

**CAUSAS DE GLOSAS EN UNA ENTIDAD DE SEGUNDO NIVEL  
DE COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA  
RISARALDA, DURANTE EL II SEMESTRE DEL AÑO 2020**

MARÍA ALFENIS MORALES ARREDONDO  
MILADY PAPAMIJA GUETIO  
VALENTINA GÓMEZ CARMONA



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE  
DIRECCIÓN DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD

PEREIRA  
AÑO  
**CAUSAS QUE OCASIONAN GLOSAS EN UNA ENTIDAD DE  
SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO  
DE PEREIRA RISARALDA, DURANTE EL II SEMESTRE  
DEL AÑO 2020.**

MARIA ALFENIS MORALES ARREDONDO  
MILADY PAPAMIJA GUETIO  
VALENTINA GOMEZ CARDONA

Trabajo para optar por el título de Especialista en Auditoria en Salud

Nombre del asesor temático  
Dora Cristina Buitrago Trujillo,  
Diego Carmona Carmona

Nombre del asesor  
metodológico María del Pilar  
Gómez González

DIRECCIÓN DE POSGRADOS

# ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD

PEREIRA

AÑO

## Tabla de contenido

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA</b>	<b>8</b>
2.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
<b>3</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>ANTECEDENTES</b>	<b>11</b>
4.1	SUBTÍTULOS	11
4.2	SUBTÍTULOS	12
4.3	SUBTÍTULOS	12
<b>5</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
5.1	OBJETIVO GENERAL	13
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
<b>6</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>14</b>
6.1	MARCO CONCEPTUAL	15
6.2	MARCO NORMATIVO	16
<b>7</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>17</b>
7.1	TIPO DE ESTUDIO	17
7.2	POBLACIÓN	17
7.3	UNIDAD DE ANÁLISIS	17
7.4	MUESTRA	18
7.4.1	<i>Marco muestral</i>	18
7.4.2	<i>Muestreo</i>	18
7.4.3	<i>Tamaño de muestra</i>	18
7.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	18

7.6	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	18
7.7	VARIABLES	18
7.8	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	19
7.9	PLAN DE ANÁLISIS	19
7.10	RESULTADOS ESPERADOS	20
7.11	COMPONENTE BIOÉTICO	20
7.12	IMPACTO SOCIAL O/Y INNOVACIÓN, O RESPONSABILIDAD SOCIAL	21
<b>8</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>22</b>
<b>9</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>23</b>
<b>10</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>24</b>
<b>11</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>25</b>
<b>12</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>26</b>
<b>13</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>27</b>
13.1	CONSENTIMIENTO INFORMADO	27
13.2	INSTRUCTIVOS	27
13.3	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	27
13.4	CRONOGRAMA	27
13.5	PRESUPUESTO	27



## Lista de tablas



## Lista de gráficas





## 1. INTRODUCCIÓN

En Colombia el sistema de salud está formado por diversos actores que entienden el desempeño de la salud de los pacientes y su proyecto de beneficios, sea subsidiado o contributivo; en ellos permanecen: el estado, los aseguradores, los prestadores y entidades especiales como (fuerzas militares, magisterio, las universidades públicas y compañía de Colombia como ECOPETROL), estas últimas entidades mencionadas antes poseen un funcionamiento distinto que no va en las causales de glosas de este plan.

La resolución 1536 de 2015, en sus responsabilidades está en sus responsabilidades establece que las EAPB, tienen que llevar a cabo la caracterización de la población que tiene a cargo en su departamento, distrito y municipios donde tenga la población afiliada, y de esta forma articularlo con las IPS que tengan contratadas. Es por lo cual las EPS permanecen forzadas a estar en constante mejoramiento administrativo; con el fin de brindar una atención con calidad de los servicios de salud, los cuales son prestados por las IPS que contratan, bajo las normativas legales la ley 1122 de 2007. Dichos procesos legales están afectando de forma económica a los servicios de salud brindados y perjudica directamente las instituciones vinculadas con las EAPB.

