

Análisis de las principales causas de glosas en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá año 2020

Analysis of the main causes of glosses in the E.S.E Hospital San Antonio of Tarazá year 2020

**Edison Camilo Cadavid Carvajal
María Victoria Morelo Agudelo**

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Auditoria Salud**

Asesor

Hermes Moreno Ruiz

Especialista en Gerencia de producción - Mejoramiento continuo. UIS.

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín

Tabla de contenido

Lista de tablas	3
Lista de gráficos	4
Glosario	5
Resumen	8
1. Introducción.....	10
2. Planteamiento del problema.....	12
4. Objetivos	15
4.1 Objetivo general	15
4.2 Objetivos específicos	15
5. Problema de investigación	16
6. Marco teórico.....	17
6.1 Marco territorial	17
6.2 Marco conceptual	18
7. Metodología.....	37
7.1 Tipo de estudio.....	37
7.2 Población, muestra y muestreo	37
7.3 Criterios de selección	37
7.3.1 <i>Criterios de inclusión</i>	37
7.3.2 <i>Criterios de exclusión</i>	37
7.4 Procedimientos.....	38
7.5 Consideraciones éticas	38
8. Resultados	40
9. Discusión.....	45
Referencia bibliografía.....	49
Anexos	55

Lista de tablas

Tabla 1. Trámite de Glosas (Decreto 4747 de 2007)	26
Tabla 2. Trámite de Glosas (Ley 1438 de 2011)	26
Tabla 3. Codificación del Concepto General de glosas según se encuentra definido en la Resolución 3047 de 2008	27
Tabla 4. Codificación Concepto Específico	28
Tabla 5. Normograma	35
Tabla 6: Glosas por valor priorizadas por servicio	44

Lista de gráficos

Gráfico 1. Funcionamiento del SGSSS bajo Ley 100 de 1993	20
Gráfico 2. Valor de las glosas.....	40
Gráfico 3. Glosa por EPS	41
Gráfico 4. Glosas por concepto	42
Gráfico 5. Glosa por mes.....	43

Glosario

Auditoría médica: Es la evaluación sistemática de la calidad, de la racionalidad técnica y científica y del uso racional de los recursos en salud, que tiene por objeto evaluar y mejorar la calidad en los servicios por medio del análisis de la aplicación del conocimiento del profesional en la prestación de los mismos.

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.

Calidad de la atención en salud: En el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad se define como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito

Contrarreferencia: Es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

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

Elementos de la codificación de glosas: la codificación está integrada por tres dígitos. El primero indica los conceptos generales. Los dos segundos indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general.

Factura: Documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a la entidad responsable de pago de servicios de salud por venta de servicios prestados, que debe cumplir los requerimientos exigidos por la DIAN.

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.

Glosas por 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.

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

Glosas por 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.

Glosas por soportes: Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

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

Manual único de glosas, devoluciones y respuestas: Es el documento expedido por el Ministerio de la Protección Social que contiene 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.

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 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.

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.

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados.

Referencia: Es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención, o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución dé respuesta a las necesidades de salud que tenga el usuario.

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.

Resumen

Título: Análisis de las principales causas de glosas en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá. Año 2020.

Autores: Morelo Agudelo María Victoria, Cadavid Carvajal Edison Camilo

Palabras claves: Glosa, Auditoría, Causal de glosa, Facturación

Descripción:

La E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá, presenta una problemática al igual que otras empresas sociales del estado, en cuanto a la recuperación monetaria de los procedimientos facturados por las atenciones prestadas en el servicio de salud; dicha problemática requirió un análisis que permita a la institución mejorar en el cobro por los servicios prestados.

La metodología que se empleó fue un estudio descriptivo retrospectivo, se analizaron las bases de datos e información de glosas y devoluciones suministrada por la dependencia de facturación de la E.S.E Hospital San Antonio, reportadas en el año 2020 donde se encuentra una cantidad significativa de cuentas glosadas en total 341 glosas definitivas, se debe tener presente que la facturación radicada en el año 2020 fue \$1.319'918.077 pesos, generando un valor de glosa de \$308'681.266 pesos lo que representa el 23,39% de la facturación.

Se identificaron las variables que impactaron cada dependencia según monto de facturación, número de glosas de cada mes, conceptos de glosas y devoluciones relacionadas con las áreas responsables. Se clasificaron y se priorizaron las glosas por frecuencia de aparición utilizando un análisis de Pareto, donde se refleja la situación financiera de la institución de acuerdo a quién pertenece el mayor número de glosas, donde se presentan las glosas de mayor valor, cuáles son las EPS con que se generan más glosas. Teniendo en cuenta esta información se plasman algunas recomendaciones, que mitiguen la crisis financiera y consoliden el equipo de trabajo para una adecuada facturación.

Abstract

Title: Analysis of the main causes of glosses in the E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá. Year 2020.

Authors: Morelo Agudelo María Victoria, Cadavid Carvajal Edison Camilo

Keywords: Gloss, Audit, Cause for gloss, Billing

Description:

The E.S.E Hospital San Antonio of Tarazá, presents a problem like other social enterprises of the state, regarding the monetary recovery of the procedures billed for the care provided in the health service; This problem required an analysis that allows the institution to improve its collection for the services provided.

The methodology that was used was a retrospective descriptive study, the databases and information on glossing and refunds provided by the billing department of the ESE Hospital San Antonio were analyzed, reported in 2020 where a significant number of glossed accounts were found. in total 341 definitive glosses, it must be borne in mind that the turnover in 2020 was \$ 1,319'918,077 pesos, generating a gross value of \$ 308'681,266 pesos, which represents 23.39% of the billing.

The variables that impacted each dependency were identified according to the billing amount, number of glosses each month, concepts of glosses and returns related to the responsible areas. Glosses were classified and prioritized by frequency of occurrence using Pareto analysis. Where the financial situation of the institution is reflected according to who owns the largest number of glosses, where the glosses of highest value are presented, which are the EPS with which the most glosses are generated. Taking this information into account, some recommendations are made to mitigate the financial crisis and consolidate the work team for proper billing.

1. Introducción

En un país como Colombia donde la normatividad presenta cambios continuamente, se encuentran dificultades en las entidades públicas del sector salud especialmente en la parte contractual y financiera al presentarse inconsistencias a nivel de ingresos por servicios facturados. Ante esta situación se buscó indagar este aspecto que afecta la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital San Antonio mediante la identificación de las principales causas de glosas que se presentan en la institución para solventar liquidez y sostenimiento en el tiempo.

El debido proceso que realizan las Entidad Promotora de Salud (EPS) con las Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) para la prestación del servicio, es por medio de un contrato que genera una obligación para garantizar su oportuna prestación dejando claro en lo escrito cuál es el cumplimiento al que queda supeditado la IPS. Esto además da como resultado que se establezcan compromisos por ambas partes, donde la EPS paga y la IPS ofrece el servicio, lo realiza y lo factura. En el cumplimiento de las obligaciones pactadas se producen inconsistencias o falencias para las IPS (glosas), donde los resultados se ven reflejados en dinero, generando menos ingresos a la institución por la retención que hace el pagador y que puede ocasionar inestabilidad administrativa.

El Ministerio de la Protección Social define glosa como 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 (1).

En este trabajo se realizó un diagnóstico sobre el tema de contratación y facturación en la entidad, que permitió comprender estos procesos de tal forma que se tengan mejores resultados financieros. Partiendo que se debe aplicar un buen proceso de facturación para disminuir las glosas, se requiere además intervenir con planes de mejora que ayuden a la institución, una vez se identifiquen las principales causas de glosas en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá, reducir los fallos y así allegar más recursos económicos a la institución.

Otro aspecto a tener en cuenta y que impactan la liquidez de los hospitales, son la falta de comunicación en la contratación de los servicios realizados con las EPS, y los frecuentes cambios de personal en los diferentes servicios, que aunado a un débil proceso de inducción conduce a que se aumenten los reprocesos en el cobro por los servicios prestados. Se debe tener en cuenta el aplicar un buen proceso de facturación para disminuir las glosas, se requiere además que las IPS intervengan con planes de mejora que ayuden a la institución cuando estas se presenten.

En la ESE Hospital San Antonio se han generado glosas significativas que representan insuficiencia financiera en la institución, por lo cual este proyecto presenta estrategias que contribuyen a la disminución de estas y a la estabilidad económica de la institución.

2. Planteamiento del problema

En las empresas sociales del estado la recuperación monetaria de los procedimientos facturados por las atenciones prestadas es fundamental para su mantenimiento y supervivencia, por esto es importante que exista un procedimiento claro y pertinente que conduzca a que los servicios prestados se liquiden y se cobren correctamente.

Está establecido que los prestadores de servicios de salud deben presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los correspondientes soportes de acuerdo con el proceso de pago establecido por el Ministerio de la Protección Social; en la medida en que se retrase el pago por cuenta de no presentar dichas facturas de acuerdo a la norma, la institución ve afectado su ejercicio económico y la generación de déficit en recursos fiscales (2).

