y el establecimiento de procesos parametrizados para la gestión de glosas.

La gestión de glosas es un aspecto crucial para el sistema de salud en Colombia, ya que incide directamente en la eficiencia financiera y la sostenibilidad del sistema, así como en la calidad de la atención a los usuarios. Es fundamental cambiar la percepción de la auditoría como una medida punitiva y enfocarla como una oportunidad para mejorar los procesos administrativos y financieros de las IPS.

También es necesario establecer mecanismos efectivos y oportunos dando cumplimiento a la normativa vigente. En este contexto, un proyecto de intervención en

la gestión de glosas como el que se está llevando a cabo en una IPS odontológica de la ciudad de Medellín adquiere gran importancia.

Se concluye que optimizar la administración de recursos humanos y financieros facilitará llevar a cabo estos procesos.

10 Recomendaciones

Para cumplir con la meta de que la información obtenida en este estudio se mantenga en el tiempo y sea implementada por futuros empleados se pueden considerar las siguientes estrategias:

1. Documentación detallada: Es fundamental documentar todos los hallazgos y acciones tomadas durante el proceso de gestión a glosas. Esta documentación debe ser clara y fácilmente accesible para todos los empleados que intervienen en el proceso.
2. Elaboración de manuales y guías: Se pueden desarrollar manuales y guías que describen los procesos y procedimientos recomendados para la gestión de glosas. Estos documentos deben incluir instrucciones paso a paso, ejemplos prácticos y consejos útiles para facilitar su comprensión y aplicación.
3. Capacitación continua: Proporcionar capacitación continua a los empleados sobre la gestión de glosas y prácticas identificadas en esta investigación. Se puede incluir capacitaciones presenciales, virtuales, seminarios y demás material.
4. Incorporación de políticas: Deben integrarse políticas, esto garantizará que se convierta parte integral de la cultura organizacional y se siga aplicando en un futuro.
5. Designación de personal suficiente y responsables del proceso: Se debe contar con personal idóneo y suficiente dentro de la IPS que garantice que las acciones recomendadas se lleven a cabo de manera efectiva y se mantengan en el tiempo.
6. Evaluación: Se debe implementar un sistema de monitoreo y evaluación para seguir de cerca el proceso. Identificando de manera oportuna posibles desviaciones u oportunidades de mejora y así tomar medidas correctivas.