Las afectaciones económicas de las instituciones que prestan servicios en salud están dadas por glosas y los tipos de contratación que se haya realizado. Las glosas que se crean se han convertido en un obstáculo para que las IPS disfruten de las ganancias generados de la utilidad de los servicios prestados por las EPS. Estas glosas permanecen ocasionadas por fallas administrativas, humanas, fallos de facturación, entre otras. Lo cual provoca que no se cumpla a cabalidad lo requerido por la EPS para desembolsar el dinero que corresponde por los servicios prestados, lo cual la hace una deuda morosa para las entidades.

Es por lo que este proyecto busca determinar las principales glosas presentadas en una entidad prestadora de servicios de salud, permitiendo así comprender cuanto afecta económicamente a la entidad y así poder sugerir un plan de acción que le proporcione a la entidad el goce de los recursos no perdidos en las glosas.

## 2. PROBLEMA

### 2.1 Planteamiento del problema

El sistema de salud de Colombia por medio del tiempo vino llevando a cabo diferentes cambios para renovar los servicios de salud, en los inicios de la constitución de 1886 la salud era una obligación del sector gremial y la financiación perteneció a los empleadores, este contraste para la época era notoria por el porcentaje de desempleo que estaba en el instante, las instituciones no tenían proyecto predeterminado para la atención en salud, lo cual se convertía en una estabilidad social a demanda, lo cual hacía percibir una mala planificación y caracterización poblacional de la región de Colombia. (Robayo, 2017)

En 1946 se da sitio a la construcción de entidades que regulen el sistema de estabilidad social, dando construcción a (CAJANAL Y ISS). Con la creación de estas entidades se muestra el valor de mejora el dinero de los usuarios. El planteamiento de reorganizar las instituciones es bueno para la población, el problema que se muestra son los intereses individuales y políticos para el beneficio de entes particulares. (2)

El sistema general de seguridad social en salud planteo un esquema fraccionado en 2 regímenes, esto se crea conforme el objetivo estipulado por la constitución política de 1991, el cual se refiere al derecho irrenunciable a la salud. donde el contributivo tiene la probabilidad económica de costear los costos de salud y el subsidiado son quienes requieren de ayuda gubernamental para cubrir los costos de salud. se ha descubierto que entre estas categorías hay un quiebre en la cobertura del plan de beneficios, debido a que el destino de los recursos es ineficiente para cierta población que está en departamentos apartados. (3) Esto se ha evidenciado en los diversos inconvenientes financieros que se ha creado por la ausencia del apoyo económico a los entes territoriales a la financiación de la UPC (Unidad de Pago por Capitad) ya que se le asigna a todos los miembros, las EAPB niegan el pago a las instituciones por los servicios de salud prestados por la entidad, lo que llevan a generar tutelas, esto hace que haya recobros por los servicios no pactados es decir servicios de salud no contratados, al momento de facturar finalmente no se recaudan.

Por último, poseemos la ley 100 de 1993 que todavía se mantiene actualmente, con sus diversas modificaciones le da un cambio interesante al modelo de salud y financiamiento lo cual lleva a perfilar a la salud como derecho fundamental, dando una estabilidad social, que lleva unos principios como los son, eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y colaboración. En la ley se discrimina los servicios ofertados por la red que ofrece los servicios de salud a toda la población ya que los servicios ofertados por la red se dividen en POS Y NO POS, lo cual lleva a un déficit de calidad en los servicios de salud, esto por llevar a cabo reglas para regular y mantener el control de los

servicios de salud.

los constantes cambios que ha tenido el sistema de salud y seguridad social han llevado a que la corte constitucional analice los aspectos débiles que tiene el sistema y de esta forma darle una optimización en los cuales se enfatiza la centralización de la red de los servicios en salud, y con aquello la afectación de un conjunto de la comunidad en particular como lo son (menores de edad, embarazadas, adulto mayor, pacientes en condición de discapacidad). (4)

En Colombia los modelos de contratación poseen una gigantesca implicación en el modelo de atención en salud, esto dado por la ley 100 de 1993, las EPS en busca de garantizar la universalidad del aseguramiento, afilia a numerosa persona, lo cual sitúa en problema a las IPS que son las entidades contratadas para que atiendan a sus afiliados, debido a que esto producen más glosas, y cada cliente factura de convenio al tipo de servicio usado y pactado con la EPS.