Para las instituciones del sector salud el hecho de poder ser y mantener una competitividad, productividad y viabilidad financiera, depende del realizar una gestión efectiva y positiva de sus procesos y recursos. Ellas deben tener en cuenta todas las posibles variables que puedan afectarla como no contar con personal competente y preparado en sus respectivas áreas, no tener procesos bien establecidos, falta de claridad en la contratación e inadecuadas auditorías, aspectos fundamentales para lograr cumplir con las exigencias y necesidades de los entes de control, EPS y los usuarios (3).

En la ESE Hospital San Antonio de Tarazá, se evidencian cuentas glosadas durante el periodo de enero a diciembre de 2020 por un valor de \$308'681.266 pesos, que aumentan la problemática que ha venido afectando de forma significativa las finanzas desde el año 2014, lo que demuestra en la institución un estado crítico en el control de su cartera.

De acuerdo con lo anterior expresado, surgió la necesidad de realizar un estudio para identificar las principales causas de devolución de facturas presentadas por la ESE San Antonio de Tarazá, y que además le permita a la institución tomar decisiones que favorezcan el flujo de los recursos, para un desempeño sano en materia presupuestal.

3. Justificación

La ESE Hospital San Antonio es una institución pública, prestadora de servicios de salud, de primer nivel de atención, de la cual dependen los habitantes del municipio de Tarazá para suplir sus necesidades en salud, de baja complejidad, donde se benefician los afiliados de los regímenes contributivo, subsidiado y particulares; al ser prioridad en el bienestar de los taraceños surge como necesidad indagar y analizar las principales causas de glosas en la ESE Hospital San Antonio.

En los hospitales de baja complejidad se presentan falencias que involucran las dependencias de la institución, por falta de comunicación en la contratación de los servicios realizados con las EPS y cambios de personal en los diferentes servicios entre otros ocasionando un reproceso que impacta en la liquidez de los hospitales.

Para Adriana Maria Ordoñez, las glosas se han convertido para las EPS, en un mecanismo de contención de gastos, afectando la liquidez y estabilidad financiera de las IPS y del sistema de salud en general. Un proceso de radicación, revisión y pago de facturas supera los plazos señalados por la ley, normalmente debería durar 30 días pero se está extendiendo a más de 270; valiéndose de glosas y del cuestionamiento de la pertinencia de las intervenciones las EPS generan desequilibrio financiero en las Instituciones. (4)

En la institución se han encontrado una cantidad significativa de cuentas glosadas en total 341 glosas definitivas, se debe tener presente que la facturación radicada de la E.S.E Hospital San Antonio en el año 2020 fue \$1.319'918.077 pesos, generando un valor de glosa de \$308'681.266 pesos lo que representa el 23,39% de la facturación; el valor de las glosas aceptadas por la institución tuvo un valor de \$27'285.808 pesos correspondiente al 2,07% del total facturado y valor no aceptado de \$281'395.458 pesos que significa el 21,32% del valor de la factura total, representadas en fallas de facturación e incumplimiento de metas en promoción y prevención lo que a su vez se asume en errores a la hora de realizar la contratación con cada EPS.

Algunos estudios sobre el tema como el del análisis de las causas de glosas de la ESE Hospital San Vicente de Arauca, durante el periodo de enero a diciembre del

2016 (3), arrojó información valiosa sobre algunas falencias en los servicios de facturación y auditoría que permitieron establecer estrategias para mejorar diferentes aspectos e impactar positivamente en la cantidad de glosas recibidas.

Este proyecto de intervención se realiza con el fin de realizar una adecuada evaluación de la problemática que se viene presentando con la dependencia de facturación paralelo a las diferentes áreas del hospital sobre las glosas que se generan constantemente y poder remediar este suceso en pro y beneficio del hospital san Antonio de Taraza.

Los datos recolectados se entregarán a la institución para que con base en evidencias, se tomen las decisiones necesarias para ajustar los procesos de facturación, de recepción de glosas y de evaluación de sus posibles causas, en pro de la recuperación de recursos económicos para la institución, de tal forma que en su debida aplicación permite mejores resultados financieros.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Identificar las causas de glosas en la prestación de los servicios de salud en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá durante el año 2020.

4.2 Objetivos específicos

1. Reconocer los diferentes tipos de glosas derivados de la atención en cada uno de los servicios en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá
2. Describir las principales causas de los diferentes tipos de glosas encontradas en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá
3. Clasificar las glosas de acuerdo a la frecuencia de ocurrencia en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá

5. Problema de investigación

¿Cuáles son las principales causas de glosas en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá en la prestación de servicios de salud durante el año 2020?

6. Marco teórico

6.1 Marco territorial

La E.S.E Hospital San Antonio se encuentra ubicada en el municipio de Tarazá, localizado en la subregión del bajo Cauca del departamento de Antioquia, situado a 222 km al norte de la ciudad de Medellín, se encuentra conformado por 5 corregimientos La Caucana, Puerto Antioquia, El Doce, Barro Blanco y El Guáimaro y posee 54 veredas, siendo su población actual de 39.257 habitantes.

La E.S.E Hospital San Antonio es una Empresa Social del Estado, de baja complejidad proporcionando un primer nivel de atención, que presta sus servicios de salud a la población taraceña, clasificando la atención en salud según su régimen subsidiado o contributivo. Los usuarios se encuentran distribuidos en su afiliación en cada una de las EPS que brindan sus servicios en el municipio, las cuales son Coosalud subsidiado con 18.688 afiliados y Coosalud contributivo con 1.516 afiliados, Savia Salud subsidiado con 6.843 más los afiliados a Savia Salud contributivo que deben verificarse en la página de savia salud www.saviasaludeps.com para verificar su afiliación, ya que no se cuenta con base de datos, Nueva EPS con 528 afiliados y Sumimedical con 368 afiliados; para las atenciones por evento se presta el servicio al personal de la Policía Nacional y a los afiliados a EPS Sura.

Los servicios de salud que se encuentran habilitados en la entidad son:

- Consulta médica general
- Odontología
- Laboratorio clínico
- Atención por enfermería: promoción y prevención
- Urgencias 24 horas
- Sala procedimientos menores
- Radiología
- Farmacia
- Vacunación

6.2 Marco conceptual

Las reformas a los sistemas de salud en el mundo, se encuentran en constante evolución, los retos que se presentan en la actualidad por medio de los constantes cambios en el entorno, conduce a atender desafíos que asigna la salud pública a nivel mundial; por consiguiente Colombia no es ajeno a esta situación donde se pretende abordar mejoras en la prestación de los servicios de salud por medio de una adecuada financiación, donde siempre prime la calidad de los servicios de salud mediante un sistema viable y sostenible financieramente para las instituciones de salud.

El tema de glosas, respuestas y devoluciones ha generado importantes inconformidades entre prestadores y pagadores a pesar del sustento normativo que el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido en cuanto a soportes de la facturación, causales de glosas y devoluciones y lo más importante en cuanto a los tiempos para los trámites, esto debido a que las IPS y las EPS no han implementado herramientas exitosas en lo que respecta al proceso de glosas y devoluciones que faciliten las actividades y permita ejecutarlas en los tiempos establecidos por la Ley. Esto afecta el flujo de caja por tanto se debe generar una solución a esta necesidad que no es ajena en todo el sistema de salud de Colombia (5).

Además, se reporta que existen entidades de primer nivel, las cuales deben monitorear las causas que afectan sus ingresos, una de ellas es la categorización de las glosas realizadas a la facturación, causa que afecta directamente los estados financieros y por supuesto el presupuesto anual de la entidad.

Se pretende establecer el comportamiento y el costo de las glosas, queriendo ver el impacto que este proceso administrativo y asistencial genera en la prestación de los servicios, enfocando toda la prestación en una atención óptima y de calidad que impacte significativamente en el crecimiento financiero de la institución prestadora de servicios de salud. (5).

Por esto adquiere gran valor para las instituciones el realizar estudios basados en evidencia científica en donde se reconozcan las principales causas de glosas que se presentan, para que con su gestión se fortalezcan sus estados financieros; el no

realizarse debidamente aparecerán costos adicionales y pérdida de liquidez financiera que afectan la supervivencia de los prestadores.

Para las instituciones del sector salud el hecho de poder ser y mantener una competitividad, productividad y viabilidad financiera, depende del realizar una gestión efectiva y positiva de sus procesos en la cual se tengan en cuenta todas las posibles variables que puedan afectar como son contar con un buen programa de auditoría, realizar auditorías pertinentes, procesos bien definidos, implementados, evaluados y mejorados, tener claridad en la contratación, adecuada socialización a los funcionarios de los procesos institucionales, personal competente y preparado en sus respectivas áreas, aspectos fundamentales para cumplir con las exigencias y necesidades de los entes de control, EPS y los usuarios (3).

Teniendo en cuenta que una ESE es una entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creada por la ley y por los acuerdos, cabe resaltar que la financiación de la misma, está constituida por el dinero que obtiene de los servicios que ofrece. En este sentido las fallas en los procesos anteriormente señalados dan como consecuencia una ineficiente gestión, lo cual no favorece el crecimiento y la sostenibilidad financiera. Clara demostración acontece en el proceso de auditoría y gestión de cuentas médicas, si se aumentan las glosas es un claro ejemplo de fallas en la gestión, que repercute en el soporte financiero (3).