Referencias

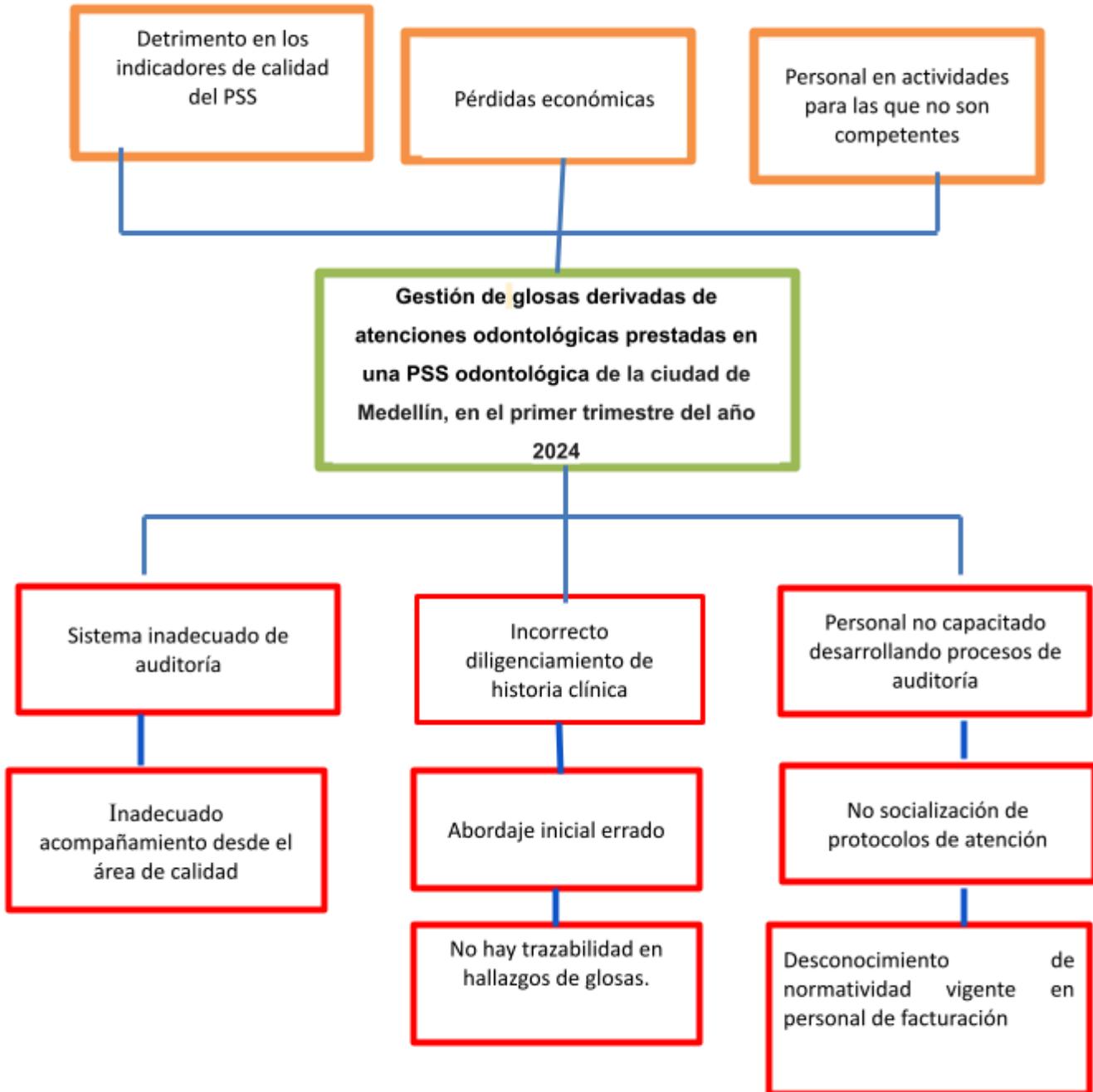
1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3047 de 2008, agosto 14, Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. Bogotá: El Ministerio; 2008.
2. Instituto Universitario de Tecnología Industrial “Rodolfo Loero Arismendi” Iutirla Extensión Porlamar Auditoría Bancaria. Introducción a la Auditoría. [Internet] [Consultado 2023 Oct 20] Disponible en <https://catedrafinancierags.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/09/objetivo-1-introduccion3b3n-a-la-auditoria.pdf>
3. Gómez Narváez I, Rodríguez Núñez D, Cárdenas Valderrama D. Desarrollo de la auditoría en salud en Colombia en los últimos 10 años. [Internet]. Medellín: Universidad Cooperativa de Colombia; 2020 [Consultado 24 Oct 2023] Disponible en <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/4ff59fef-d7b1-4afa-ad7d-0059afd6e81d>
4. Vélez Garro DM. Recuperación de cartera para salvar a la E.S.E hospital Santa Lucia de la crisis financiera del sector salud. [Internet]. Medellín: Tecnológico de Antioquia; 2017 [Consultado 24 Oct 2023] Disponible en <https://dspace.tdea.edu.co/handle/tda/292>
5. Casuriaga A, Giachetto G, Gutiérrez S, Martínez V, García A, Martínez F, et al. Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. Arch Pediatr Urug. [Internet]. 2018 [Consultado 2023 Oct 23];89(4):242-250. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=s1688-12492018000500242&script=sci_arttext
6. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993, diciembre 23, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41148 (Dic. 23 1993).
7. Colombia. Ministerio de salud y Protección Social. Resolución 2805 de 2022. Por la cual se modifica la Resolución 510 de 2022 en el sentido de sustituir su anexo técnico y ampliar el plazo de implementación de este. Bogotá. El Ministerio; 2022.
8. Cifuentes BP. Auditoría del servicio. Rev CES Salud Pública [Internet]. 2015 [Consultado 2023 Oct 23];6(1):102-15. Disponible en: https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3274

9. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 4747 de 2007, diciembre 7, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 46835 (Dic. 7 2007).
10. Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007, enero 9, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2007.
11. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0416 DE 2009. Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones. Bogotá. El Ministerio; 2009.
12. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 DE 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá. El Ministerio; 2011.
13. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4331 de 2012. Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 4169 de 2009. Bogotá. El Ministerio; 2012.
14. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 0780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá. El Ministerio; 2016.
15. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 441 de 2022. Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud. Bogotá. El Congreso; 2022.
16. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 510 de 2022. Por la cual se adoptan los campos de datos adicionales para la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud y se establecen disposiciones en cuanto al procedimiento para su generación y radicación. Bogotá. El Ministerio; 2022.
17. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2335 de 2023. Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones. Bogotá. El Ministerio; 2023.

18. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2284 de 2023. Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones. Bogotá. El Ministerio; 2023.
19. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2275 de 2023. Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta -FEV en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá. El Ministerio; 2023.
20. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 489 de 2024. Por el cual se definen los porcentajes y condiciones para el giro directo de los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación - UPC del régimen contributivo y de presupuestos máximos por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado. Bogotá. El Ministerio; 2024.
21. Madroñero MV, Pinzón M. Efectos financieros de causas generadoras de glosas y descuentos en facturación. Rev Criterios [Internet]. 2019 [Consultado 2024 May 6];26(2):61-85. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/Criterios/article/view/2158>
22. Bonilla Camacho B, Cepeda Méndez, L. Calidad de facturación en IPS Clínica San Ignacio Ltda. [Internet]. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia; 2019 [Consultado 27 abr 2024]. Disponible en <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/44861b92-c555-49e5-a5e1-83cb225f5bf4>
23. Gamboa E, Benavides D. Mejoramiento del proceso de facturación de la “Clínica Santa Sofía del Pacífico Ltda.” usando un enfoque de arquitectura TI. [Internet]. Medellín: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2020 [Consultado 27 abr 2024]. Disponible en <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/36597>
24. Bedoya Gómez SM, Calderón Varela DM, García Vargas ES, Orozco Ríos LM. Afectación de la facturación retrospectiva, institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad Popayán, Cauca, 2017-2018. [Trabajo de grado Especialista en Auditoría en Servicios de Salud]. Pereira: Fundación Universitaria del Área Andina. Centro Posgrados; 2019.