Las glosas (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). Esta es una de las primordiales razones de déficit financiero debido a que dio sitio a pérdidas millonarias de parte de quienes prestan el servicio, en este caso las IPS o ESE. Este déficit financiero perjudica a los usuarios de forma directa y de forma indirecta. (5)

Al generarse una glosa se convierte en un problema para la entidad o sea entre prestador y pagadores, debido a que puede surgir no conformidades total o parcial de la factura, estas tienen que ser informadas por escrito al prestador, en las reglas que pide la ley, para evadir un detrimento en la economía de la entidad, viéndose perjudicado de esta forma el flujo de caja.

Las glosas pueden ser causadas por diferentes aspectos, dentro de ellas se encuentra: monto por evaluar, devolución de mayor valor, rechazo de la factura, tarifas mal aplicadas, documentación incompleta, desconocimiento de las actividades a realizar. Cada actividad debe estar realizada con la prestación de servicio de salud y esta debe ser facturada; proceso del cual se desprenden objeciones y glosas por parte de las aseguradoras

Se pretende conocer con el trabajo de investigación cuáles son esas causas más frecuentes de glosas, que podrían relacionarse con actividades no contratadas con la institución, no evidencia de la actividad realizada, mal diligenciamiento de los soportes de la factura. Esto ocasiona el problema central; generando efectos negativos que pueden llevar al no recaudo de fondos, disminución de ingresos, afectando de forma directa los recursos para brindar servicios de calidad e insuficiencia para el pago de nómina del talento humano. Por lo anterior, de los resultados analizados se pretende

efectuar un plan de mejoramiento con el fin de evitar glosas que sean susceptibles de mejorarse.

## **2.2 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las causales de glosas en una entidad de segundo nivel de complejidad en el municipio de Pereira Risaralda, durante el II semestre del año 2020?



### 3. JUSTIFICACIÓN

La no conformidad de la factura de las entidades de salud, de las empresas aliadas deben ser resueltas por parte del prestador de servicios de salud. La entidad de salud en la cual se está desarrollando el proceso de investigación, pretende identificar las causas de las glosas para así disminuirlas, planteando estrategias y planes de mejora que ayuden a la entidad con el flujo de caja, evitando demoras en el pago, acumulación de glosas y facturas sin resolver.

Todo este proceso de investigación constituye una fuente de información para analizar las principales causas que ocasionan glosas, permitiendo identificar las fallas más frecuentes en el proceso de facturación, y así poder obtener rentabilidad financiera para la institución.

Las glosas se han convertido para las EPS en un componente de contención de gastos, afectando la liquidez y estabilidad financiera de las IPS y del sistema de salud en general actualmente. Para el proceso de pago de facturas según la ley hay unos plazos establecidos, que normalmente deberían durar 30 días, pero estas se extienden hasta por más de 200 días, lo que generara demoras en el pago para la institución.

El presente trabajo busca identificar las diferentes glosas que se presentan en facturación en una entidad prestadora de salud, podríamos encontrar causas de glosas por falta de una buena redacción en el registro, por parte de los trabajadores de la salud, se originan las glosas que afectan el recaudo de la cartera y consecuentemente no se recupera el costo de la atención, este fenómeno se presenta en muchas entidades del estado y no les permite ser costo efectivo. El problema de muchas entidades hospitalarias es que al desconocer los errores de su equipo de trabajo no permite que se gestione una solución; disminuyendo la cantidad de glosas recaudadas durante el mes.