La ley 100 de 1993 trazó un camino donde su objetivo es brindar y garantizar los servicios de salud a la población creando el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El SGSSS creado por la Ley 100 buscó, entonces, introducir y afianzar tres principios fundamentales en la prestación de los servicios de salud: 1. La eficiencia, entendida como la mejor utilización de los recursos tanto en términos sociales como económicos de los recursos, 2. La universalidad, como garantía de la protección en salud para todas las personas (que se traduce, en la práctica, en cobertura plena), y 3. La solidaridad como mecanismo que permite la transferencia de recursos particulares entre individuos con diferentes niveles de ingreso y/o de riesgo.

Para apoyar estos principios, el SGSSS se fundó en dos pilares: el aseguramiento, para alcanzar la cobertura universal, y la competencia regulada, para impulsar los niveles de eficiencia del sistema (6).

Gráfico 1. Funcionamiento del SGSSS bajo Ley 100 de 1993



Fuente: Elaborado con base en Oviedo (2007) y Chicaíza (2002) (6).

El sistema de salud creado también tiene en cuenta tres usos fundamentales de los recursos: el aseguramiento individual (“demanda”), los hospitales públicos o atención a los “vinculados” (“oferta”) y la salud pública (aseguramiento colectivo). En lo que concierne al primer uso, el funcionamiento del SGSSS parte de la diferenciación de la población, según su capacidad de pago, en dos tipos de regímenes: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado (6).

El sistema de salud en Colombia empieza a funcionar de la siguiente manera: el aseguramiento está a cargo de las EPS, las cuales pueden ser de carácter público o privado y tienen como función afiliar a la población. Igualmente, las EPS contratan con las IPS para que sus afiliados puedan acceder a los servicios que requieren en un centro de atención. Los recursos del sistema provienen tanto del presupuesto público,

como de aportes que hacen la mayoría de ciudadanos al sistema de acuerdo a su capacidad de pago; es decir son recursos públicos con destinación específica (7).

La implementación del SGSSS trajo consigo implicaciones para los centros de atención y especialmente para los hospitales públicos. Como segunda medida, y bajo los conceptos de descentralización y autonomía, los hospitales públicos son transformados en Empresas Sociales del Estado –ESE-, como un tipo de IPS (7).

Se considera la Empresa Social del Estado como una entidad con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden municipal, del primer nivel de atención o menor complejidad en salud, hoy nivel primario. Debe contar con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico, cuyo objetivo es la prestación de servicio de salud, entendidos estos como un servicio público a cargo del estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. En razón de su autonomía, la entidad se organizará, gobernará y establecerá sus normas y reglamentos de conformidad con los principios constitucionales y legales que le permitan desarrollar los fines para los cuales fue constituida (8).

En cuanto a sus dos más relevantes características están su forma de financiación y su estructura administrativa. Con respecto a lo primero, es ahí donde la relación EPS – IPS toma preponderancia, en la medida que las ESE van a funcionar mediante un sistema de reembolsos luego de la prestación del servicio. Esto quiere decir que las ESE(s) son contratadas por las EPS, para atender a los pacientes y cobrar por el servicio prestado, generando así sus ingresos. Con la creación del SGSSS, los hospitales al convertirse en empresas, transforman su función de tener el control de la salud sobre un territorio determinado, para pasar a ser centros de ventas de servicios de salud que se encuentren dentro del Plan Obligatorio de Salud –POS- (7).

La autonomía financiera es la que fundamenta que las ESE tienen como fuente principal de ingresos la venta de servicios. El problema con esta característica que adquieren las ESE es que la viabilidad financiera y no la rentabilidad social, será el centro del análisis para determinar su existencia.

El modelo de financiación estatal de la capacidad instalada de los hospitales fue reemplazado por los “subsidios a la demanda”; en consecuencia, su sostenibilidad

pasó a depender del pago de la facturación de los aseguradores del sistema, incluido el Estado mismo. La dificultad con ese modelo de financiación consiste en que tanto las EPS, que al ser unas intermediarias financieras controlan el flujo de dinero, como el Estado, no les pagan oportunamente las deudas a los hospitales luego de prestado el servicio al usuario, poniéndolas en serias dificultades administrativas y financieras. Esto ha llevado a que las ESE tienen que funcionar con carteras morosas que dificultan el pago a sus proveedores, a sus trabajadores y por ende tengan que reducir su capacidad y calidad para prestar el servicio de salud (7).

También las regulaciones por la ley para el funcionamiento del sistema de salud colombiano que generan constantemente múltiples cambios, afectan la prestación de los servicios contribuyendo a la inestabilidad financiera de las empresas, situación que las instituciones deben priorizar en procesos de calidad que ayuden al sostenimiento y durabilidad en el tiempo. Se trata entonces de identificar e intervenir procesos directamente implicados con los ingresos económicos de la empresa y la interrelación con todas las áreas que generan activos, para evitar o disminuir los errores que se puedan presentar en las actividades que se realizan diariamente.

Se debe tener en cuenta también la adecuada contratación, la pertinente facturación, las auditorías de las cuentas y el control de documentos, que previenen errores comunes en los servicios de salud. El modelo actual de salud en Colombia requiere parámetros de calidad, seguridad, oportunidad, descentralización y vigilancia del portafolio desde lo normativo hasta su implementación al ciudadano (8).

La Resolución 3047 de 2008 tiene como objetivo estandarizar las normas para estos cobros y es allí donde se ha detectado una crisis que afecta cada día a más hospitales y que radica en la falta de procesos estandarizados para los servicios de facturación; esto conduce a la formulación de glosas por parte de las entidades compradoras de servicios de salud sobre las instituciones prestadoras del servicio convirtiéndose en un factor que afecta la liquidez y estabilidad financiera (9).

El proceso de facturación en una IPS, es definido como aquella actividad en la cual intervienen personas jurídicas o naturales que mediante una negociación, se contrata un producto o un servicio y que se valoriza convertido en dinero. Este proceso se activa en el momento que un usuario solicita un servicio, continúa con su atención y

finaliza con el egreso de la institución. Para contar con una correcta facturación se debe contar con el apoyo de la norma, los servicios que se pactan en la contratación y el acuerdo de la entidad responsable del pago y la institución (10).

Se concibe la factura como un documento legal que refleja la operación de un servicio que se le realiza a los usuarios o personas, siendo esta un registro que valoriza y liquida los procedimientos, actividades y consumos (suministros y medicamentos) prestados a un paciente hospitalario o ambulatorio para efectos de cobro, que generan ingresos con los cuales se financiará la entidad (9).

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, los manuales tarifarios se han basado teniendo en cuenta el decreto 2423 de 1996, el cual cada año se van actualizando y son los llamados manuales tarifarios SOAT. Por su parte, el Instituto de Seguros Sociales en el año 1999 creó el Manual Tarifario ISS el cual también ha servido de referencia para las relaciones contractuales entre Prestadores de Servicios y Entidades Responsables de Pago.

Estos manuales además contienen:

- Manual tarifario SOAT (decreto 2923 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. El manual tarifario SOAT es una clasificación en donde se contempla el factor de cotización de distintas prestaciones derivadas de acciones y procedimientos. Se utiliza con fines para ver procedimientos y actividades que se necesitan liquidar en el área de facturación de acuerdo al salario mínimo legal vigente.
- Manual tarifario ISS 2000 acuerdo número 209 de 1999 (28 de abril) por el cual se aprueba el “manual de tarifas”, para la compra y venta de servicios de salud. Con el manual tarifario ISS 2000 se factura teniendo en cuenta las respectivas UVR (unidad de valor relativo), mediante las cuales se obtienen los valores de los servicios profesionales del cirujano, el anestesiólogo y el ayudante, y los demás ítems a tener en cuenta en un servicio hospitalario o ambulatorio (10).

Para los requerimientos de la factura, ellas deben contener: Información de la entidad o institución que expide la factura Razón social; NIT, dirección, teléfono, fecha, número del consecutivo, información del paciente, descripción detallada de servicios prestados, firmas (10).

En relación con la red de prestación de servicios el Decreto 4747 de 2007 la define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientada por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago; se busca con esto garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos (11).

Según el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, se establece que una 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 y que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud; mientras que una 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, ausencia de hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado (1).

Ante la presentación de una glosa se debe tener una adecuada gestión y manejo de ellas, por lo tanto, es necesario que en el contrato que se haya estipulado con la empresa contratante de prestación de servicios se establezcan claramente, los requisitos y plazos para su presentación por parte de la entidad contratante. En caso de no pactarse el plazo, se adopta el estipulado en la normatividad vigente como determina el Decreto 4747 del 2007. La glosa debe contener la relación de facturas o documentos equivalentes glosados, donde se especifique el número del documento, el nombre del usuario, el concepto glosado y la causa de la glosa.

Adicionalmente, debe traer anexas las facturas o documentos equivalentes y los soportes presentados por dichos servicios (9).

La empresa prestadora del servicio debe tener un adecuado procedimiento para la recepción y trámite de las glosas, en el que se considere la verificación del cumplimiento de los requisitos acordados para su presentación y las acciones a seguir en caso de incumplimiento. Para establecer claramente la fecha de recepción de la glosa por parte de la IPS, el funcionario encargado de esta labor, debe dejar constancia en el original, consignando su nombre, firma, fecha y hora de recibo. El proceso de este debe ser complementario y llevar un registro consecutivo de cuentas de cobro presentadas (9).