Anexos

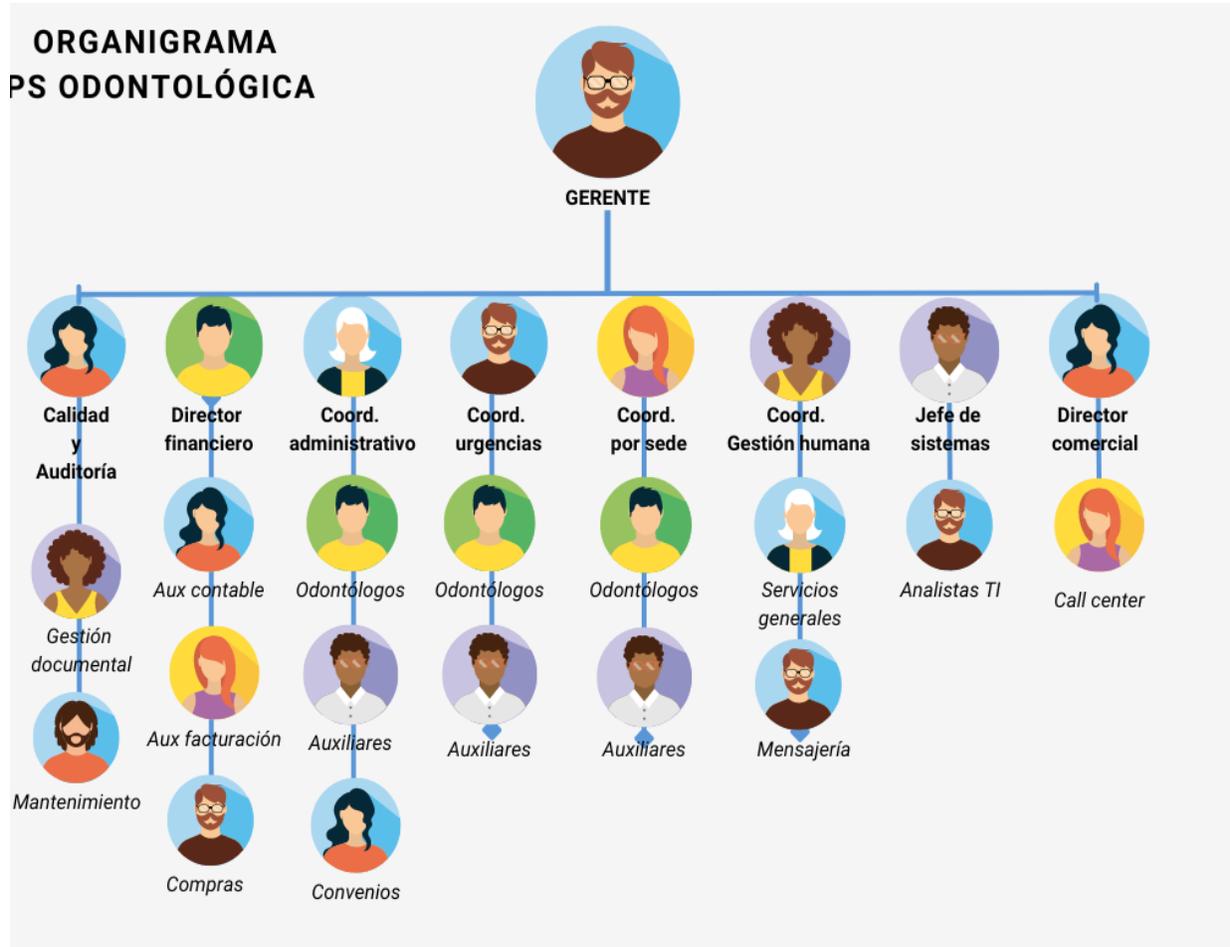
Esquema árbol de problemas



Esquema mapa de actores

Personas e instituciones involucradas con el tema/problema	Interés en el problema o la solución	Actitud frente al tema/problema	Observaciones
ERP	Cubrir el 100% de la totalidad de población que tiene a su cargo sin generar costos adicionales.	Transparente y colaborativa ante el proyecto.	Control sobre las prácticas y el cumplimiento de las normas.
PSS	Disminución de glosas, pérdidas financieras.	Abiertos a la intervención para el mejoramiento continuo.	Se solicita discreción y profesionalismo con respecto al uso de datos de la empresa.

Usuarios	Accesibilidad al servicio de manera oportuna y con calidad.	Atentos a la calidad en el servicio que se les brinda.	Directamente beneficiados
Odontólogos	Mejora en procesos de atención.	Buena disposición a cambios en procesos y protocolos para brindar una mejor atención.	Desean que se les haga retroalimentación con respecto a los hallazgos.
Personal administrativo	Interés en la correcta distribución de funciones, sin sobrecarga de tareas.	Asertivos en que las tareas sean distribuidas de manera pertinente	Cooperar activamente.



Cronograma

ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE/ 2023	OCTUBRE/ 2023	NOVIEMBRE/ 2023	DICIEMBRE/ 2023	ENERO/ 2024	MARZO/ 2024	ABRIL/ 2024	MAYO/ 2024	JUNIO/ 2024	RESPONSABLE
DEFINICIÓN TEMA Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.	X									CAREN CASTAÑEDA- MARIA ANGELICA ROJAS-TATIANA CARDONA
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL TEMA	X	X	X	X	X	X	X	X		CAREN CASTAÑEDA- MARIA ANGELICA ROJAS-TATIANA CARDONA
ASESORÍA CON DOCENTE		X Asesor: Andrés Camargo	X Asesor: Andrés Camargo	X Asesor: Ana Rangel	X Asesor: Ana Rangel	X Asesor: Ana Rangel	X Asesor: Ana Rangel	X Asesor: Ana Rangel	X Asesor: Ana Rangel	CAREN CASTAÑEDA- MARIA ANGELICA ROJAS-TATIANA CARDONA
DISEÑO Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS			X	X	X					CAREN CASTAÑEDA- MARIA ANGELICA ROJAS-TATIANA CARDONA
ELABORACIÓN DE TRABAJO NORMAS APA		X	X	X	X	X	X	X		CAREN CASTAÑEDA- MARIA ANGELICA ROJAS-TATIANA CARDONA
ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN		X	X	X	X	X	X	X		CAREN CASTAÑEDA- MARIA ANGELICA ROJAS-TATIANA CARDONA
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN							X	X		CAREN CASTAÑEDA- MARIA ANGELICA ROJAS-TATIANA CARDONA
SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DEL TRABAJO					X	X	X	X		CAREN CASTAÑEDA- MARIA ANGELICA ROJAS-TATIANA CARDONA
ORGANIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL									X	CAREN CASTAÑEDA- MARIA ANGELICA ROJAS-TATIANA CARDONA

Carta de respuesta a glosas utilizada por el PSS



IPS ODONTOLÓGICA

Medellín, 08 de abril 2024

Señores:
SALUD TOTAL EPS
Cuentas médicas.
Medellín.

ASUNTO: RESPUESTA A GLOSA Y/O DEVOLUCIÓN.

Cordial saludo,

La **IPS ODONTOLÓGICA** con NIT. XXXXXX, solicita sea revisada la glosa y/o devolución a la factura número **FE 138626** por un valor de \$ 22850.

Motivo: Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.

Respuesta: Se rechaza la glosa, ya que el valor unitario para el procedimiento con el código cups 9971070000 - APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO corresponde a \$7,550 y en la atención se realizaron y se facturaron 4 sellantes.

Anexo:

- Copia de historia clínica donde se evidencia la cantidad de procedimientos que fueron realizados.
- Factura emitida por IPS donde se describe número de autorización y cantidad de procedimientos cobrados.

Aclaramos que nosotros como IPS no aceptamos la glosa sobre esta factura y les solicitamos revisar nuevamente este caso y darle finalidad lo antes posible, ya que no aplican los motivos de devolución expuestos en la glosa reportada por la entidad.



IPS ODONTOLÓGICA

Por lo anterior y según el anexo 5 de la resolución 3047, el código 3-96: Glosa o devolución injustificada, se rechaza el 100% de las glosas.

Agradecemos la atención prestada.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
FIRMA DE PERSONAL CUENTAS MÉDICAS

CARGO
DATOS DE CONTACTO