Se ha encontrado en la literatura que las glosas y la mala facturación es ocasionada por desconocimiento del personal; por eso es que diferentes investigaciones tratan de buscar la manera de corregir el error de las instituciones hospitalarias al momento de la facturación, por eso la importancia de las auditorias hospitalarias para mejorar las fallas de la facturación y las glosas un ejemplo de esto es el artículo de efectos financieros de causas generadas de glosas y descuentos en facturación. (6)

El presente proyecto buscara identificar las principales causas que ocasiona la glosa y sus efectos financieros, por eso es importante conocer el estado de facturación de la entidad en la que se está trabajando. Para así proponer un plan de mejoramiento con la auditoria, haciendo que la institución de salud, preste sus servicios con calidad, y llevando un manejo financiero adecuado.

#### 4. ANTECEDENTES

A nivel mundial el sistema de salud varía de acuerdo con el sistema político, social que se encuentre, dentro de ellos tenemos el sistema de salud europeo que maneja dos modelos uno de ellos es el modelo Bismarck: El estado asegura las prestaciones sanitarias por medio de cuotas obligatorias. y el modelo Beveridge: en los cuales la financiación de la sanidad pública viene de los presupuestos en general del Estado y es prestada, asimismo, en condiciones de universalidad, igualdad y gratuidad. teniendo en cuenta la siguiente información el sistema de salud en Europa es uno de los grandes ejemplos a nivel mundial pues manejan dos sistemas con gran calidad incluyendo el servicio público y privado, dando la mejor atención a sus pacientes; lo único que no incluye el sistema, son los servicios dentales y de optometría. (7)

En Latinoamérica el sistema de salud no es diferente, pues de acuerdo con el país se ve reflejado la atención y manejo de la salud, ya que en algunos países ya maneja la universalidad de atención y otros apenas se encuentra en desarrollo de ello. Un ejemplo de ello es Brasil; un estudio realizado en misionado país refiere que la mayoría de las glosas, que son no conformidad, están dadas por el personal de enfermería, por diferentes causas como lo es: ausencia de notas, usencia de medicamentos de control; aunque el impacto financiero sobre esta no fue significativo, si es importante recalcar que una buena auditoria sobre las fallas, mejora no solo el campo financiero si no también la calidad en la atención en salud. (8)

En el centro Hospitalario de salud de lima Perú los problemas de gestión que se evidencia, son el producto de la falta de eficiencia en la aplicación de los mecanismos de control en el área de facturación y cobranza entre otras áreas, lo que ha originado hallazgos y observaciones de parte de la auditoría interna de la institución y de la auditoría externa dispuesta por la Contraloría general de la república. En tal sentido y a fin de revertir esta situación problemática, es necesario aplicar los mecanismos de control establecidos en las normas técnicas de control internos, para que favorezcan el funcionamiento orgánico y uniforme de la gestión de los servicios hospitalarios de modo que contribuyan a optimizar los sistemas administrativos de gestión y de control interno en el marco de las metas. (9) los controles deficientes en las actividades de gestión no proporcionan el debido cumplimiento de las políticas de optimización de los servicios hospitalarios, la falta de entrega de información oportuna interfiere en el control y eficacia de los servicios que se presta.

En el Hospital José Carrasco Arteaga Ecuador las causas más comunes de un hallazgo en la auditoria de gestión en el sector público: desconocimiento del entorno y de la institución, negligencia o descuido, deshonestidad, ausencia o ineficiencia del sistema de control interno, falta o inadecuada supervisión, falta de capacitación y entrenamiento del personal, ausencia de comunicación de decisiones políticas, desconocimiento de las normas.(10) la auditoria se ha convertido en una herramienta esencial, por lo que permite un análisis de los proceso específicos diseñando así criterios de valoración para

disminuir las glosas y así poder que el proceso de facturación se más ágil.

El trabajo aborda la ocurrencia y la aparición de glosas en la IPS del municipio de Buenaventura en el Valle del Cauca. Para ello se solicitó información a dicha organización que facilitara el análisis. La información aportada corresponde al periodo comprendido entre el 1/01/2019 y el 30/06/2019. En dicho periodo se encontraron 55 ocurrencias de glosas por un costo cercano a los setenta millones de pesos. La principal causa de este fenómeno está referida a inconsistencias en el parte asistencial seguido por diferencias entre la facturación y lo autorizado por las EPS (11). lo anterior, le exige a las EPS la administración eficiente de los recursos financieros y sean participe de los procesos de evaluación de la calidad llevados a cabo en el interior de las IPS.