El decreto 4747 de 2007 definió además el proceso que se debía llevar a cabo para el trámite de glosas y respuestas a las devoluciones; esta normatividad se centra en tres puntos importantes:

1. Soportes de la facturación por tipo de servicio prestado
2. Causales de glosas y devoluciones
3. Tiempo en el trámite de glosas.

Las tablas 1 y 2 describen los pasos y los tiempos que se deben llevar a cabo para el trámite de glosas y su devolución; estos se describen a continuación:

Tabla 1.Trámite de Glosas (Decreto 4747 de 2007)

Entidad responsable del pago	Prestador de servicios de salud	Entidad Responsable del pago	Prestador de servicios de salud
Formulación de la glosa	Dar respuesta	Levantar total o parcialmente la glosa	Cancelar los valores de las glosas levantadas
30 días hábiles siguientes a la recepción de la factura	15 días hábiles siguientes a la recepción de la glosa Devoluciones, subsanar la glosa respetando la fecha de recepción.	10 días hábiles para la recepción de respuesta a la IPS	5 días hábiles siguientes al proceso para el levantamiento de glosa debe informar al prestador

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007

Tabla 2.Trámite de Glosas (Ley 1438 de 2011)

Entidad Responsable del pago	Prestador de Servicios de salud	Entidad Responsable del pago	Prestador de Servicios de salud	Entidad responsable del pago	Prestador de servicios de salud
Formulación de la glosa	Dar respuesta	Levantar total o parcialmente la glosa	Glosas subsanables	Cancelar los valores de las glosas levantadas	Conciliación
20 días hábiles siguientes a la recepción de la factura	15 días hábiles siguientes a la recepción de la glosa	10 días hábiles para la recepción de respuesta a la IPS	7 días hábiles para subsanar las causas de las glosas no enviadas y nuevamente a la entidad responsable	5 días hábiles siguientes al proceso de levantamiento de glosa informando al prestador la justificación de las glosas o la proporción que no fueron levantadas	Después de agotarse los términos previstos, acudir a la SUPERSALUD para que sirva como garante conciliatorio.

Fuente: Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011

Los motivos de glosa o devolución de la factura de acuerdo al manual único de glosas 2009 en temas relacionados con la adopción de los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de servicios de salud, se contempla que la codificación está integrada por tres dígitos, tal como se indica en el cuadro N° 01. El primero indica los conceptos generales. Los dos segundos indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general.

Cuadro N° 01. Elementos de la codificación

	General	Específico
Ejemplo	6	53

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Resolución 3047 de 2008

Los conceptos generales hacen referencia a la agrupación de procesos en los que se puede presentar una situación motivo de glosa. Estos se agrupan en nueve categorías (1).

Tabla 3. Codificación del Concepto General de glosas según se encuentra definido en la Resolución 3047 de 2008

Código	Concepto general	Aplicación
1	Facturación	Cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados
2	Tarifa	Diferencias al comparar los valores facturados con los pactados
3	Soportes	Aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4	Autorización	Servicios NO 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.
5	Cobertura	Aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan
6	Pertinencia	No existe 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
8	Devoluciones	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud
9	Respuesta a glosas o Devolución	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.

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Resolución 3047 de 2008

Los conceptos específicos hacen referencia los cuales se relacionan con el concepto general en la medida que se entienden como subprocesos contenidos en el concepto general. Puede contenerse en un solo concepto general o en varios (1).

Tabla 4. Codificación Concepto Específico

Código	Concepto específico
01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
03	Honorarios médicos en procedimientos
04	Honorarios otros profesionales asistenciales
05	Derechos de sala
06	Materiales
07	Medicamentos
08	Ayudas diagnósticas
09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
12	Factura excede topes autorizados
13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas).
14	Error en suma de conceptos facturados
15	Datos insuficientes del usuario
16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
17	Usuario retirado o moroso
18	Valor en letras diferentes a valor en números
19	Error en descuento pactado
20	Recibo de pago compartido
21	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud
22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
23	Procedimiento o actividad
24	Falta firma del prestador de servicios de salud
25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
26	Usuario o servicio corresponde a capitación
27	Servicio o procedimiento incluido en otro
28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud

29	Recargos no pactados
30	Autorización de servicios adicionales
31	Bonos o Boucher sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
32	Detalle de cargos
33	Copia de historia clínica completa
34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
35	Formato Accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
36	Copia de factura o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
37	Orden o fórmula médica
38	Hoja de traslado en ambulancia
39	Comprobante de recibido del usuario
40	Registro de anestesia
41	Descripción quirúrgica
42	Lista de precios
43	Orden o autorización de servicios vencida
44	Profesional que ordena no adscrito Servicio no pactado
45	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o del Fosyga
46	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
47	Informe atención inicial de urgencias
48	Factura no cumple requisitos legales
49	Factura ya cancelada
50	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.
51	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación.
52	Urgencia no pertinente.
53	Código y concepto adicionado por el artículo 3 de la Resolución 416 de 2009. El nuevo texto es el siguiente: Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Resolución 3047 de 2007

A continuación, se describen algunos estudios relacionados con el comportamiento de las glosas.

Según el estudio realizado en la clínica de Palmira Valle del Cauca, respecto a la identificación de glosas durante el segundo semestre del 2015, refieren que “Las glosas por parte de las entidades compradoras de servicio de salud a las IPS, (EPS Públicas y Privadas, Administradoras del Régimen Subsidiado, Aseguradoras SOAT, Administradoras de Riesgo Profesionales, Entes Territoriales y otras Entidades del Estado, etc.) se están convirtiendo en un factor que afecta la liquidez y estabilidad financiera de estas últimas. A esta situación se suma el tiempo que transcurre entre la prestación del servicio, la fecha de generación de la factura, el tiempo que se toman los Auditores para el visado previo, el recibido de las facturas en entidades deudoras, el tiempo de notificación de la glosa y todos los efectos contributivos con el cambio de facturas. Las glosas, respuestas y devoluciones han sido tema que genera inconformidades entre prestadores y pagadores, pueden surgir no conformidades parciales o totales de la factura respectivamente, que se informan por escrito al prestador dentro de los términos definidos, evitando un deterioro en la cartera que dificulte el flujo de caja adecuado para la institución. La situación de crisis financiera debido a las glosas por pagar se ha convertido en casi el cierre total de algunas instituciones en salud colombianas (4).

Un estudio realizado en la ciudad de Cali, sobre las causas de glosas y su impacto financiero en las entidades del estado colombiano, interpreta que las glosas son reducciones que afectan de forma parcial y/o total el valor de la factura por la prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión de cuentas. Considera que se presenta una disputa entre la IPS y la EPS, en donde una busca lograr el pago de los servicios que han sido brindados y la otra ahorrar dinero. Frente a esto, la salud se convirtió en un negocio, que en muchos casos es mal administrado y que tiene como consecuencia un gran impacto sobre la calidad de la atención en salud. Esto afecta puesto que al no tener el recurso financiero disponible no se puede contar con insumos suficientes para brindar un buen servicio a los usuarios, tal como lo dicta la ley, con accesibilidad, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia.

También se reporta que a nivel nacional, un alto porcentaje de las ESE se encuentran en alto riesgo financiero, estas dificultades generan obstáculos tales como: pagos

atrasados, reiteración de glosas, conciliación de cuentas médicas y aún más grave el no pago de estas facturas, que termina afectado de manera significativa el estado financiero de las ESE. También se describe que las principales causales de glosas en Colombia son: error de facturación, tarifas mal cobradas, falta de soportes, falta de autorizaciones, cobertura, pertinencia de servicio y devoluciones en la facturación. Las no conformidades pueden afectar de manera directa el retorno de recursos en las Entidades Sociales del Estado (12).

Otro trabajo realizado en la ESE Hospital Simón Bolívar en Bogotá, evidencian la decadente problemática que se presenta por parte de las EPS: “el no pago oportuno por parte de las EPS a los centros de salud (IPS-ESE) estrangula el sistema para poder prestar el servicio debido a que se requieren un sin número de recursos como medicamentos, tecnología, infraestructura, y el pago del personal de salud. No sería extraño preguntarse ¿Por qué las EPS no pagan oportunamente? El modelo de aseguramiento implementado con la Ley 100, dió la facultad a un tercero (EPS) de afiliar a la población y administrar recursos públicos con destinación específica. Igualmente el pago de las EPS a las IPS no se realiza debidamente ya que el control y la vigilancia por parte del Estado ha sido deficiente, teniendo en cuenta además los desfalcos y dineros que se han utilizado en otro tipo de inversiones en los últimos años por parte de estas entidades. Las EPS se encuentran por encima de la institucionalidad del Estado, siendo gigantes financieros difíciles de controlar. Esto representa un desequilibrio en el sistema de salud, ya que las IPS tanto públicas como privadas están subordinadas a las EPS y a las decisiones que estas tomen. Esto vulnera la autonomía de las IPS, y obstaculiza el objetivo de tener un sistema de salud eficiente (7).

La salud se afecta por múltiples factores, en todo el mundo se viven situaciones precarias en cuanto a este tema se refiere, en Latinoamérica específicamente en Chile se reporta un estudio que expresa “La gestión financiera del sector salud comprende una serie de desafíos y dificultades puesto que los recursos son limitados y el segmento de trabajo del sector público supone una alta demanda: desempeño de equipos con población vulnerable, brechas socioeconómicas y educacionales, alta morbimortalidad por enfermedades prevenibles”. En consecuencia de ello, los prestadores asistenciales necesitan grandes recursos económicos para satisfacer

eficazmente la atención de los pacientes, dado que la infraestructura, el recurso humano especializado, los insumos y el equipamiento requieren de un alto costo (13).

De acuerdo con el artículo sobre la caracterización de las glosas realizado en 2017 en la fundación universitaria del área andina en la clínica los rosales de Pereira, “existen porcentajes muy bajos sobre empleados que alberguen conocimiento sobre el estado económico de la entidad y la cultura de divulgación es casi nula, especialmente los cargos que generan un nivel de liderazgo y de empoderamiento sobre lo que sucede dentro de la institución”. Las instituciones deben invertir tiempo para que el personal conozca acerca de la situación financiera de la empresa, y para que sus funcionarios tengan acceso a los protocolos, a las guías que permitan realizar un adecuado uso de los recursos. Se hace necesario controles en la evaluación del seguimiento a los procesos, con el fin de tener atenciones pertinentes y oportunas que dan como resultado la disminución de las facturas glosadas para mayores ingresos económicos (14).

Las diferentes situaciones que se presentan con las glosas en el área de facturación de las instituciones de salud, han llamado la atención de varios investigadores, quienes a través de estudios exponen información de gran importancia, como lo cita el artículo a cerca de la caracterización de las glosas presentadas a la facturación de los servicios de salud en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín en donde consideran que “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 entidades responsables de pago (ERP), generan no conformidades a la facturación que se les presenta, las cuales se argumentan en ausencia de soportes, inconsistencia en tarifas, falta de pertinencia, autorización y cobertura, entre otras. Se comprende entonces 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. (15).

El estudio realizado sobre las principales causas de glosa en la ESE Hospital San Rafael de Oiba (Santander del Sur) demostró que en los servicios de salud en el tercer trimestre radican en errores administrativos en su mayoría y en errores asistenciales por parte del personal médico, los asistenciales en su mayoría los asumió la institución con compromiso del responsable, por ser incorregibles y los administrativos algunos son corregibles y conciliables y otros no. Las principales falencias del proceso asistencial y administrativo que permite que las EPSs glosen ciertas actividades sucede en época de capacitación en el manejo de un software nuevo, pero especialmente en el área de facturación, que es donde empieza el paciente el proceso para acceder a los servicios de salud, esto también se da como consecuencia del proceso de adaptación al nuevo software implementado (16).

Otra situación que se presenta constantemente en las entidades públicas como lo demuestra un artículo realizado en Ecuador es que estamos ante problemas de omisión de información en la historia clínica, este ingreso incompleto de información lleva a que se produzcan glosas por medicina injustificada de hasta el 25% del total glosado, varios factores conducen a que se den estas fallas en el momento de realizar las atenciones médicas, errores que deben ser clasificados y expuestos con claridad para lograr disminuir esas cifras. Teniendo esto en cuenta, es de suma importancia la formación de profesionales a través de la educación continua, la sensibilización e instruir al personal sobre la necesidad de registros correctos y las consecuencias de perder esa facturación para la institución, más allá del control y supervisión de registros, para que se presente una reducción en el número de glosas y una mejoría de la calidad de atención prestada. Otro punto importante a ser considerado también se refiere a la cantidad de trabajadores distribuidos en cada sector y sus jornadas de trabajo, habrá insatisfacción y menor calidad del servicio ofrecido. También consideran importante la constante comunicación entre los directivos y el equipo multidisciplinar, para proporcionar una asistencia adecuada en la calidad del paciente, sin perjudicar la salud financiera de la institución (17).

Los resultados del estudio realizado en la clínica Soma de Medellín en el año 2010, consolidaron todas las causas de glosa que allí se presentaron, del primer semestre, ordenadas de mayor a menor valor y se encontró que la primera causa de glosa se generó por la falta de soportes, entendidos como las lecturas de ayudas diagnósticas, soporte de terceros, detalle de cargos y epicrisis. La segunda causa más frecuente

de glosa fue el mayor valor facturado basado en las tarifas pactadas con las entidades. Aunque se considera evitable, de igual forma, en todos los casos no es responsabilidad exclusiva de la IPS, puesto que históricamente se han identificado algunas entidades responsables del pago que no actualizan sus manuales tarifarios, situación generadora de glosas hacia la Clínica. Estas a su vez posteriormente se convierten en glosas levantadas en el proceso de conciliación de cuentas, alterando el flujo de caja institucional, que sin ser vista de manera expresa como dilación del pago, si afecta el ingreso de recursos a la clínica. La tercera causa más frecuente de glosa, correspondió a la falta de autorización emitida por las EPS para la prestación de servicios. (18).

Continuando con el estudio de la Clínica Soma consideran que en los casos donde la prestación es ambulatoria, la falta de la autorización es completamente evitable, por parte de la IPS. Aquellos que no lo son, se atribuyen a negación de las EPS, aunque quede evidencia de la solicitud de la autorización por parte de la IPS. La cuarta causa más frecuente de glosa la ocupan los materiales y medicamentos según manual. La evitabilidad de esta causal de glosa es relativa, ya que el manual tarifario base de contratación tiene algunos conceptos claramente definidos, pero otros están sujetos a la interpretación que cada una de las partes haga de ellos. La quinta causa correspondió al no cobro de copagos, carencias y cuotas moderadoras. No se considera evitable por parte de la IPS, ya que el asegurador no debe generar glosa por este concepto, según el Artículo 26 del Decreto 4747 de 2007. Lo anterior genera un impacto económico negativo porque la EPS no paga a la IPS el dinero no recaudado, y aunque se podría cobrar intereses de mora por glosas injustificadas, no se hace, en pro de mantener las relaciones comerciales con la aseguradora (18).

Para concluir, un artículo realizado sobre el sistema de gestión de cartera en el Hospital Departamental San Rafael E.S.E de Zarzal – Valle, los motivos más precisos para la generación de glosas tienen que ver con: La parametrización de los valores, las Facturas sin soportes o con soportes ilegibles y la Falta de descripción y justificación de los procedimientos que se le realiza al paciente.

Se reporta en este estudio que a raíz de todos estos inconvenientes la Superintendencia Nacional de Salud recomienda:

- Disponer de políticas de cobro de cartera.
- Ser ágil en la recuperación de cartera.
- Realizar acciones pendientes para recuperar la cartera vencida.
- Realizar los cobros jurídicos (19).

Tabla 5. Normograma

Constitución política de 1991	Constitución Política de Colombia
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
Acuerdo 256 de 2001	Por el cual se aprueba el "Manual de tarifas" de la entidad promotora de salud del seguro social "EPS-ISS"
Decreto 1281 de 2002	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.
Decreto 1011 de 2006	Proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa.
Decreto 2423 de 2006	Artículo 1: - Campo de aplicación: El presente Decreto será de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas. Las entidades privadas deberán aplicarlo obligatoriamente cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en 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
Decreto 4747 de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones"
Decreto 4747 de 2007. Artículo 22	Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 4747 de 2007. Artículo 23	Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el

	<p>presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.</p>
Ley 1231 de 2008	<p>Por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones.</p>
Resolución 3047 de 2008	<p>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</p>
Resolución 416 de 2009	<p>Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones</p>
Ley 1438 de 2011	<p>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.</p>
Resolución 4331 de 2012	<p>Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009</p>
Resolución 2003 de 2014	<p>Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud</p>
Resolución 6408 de 2016	<p>Artículo 1. Objeto y ambiente de aplicación. La presente resolución tiene como objeto modificar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y establecer las coberturas de los servicios y tecnologías en salud que deberán ser garantizadas por las Entidades "Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)". Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS en el territorio nacional en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente</p>
Decreto 780 de 2016	<p>Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social El Ministerio de Salud, a través del artículo 2.5.3.4.12 del Decreto 780 de 2016, estableció el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas. Las IPS deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes de acuerdo con el mecanismo de pago establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos por el Ministerio de Salud, según lo establecido en el artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 de 2016.</p>

7. Metodología

7.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio fue descriptivo retrospectivo.

7.2 Población, muestra y muestreo

Se analizó las bases de datos e información de glosas suministrada por la dependencia de facturación y cartera de la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá, reportadas en el año 2020. Todas las glosas generadas en el año 2020 se incluyeron para el presente estudio, por lo cual no se realizó ningún tipo de muestreo.

7.3 Criterios de selección

Se tuvo en cuenta la documentación suministrada por las oficinas de facturación y cartera de la E.S.E del municipio de Tarazá referente a las glosas, sus causas, consecuencias.

7.3.1 Criterios de inclusión

Para este estudio se incluyó únicamente la información relacionada con las glosas que se presentaron en las diferentes áreas de la E.S.E Hospital San Antonio en el año 2020.