La evolución del sistema de salud ha generado muchos cambios, ya que la salud va encaminada con el cambio económico, social, político que sufre el país en cada época de la historia, iniciando desde el año de 1945 cuando se crea la caja de previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y en el año de 1946 se da creación al instituto colombiano de seguros sociales, este atendía a los empleados del sector privado con empleo formal.

Antes de que se creara la ley 100 de 1993, el recurso financiero se veía opacado por la inequidad del presupuesto que destinaba el gobierno para el sistema de salud, con la ley 100 de 1993 se crea un modelo que permite manejar y evaluar los recursos que se destina al sistema de salud, al crearse un nuevo modelo, surgen nuevos problemas, una de ellas es la no conformidad con las facturas, llamadas glosas.

Las glosas afectan en gran medida la facturación que se tiene para el cobro de los servicios prestado, y más aún cuando esta no se recupera de aquellas malas facturaciones, haciendo que la institución financieramente entre en crisis prestando un mal servicio de salud, esto se evidencia en el centro hospitalario San Juan Bautista de Taminango, que a pesar de no tener problemas legales financieramente si estaba quedando en falencias al tener un mal manejo de las glosas que se generan en la institución, en consecuencia se debe tener de una buena administración y auditoria para dar un buen manejo acerca de las glosas que se generan y como esta afecta a la institución de salud, para acceder en un plan de mejoramiento revisando las causales de glosas.(6)

Se ha evidenciado que en diferentes artículos el manejo de las instituciones de salud, va de la mano de la parte administrativa, financiera, auditoria, junto con los trabajadores, para dar como resultado una buena atención en salud, se ha evidenciado que la glosa en su mayoría es por falta de control administrativo, al no generar una auditoria para ver las fallas que se presenta en el campo; al no realizar dicha auditoria, se acumulan las glosas ocasionando un desajuste financiero en la institución prestadora de servicio de salud, esto da como resultado falencias en la atención en salud que ofrece la institución; en los artículos científicos dan una solución acerca del problema de la mayoría de instituciones, y es que una buena auditoría interna evita que las glosas por facturación,



sean en exceso ocasionado problemas financieros como se menciona anteriormente. (12–14)

En Colombia la salud a partir de la ley 100 de 1993, que reformó el sistema de salud tiene como principal objetivo es garantizar la salud a todos los colombianos; esto dio paso a que las entidades privadas puedan manejar la salud y recursos destinados para la salud de los colombianos; dividiéndose así en dos regímenes contributivo y subsidiado. esto dio como resultado que las empresas responsables de pago contraten a lps para prestar los servicios.

Al implementar la ley 100 se crearon los siguientes principios: Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación, con estos principios en especial la Eficiencia, la institución deben dar la mejor utilización económica de los recurso técnico y financiero disponibles para que los beneficios al que da derecho a la seguridad social sean prestados en forma adecuada oportuna y suficiente.

En Colombia el manejo de salud está dado por EPS, IPS que son las que contratan los servicios de acuerdo con el sistema nacional de salud, que debe cumplir ciertos requisitos para la atención y pago de este, la resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009, define el concepto de glosas y sus derivaciones. (15)

El manejo de salud en Colombia, depende de la modalidad de contratación de los servicios; en ello se tiene modalidad por capitación que consiste el valor que reconoce el sistema a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en el plan obligatorio de salud, sin distinción o segmentación alguna por niveles de complejidad, tecnologías específicas o Entidades Promotoras de Salud (EPS), tipos de prestadores de servicios, ni por las diferentes modalidades de pago y contratación de servicios que podrían existir.(16)

### Fundación Universitaria del Área Andina

La salud en Colombia el sistema de seguridad social en salud está dada por 2 regímenes, el primero, conocido como régimen contributivo el cual vincula, a los trabajadores formales, independientes, esta es financiada con la contribución de los empleadores y empleados