7.3.2 Criterios de exclusión

Se excluyó información incompleta o no apta para el análisis.

7.4 Procedimientos

Se revisaron las glosas y se estructuró una metodología en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá en las áreas de facturación, administrativa y asistencial, con el fin de encontrar las principales causas de glosas de manera oportuna, focalizar las que generan mayor impacto en la institución, priorizarlas, ya que estas crean inconsistencias administrativas, revalidación de procesos, retrasos en pagos, aumento de carga administrativa y menos ingreso de dinero, socializarlas con los comités, dependencias donde se prioricen y se busquen una solución inmediata.

La información contenida en tablas de Excel y documentos similares, suministrada por la unidad funcional de facturación y cartera, fue el objeto de análisis del presente estudio.

Las variables que se tuvieron en cuenta fueron: monto de facturación, número de glosas de cada mes, conceptos de glosas y devoluciones relacionadas con las áreas responsables. Se clasificaron y se priorizaron las glosas por frecuencia de aparición utilizando un análisis de Pareto.

Luego de la clasificación de los datos se procedió a la elaboración de tablas y gráficos explicativos de los hallazgos.

Para el análisis de las glosas siguiendo la metodología de Pareto, se clasificaron las glosas de mayor a menor cuantía por concepto general, para determinar el 20 por ciento (pocos vitales) que impactan significativamente el problema (20).

7.5 Consideraciones éticas

El presente estudio se ajusta a los principios de confiabilidad y discreción para manejo de documentos privados en el sector público (Ley 594, 2000). Por ello, la utilización de la información analizada y consignada, tiene como único objetivo en la aplicación de los conocimientos académicos adquiridos durante la especialización auditoria de servicios de salud.

De igual manera se tuvo en cuenta la normatividad de protección de datos (Ley 1581, 2012) y (Ley 1266, 2008), las cuales tiene como objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas de proteger los datos personales financieros, crediticios, comerciales y de servicios registrados en un banco de datos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales.

Para el estudio se envió un oficio a gerencia y al Comité de Ética institucional solicitando autorización para el acceso a la información según la Ley de Habeas Data con el fin de guardar confiabilidad y discreción para manejo de documentos privados en el sector público.

8. Resultados

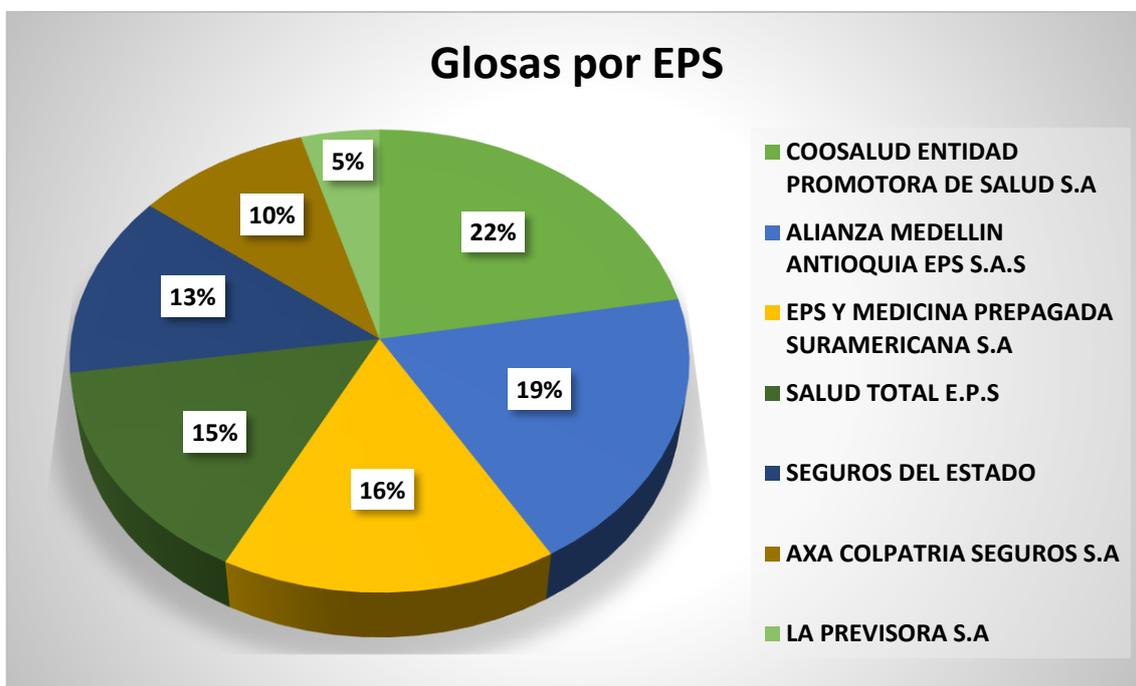
Basados en la información suministrada por el software XENCO y la persona encargada del área de facturación y cartera de la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá sobre las glosas que se presentaron en el año 2020, se evidencian varias situaciones que llevan a identificar las principales causas de glosas generadas en valor, mes, concepto más frecuente y EPS.

Gráfico 2. Valor de las glosas



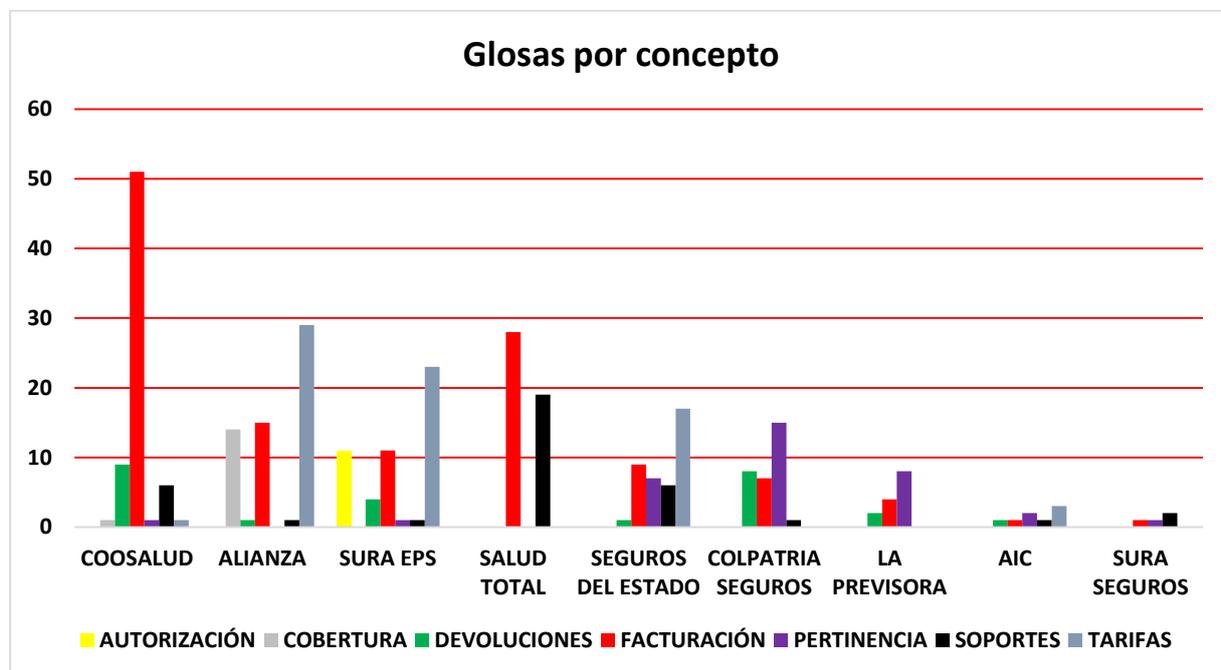
Fuente: Tablas de Excel suministradas por la dependencia de facturación

Se debe tener presente que la facturación radicada de la E.S.E Hospital San Antonio en el año 2020 fue \$1.319'918.077 pesos, generando un valor de glosa de \$308'681.266 pesos lo que representa el 23,39% de la facturación; el valor de las glosas aceptadas por la institución tuvo un valor de \$27'285.808 pesos correspondiente al 2,07% del total facturado y valor no aceptado de \$281'395.458 pesos que significa el 21,32% del valor de la factura total (Gráfica 2)

Gráfico 3. Glosa por EPS

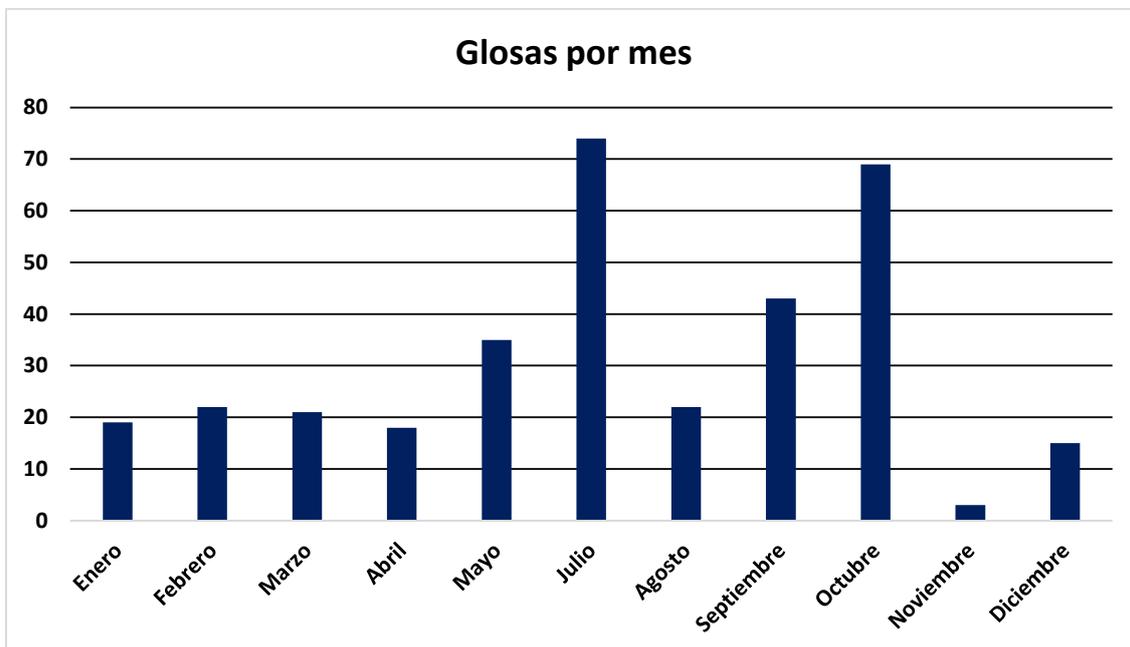
Fuente: Tablas de Excel suministradas por la dependencia de facturación

Tomando como referencia las principales entidades responsables de pago, que generaron más glosas durante el año 2020, están las del régimen subsidiado y con el mayor porcentaje se encuentra Coosalud EPS (Gráfica 3)

Gráfico 4. Glosas por concepto

Fuente: Tablas de Excel suministradas por la dependencia de facturación

En la E.S.E Hospital San Antonio se ofrecen servicios de salud al régimen contributivo, régimen subsidiado, entidades territoriales, SOAT y otros aseguradores; se reseña las entidades responsables de pago donde se analizan las glosas que se presentan según codificación del concepto general de glosas (Resolución 3047 de 2008); se evidencia que las EPS Coosalud presenta la glosa más alta por concepto de facturación basado en incumplimiento de metas de promoción y prevención pactadas en contrato por capitación y por exceder topes autorizados con los contratos por eventualidad (Gráfica 4).

Gráfico 5. Glosa por mes

Fuente: Tablas de Excel suministradas por la dependencia de facturación

En esta gráfica se aprecia el comportamiento en el número total de glosas recibidas mes a mes durante el año 2020 en la ESE Hospital San Antonio de Tarazá, basados en un total de 341 glosas definitivas. Se observa que los meses con mayor número de glosas definitivas fueron julio, septiembre y octubre respectivamente (Gráfico 5).

Tabla 6: Glosas por valor priorizadas por servicio

Valor de glosas generadas por servicio			
Servicio	Valor	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Promoción y prevención	\$311.311.449	83.99%	83.99%
Facturación	\$36.082.761	9.73%	93.72%
Admisiones	\$13.780.046	3.72%	97.44%
Servicio Farmacéutico	\$5.147.016	1.39%	98.83%
Médicos	\$3.743.800	1.01%	99.8%
Laboratorio	\$559.904	0.16%	100%
Total	\$370.624.976	100%	

Fuente: Tablas de Excel suministradas por la dependencia de facturación

Las glosas se priorizaron siguiendo la metodología de Pareto para identificar los “pocos vitales” y “los muchos triviales”, el “Poco Vital” más significativo resultó ser Promoción y prevención.

9. Discusión

Las glosas generan en las instituciones de salud afectación de los estados financieros que inciden en la liquidez de las mismas. Investigaciones consultadas como Bedoya Cols en el año 2019, Jaramillo Cols en el año 2017, Perez Cols en el 2020, entre otras referencias de literatura, muestran similitud en la problemática a partir de fallas encontradas en los procesos de facturación en las instituciones de salud colombianas.

Al entenderse la salud como servicio de oferta y demanda, toma mucha importancia en el sistema los procesos de la facturación, la liquidez y la rentabilidad de las instituciones prestadoras de salud - IPS tanto públicas como privadas; por tanto intervenir dichos procesos se logra disminuir o contener parte de la crisis financiera por la que atraviesan los prestadores para lograr el equilibrio financiero como lo propone Bedoya Gómez y cols (2019) (21).

En un estudio realizado en una ESE de primer nivel de Santander entre el periodo de julio de 2017 a junio de 2018 y formulación de plan de mejoramiento, se evidenció que el mayor número de glosas fue por las actividades de promoción y prevención, encontrándose que la responsabilidad recae en una EAPB (22).

En otra investigación realizada en Cali sobre las causales de glosas en los servicios de salud en el país, el mayor número corresponde a los montos de facturación y radicación por el incumplimiento de las metas en las actividades de promoción y prevención debido a que son muy altas para dar el cumplimiento esperado, semejante a lo encontrado en el estudio de Santander. (5)

Valverde (2017) realizó un estudio denominado “Plan de mejoramiento para la disminución de las glosas a la facturación del Hospital Luis Ablanque de la Plata del Distrito del Distrito de Buenaventura año 2014 -2017” encontrando que el mayor porcentaje de glosas se dio por tarifas, seguido por los recobros y autorizaciones; esto deja en evidencia las falencias en el proceso de facturación, específicamente en la entrega de soportes y relación coherente con servicio ofertado, facturado y posteriormente cobrado. (23)

Uno de los principales hallazgos de la presente investigación muestra que la glosa más alta se da por concepto de facturación, basadas en incumplimiento de metas de promoción y prevención pactadas en contrato por capitación y por exceder topes autorizados con los contratos por eventualidad, lo que sugiere que exista mayor comunicación entre la parte administrativa y la asistencial en el momento de estudiar los contratos con cada una de las EPS y entre las dependencias en el momento de facturar los servicios de salud prestados en la institución.

Hernández y cols (2017) evidenciaron 777 glosas, equivalentes a 60 glosas definitivas, por valor de \$1.054.702.703 de pesos representando pérdidas para la institución y aumentando los costos de no calidad. Además, se encontró que al finalizar este periodo quedó pendiente un total de \$2.437.610.845 pesos en facturas no radicadas, lo cual representa el 6% del total de la facturación. Las principales causas de glosas fueron de tipo administrativo, por la facturación y por la radicación (3).

El presente estudio refleja glosas definitivas en la facturación en el año 2020 que representa un porcentaje significativo, lo que afecta el patrimonio de la institución; en relación al mes donde más glosas se presentan es difícil tener conocimiento, ya que cada institución tiene procesos diferentes; en el estudio de Leiva y cols (14) en el mes de marzo se generó la mayor pérdida económica para la Clínica Los Rosales y en el presente estudio los meses con mayor número de glosas definitivas fueron julio, septiembre y octubre respectivamente.

Conclusiones

Las glosas afectan claramente los recursos financieros de una institución prestadora de servicios de salud, por lo cual es de vital importancia que los procesos de facturación permanezcan bien estructurados con información confiable, clara, veraz y oportuna.

Realizar, desarrollar y evaluar un programa de capacitación y entrenamiento en gestión de glosas al personal del área de facturación y personal involucrado en la prestación de los servicios ayuda a disminuir el riesgo de errores administrativos, en todo el proceso de facturación. A su vez realizar socialización de las principales causas de glosas por servicios e intervenir sus causas, permitirá que en la ESE Hospital San Antonio se cuente con una mejora continua en la prestación de los servicios y de esta manera se impacte en la disminución de glosas.

Las discrepancias entre los montos de facturación, radicación y excesos en los topes según lo autorizado, se generan por errores humanos en las diferentes dependencias, como también la falta de conocimiento para realizar la contratación con las EPS influyó en el mayor motivo de glosa, que se da por incumplimiento en las metas de promoción y prevención pactadas en la institución.

Se identificó a través de esta investigación la necesidad de implementar auditorias donde se realice seguimiento a las glosas, fomentando la capacitación constante del área asistencial y administrativa, con el fin de garantizar la reducción de las glosas y su costo para obtener provecho en la identificación oportuna de errores en los procesos administrativos.

Recomendaciones

Sensibilizar, capacitar y retroalimentar al personal que labora en la institución, en el análisis de la información, en conocimientos de las glosas y su normatividad, en facturación y cartera donde adquieran el compromiso para desarrollar un buen proceso que logre impactar positivamente las finanzas de la empresa.

Teniendo en cuenta el análisis de Pareto por valor de las glosas realizado en este trabajo, se sugiere iniciar la intervención de las mismas identificando los pasos a desarrollar para la solución del “poco vital” de Promoción y prevención, dado que al aplicar la acción correctiva allí genera el mayor impacto en la disminución del costo en lo glosado.

Realizar seguimiento periódico a las glosas generadas por la EPS para elaborar y ejecutar planes de mejoramiento, así se evitarán glosas posteriores por la misma causa y se disminuirán en cantidad y costo.