El segundo se denomina régimen subsidiado, que vincula a la población vulnerable que es identificada previamente por el estado, esta se financia con el 1% de los aportes recaudados por el régimen contributivo y otras fuentes dadas por ley. De acuerdo con el artículo 157 de la ley 100 de 1993, a partir del año 2000 el sistema general de seguridad en salud debería dar cobertura al 100% de la población colombiana a través de los regímenes anteriormente mencionados, sin embargo, en Colombia se ha evidenciado que esta meta no ha llegado a su cumplimiento ya que hasta el momento solo el 94% de la población colombiana está afiliada a los regímenes de salud. (17)

La ley 1122 de 2007 especifica que las entidades promotoras de salud de ambos regímenes pagaran los servicios a los prestadores de servicio de salud habilitados, mes anticipado por capitación en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación.

En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura. (18)

En el decreto 4747 de 2007 se estipula el manejo del cobro de facturación, glosas, manifestados en los siguientes artículos:

ARTICULO 21: Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

ARTICULO 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.

ARTICULO 23: Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el Registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando éste 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. (16)

Teniendo en cuenta los artículos tanto nacionales como internacionales se encontró que la mayoría de las glosas se generan al sistema de seguridad de salud era por falta o pertinencia del personal, de redactar en las notas, todas las actividades realizadas durante los registros, de los profesionales de salud.

#### **4.1 Subtítulos**

- Sistemas sanitarios en la Unión Europea
- Glosas Hospitalarias
- Ocurrencia
- Auditoria
- Resolución 3047 de 2008

**AREANDINA**

Fundación Universitaria del Área Andina

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo general**

Identificar las causas de glosas en una entidad pública prestadora de servicios de salud de segundo nivel de complejidad, durante el II semestre del año 2020 en el municipio de Pereira Risaralda.

### **5.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar las principales causas de glosas.
- Identificar el valor de las principales causas de glosas de la entidad.
- Sugerir un plan de mejoramiento conforme a los hallazgos encontrados.



## 6. MARCO TEÓRICO

En sector salud en Colombia está regido por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) definiéndose como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país. (19) como consta en el decreto 780 de 2016; por el cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social. Para mejorar la calidad de la atención en salud, el sistema deberá cumplir con los atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

El SOGCS está desplegado en cuatro componentes

- Sistema Único de Habilitación (SUH)

Mediante la resolución 3100 de 2019 se establecen los procedimientos y condiciones mínimas e inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. (19)

- Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. (20) contemplada en la resolución 3100 de 2019.

- Sistema Único de Acreditación (SUA)

Mediante la resolución 5095 de 2018 por el cual se adopta el manual de acreditación en salud ámbito ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1. (21) definido como el conjunto de procesos, procedimientos, y herramientas de implementación voluntaria y periódica, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. (22)

- Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Definido como el mecanismo por el cual se realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. (23) descrita en la resolución

0256 de 2016.

La integración del financiamiento del sector salud se logra a través de la administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud ADRES; creada con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles. (24) lo anterior, le exige a las Eps la administración eficiente de los recursos financieros y sean participe de los procesos de evaluación de la calidad llevados a cabo en el interior de las IPS. (11)

Mecanismos de que una forma agrupada generan herramientas para que los procesos requeridos por cada institución de acuerdo a los servicios ofertados, cuenten con una estructura mínima que permitan brindar una atención con calidad, según los estándares de habilitación, dichos procesos permiten ser medibles en el tiempo y minimizar los riesgos inherentes a la práctica de las diversas disciplinas en salud; que, a su vez generan acciones correctivas y de mejoramiento, así es como surge la auditoría en salud.