Concientizar al personal que atiende promoción y prevención en la institución sobre la importancia del cumplimiento de las metas ya que su incumplimiento representa un déficit financiero.

Realizar auditorías internas sobre el comportamiento de las glosas con el propósito de encontrar fortalezas y limitaciones que permitan su intervención en cumplimiento del mejoramiento continuo de la calidad.

Tener en cuenta en la ESE Hospital San Antonio realizar un adecuado análisis con respecto a los contratos a firmar de cada EPS, divulgar con el personal los principales criterios y realizar un riguroso seguimiento de los mismos.

Referencia bibliografía

1. Colombia. Ministerio de la Protección social. Resolución 3047 de 2008 por medio de la cual se define 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. Bogotá: El ministerio; 2008.
2. Colombia. Congreso de la República de Colombia. 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 congreso; 2011.
3. Hernández Aguilar CM, Chinome Sarmiento JP, García Camargo L, Martínez Prada AY. Análisis de causas de glosas en la E.S.E Hospital San Vicente de Arauca durante el periodo de Enero a Diciembre de 2016 y planteamiento de recomendaciones para su mejoramiento. Universidad de Santander. 2017.
4. Ordoñez AM. Identificación de glosas en la Clínica Palmira, durante el segundo semestre del año 2015. Fundación Universitaria del Área Andina. 2016.
5. Pérez Ramírez C, Valencia Castaño AM. Causales de glosa en los servicios de salud colombianos. Universidad Santiago de Cali. 2020.
6. Santa María M, García F, Rozo S, Uribe MJ. Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. Fedesarrollo. 2009
7. Will de Moya G. Las empresas sociales del estado y el derecho fundamental a la salud. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. 2016
8. Chernichovsky, Prada SI. Ajustes a la arquitectura del sistema general de salud de Colombia: una propuesta. ELSEVIER. 2015.

9. Cadavid Zuluaga V, Londoño Vanegas SI, Marín Orozco DY, Peña Marulanda SP. 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. Universidad CES. 2016.
10. Arias Bello CF. Sistema de gestión de calidad para el área de facturación del Hospital Regional de Sogamoso. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. 2017
11. Colombia. Presidente de la República de Colombia. Decreto 4747 de 2007 por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Presidencia; 2007.
12. Villadiego Orozco A, Torres Baena X. Causales de glosas y su impacto financiero en las entidades sociales del Estado de Colombia. Universidad Santiago de Cali. 2020.
13. Ayala Aldana N. Evaluación de los costos totales de las prestaciones ges en un Hospital de baja complejidad de la red del servicio de salud del Libertador Bernardo O'Higgins. Universidad de Finis Terrae. 2018.
14. Leiva Quintero TL, Ramírez García LF, Sanchez Cardona YD, Vélez Ramírez D. Caracterización de glosas, Clínica los Rosales de Pereira, enero – septiembre de 2017. Fundación Universitaria del Área Andina. 2018.
15. Agudelo Hoyos M, Álvarez Méndez W, Buelvas Oliveros K. Caracterización de las glosas presentadas a la facturación de los servicios de salud en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín, 2019. 2020.

16. Espitia Rozo PA. Identificación causal de glosas aplicadas en los servicios de salud en el tercer trimestre de 2014 en la E.S.E Hospital San Rafael de Oiba. Universidad Autónoma de Bucaramanga. 2015.
17. LLaguno Buzetta AA. “Manejo de procesos para ingreso de información en historias clínicas vs. Glosas por medicina injustificada”. Universidad de Guayaquil. 2016.
18. Restrepo Vélez C, Vélez Parra PJ. Evaluación y tipificación de glosas en la clínica Soma en el primer semestre de 2010, evitabilidad e impacto en los costos de no calidad. Universidad CES. 2011
19. Ruiz Nuñez DM, Carvajal Mazuera LP. Sistema de gestión de cartera en el Hospital Departamental San Rafael E.S.E de Zarzal – Valle. Universidad del Valle. 2013.
20. Enrique Rus Arias (07 de octubre, 2020). Diagrama de Pareto. Economipedia.com
21. 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. Fundación Universitaria del Área Andina. 2019.
22. Jaramillo Duarte AP, Plata Benavides LJ. Análisis de glosas en una E.S.E de primer nivel de Santander entre el periodo de julio de 2017 a junio de 2018 y formulación de plan de Mejoramiento. Universidad de Santander. 2019.
23. Valverde Valencia V. Plan de mejoramiento para la disminución de las glosas a la facturación del Hospital Luis Ablanque de la Plata del distrito de Buenaventura año 2014. Universidad Del Valle Sede Pacífico; 2017.

24. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El congreso; 1993.
25. Colombia. Congreso de la República de Colombia. 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. Bogotá: El congreso; 2007.
26. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1231 de 2008 por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El congreso; 2008.
27. Colombia. Ministerio de la Protección social. Resolución 416 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.
28. Colombia. Presidente de la República de Colombia. Decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá: Presidencia; 2016.
29. Colombia. Ministerio de la Protección social. Resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: El ministerio; 2014.
30. Colombia. Ministerio de la Protección social. Resolución 6408 de 2016 por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bogotá: El ministerio; 2016.
31. Colombia. Ministerio de la 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 416 de 2009. Bogotá: El ministerio; 2012.

32. Colombia. Presidente de la República de Colombia. Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Presidencia; 2006.
33. Colombia. Presidente de la República de Colombia. 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. Bogotá: Presidencia; 2002.
34. Colombia. Presidente de la República de Colombia. Decreto 2423 de 2006 por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Presidencia; 2006.
35. Acuerdo 256. Por el cual se aprueba el "Manual de Tarifas" de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social "eps-iss". Bogotá: Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales; 2001.
36. Colombia. Presidente de la República de Colombia. Decreto 1876 de 2007 por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado. Bogotá: Presidencia; 2007.
37. Quintana R, Salgado L, Torres D. Gestión de glosas para prestadores de servicios de salud. Universidad Sergio Arboleda. 2016.
38. Arango Quintero MC, López AF. Modelo de administración de glosas en la IPS Universitaria de la ciudad de Medellín. Universidad CES. 2011.
39. Perez Lozano EE. Análisis de la generación de glosas en un hospital social del estado, una aproximación al caso del Hospital San José Ortega Tolima. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. 2015.

40. Albarracín Villamizar LY, Carvajal Pérez Y, Garcés Fuentes MI. Diseño de un sistema de codificación de glosas a la facturación por atención en la IPS Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia. Universidad CES. 2008.
41. Corrales Gallego M, Corrales Rodríguez MM, Gómez Rodríguez IC, Hincapié Díaz LF. Auditoría al Proceso de Facturación del Servicio de Hospitalización del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado. Universidad CES. 2013.
42. Chavarria Chavarria T. Desarrollo e implementación de una herramienta para la validación de cuentas médicas y gestión de glosas en el sector salud en Colombia. Universidad Pontificia Bolivariana. 2018.
43. García PA, Osorio Viera S. Propuesta de mejoramiento en proceso de facturación E.S.E del Rosario – Ginebra Valle. Universidad Católica de Manizales. 2019.
44. Beltran Aguilar J, Cabeza AR. Evaluación de la calidad del servicio de facturación de la E.S.E Hospital Local Nuestra Señora de Santana (Magdalena) en el primer semestre de 2013. Universidad de Cartagena. 2014.
45. Castillo Ortiz A, Franco Cárdenas AJ, Giraldo Castaño EV. La importancia de los procesos de facturación en el equilibrio financiero de una E.S.E. Universidad Católica de Manizales. 2015.
46. Álvarez Mendoza CA, Rodríguez Camacho DB. “Optimización del proceso de facturación de la Fundación HOMI – Hospital de la Misericordia de Bogotá, D.C.”. Universidad Libre. 2011.
47. Hernández Rivera J, Torres García MF, Gérez González EC. Causal de glosa en la facturación de servicios de salud en la IPS Odontológica Santa María S.A.S en el primer semestre 2017. Fundación Universitaria Área Andina. 2018.

Anexos

Tarazá Antioquia, 15 de Abril de 2021

SEÑORA

Julieth Flórez Uribe

GERENTE

ESE Hospital San Antonio

Asunto: Solicitud análisis de datos de la institución, área facturación.

Cordial Saludo

De acuerdo al asunto de referencia nos permitimos solicitarle su apoyo para realizar un trabajo de análisis sobre las principales causas de glosas presentadas en el año 2020, en la institución que representa, puesto que estamos cursando la especialización en auditoría en salud en la Universidad de Antioquia Sede Medellín, el anteproyecto de grado titulado "ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE GLOSAS EN LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARAZÁ AÑO 2020" nos permitirá además de realizar nuestro proyecto, darle a conocer los resultados para realizar estrategias de mejora, que serán beneficiosas en el proceso financiero de la institución.

Reiteramos que el proyecto de grado cuenta únicamente con fines académicos y nos comprometemos a no utilizar los datos con ningún otro fin, guardando la confidencialidad de los mismos.

Atentamente



María Victoria Morelo Agudelo

Edison Camilo Cadavid Carvajal

Estudiantes Especialización Auditoría en Salud, UdeA.

*Ado Julieth Flórez Uribe.
16 de Abril de 2021*