La auditoría se considera como un proceso planificado, sistemático, independiente y documentado, dirigido hacia un propósito específico y que se utiliza para obtener una evidencia de algo, y así poder evaluarlo de una manera objetiva, con el fin de determinar la extensión en que se están cumpliendo los criterios previamente establecidos como referencia; que tiene como función principal velar por el cumplimiento de las normas legales establecidas y acompañar los procesos que presenten desviaciones y sean susceptibles de mejorar para brindar a los usuarios una atención con calidad acorde a los atributos establecidos.(25) De esta manera se entiende, que la auditoría es una herramienta de la gestión de la calidad que contribuye a la identificación de oportunidades de mejora.

En la literatura existen varios tipos de auditoría

- **Auditoría Clínica.** La auditoría clínica hace referencia a todas aquellas modalidades de evaluación de los actos clínicos que, por lo mismo, buscan garantizar la calidad de la atención que se le brinda a los usuarios de una entidad de salud. El sentido planteado, la auditoría clínica se ocupa de la parte más técnica de la prestación de los servicios de salud, pero, obviamente, sin descuidar los aspectos de la organización que pueden incidir en ellos.
- **Auditoría Médica:** Es la evaluación sistemática de la atención en salud enfocada en tres componentes: Estructura, Proceso y Resultado, que hacen

parte del Sistema de Garantía de Calidad de las instituciones que prestan servicios de salud. **(Donavedian 1960)**

- **Auditoria Medica:** Evaluación sistemática de la calidad de la atención de la salud realizada por profesionales utilizando diferentes vías de abordaje, con el objeto de contribuir a la educación médica y a brindar la mejor atención del paciente y de la población. **(Schiavone Miguel 1995)**
- **Auditoria de la Calidad en Salud:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. **(SOGC)**
- **Auditoria Concurrente:** Actividad donde se verifica en forma presencial la calidad de prestación de los servicios de salud, efectuada al interior de las áreas asistenciales, durante el ejercicio profesional, realizada por personal entrenado en la evaluación de los procesos establecidos.
- **Auditoria de Oficio o Programada:** Derivada del acompañamiento institucional que se realiza a los prestadores por parte de las aseguradoras con el propósito de verificar las condiciones de habilitación en salud y las pautas contractuales que se hayan pactado. (26)

Las glosas se definen como respuesta a las reclamaciones presentadas por los prestadores de servicios de salud o personas naturales, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de los formularios, anexos técnicos y sus respectivos soportes que se dan en una institución por medio de un proceso o prestación de servicios. las reclamaciones pueden glosarse total o parcialmente, dependiendo de la causa que originó la glosa. Totalmente, cuando involucra toda la cuenta e impide la aceptación de los servicios prestados. Parcialmente, cuando la glosa se realiza sobre unos servicios o procedimientos específicos o parte de ellos.

#### TIPOS DE GLOSAS

- **Facturación:** Se presenta cuando se encuentra diferencia al comparar la cantidad de servicios prestados con la cantidad de servicios facturados.
- **Tarifas:** Se generan cuando existen diferencias al comparar los valores facturados con los valores pactados según los manuales tarifarios vigentes.



- Soporte: Todas las relacionadas que se generan por ausencia, enmendadura, soportes incompletos o ilegibles.
- Autorización: Son todas aquellas que se generan por ausencia de visto bueno administrativo por parte de la entidad administradora de servicios.
- Cobertura: Todas aquellas que se generan por cobros de servicios que hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad.
- Pertinencia: No existe coherencia entre la relación del servicio prestado con los soportes relacionados con la atención. (27)

En el año 2008 se crea el manual único de glosas, devoluciones y respuestas; de acuerdo con la normatividad vigente, Resolución 3047, anexo técnico 6, refiere que 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. (28)

En la actualidad el sistema de salud presenta fallas en el financiamiento de este, un estudio indica que el flujo de recursos entre los distintos actores que intervienen en el SGSSS (patronos o entes territoriales – EPS/ARS – IPS) es uno de los problemas que más inciden en los resultados y en la sostenibilidad del sistema. Los prestadores (IPS) afirman que las promotoras (EPS o ARS) demoran demasiado el pago por los servicios de salud prestados y que esto genera dificultades financieras que pueden restarle viabilidad a su operación, en detrimento del usuario, objeto final del SGSSS. (29)

Los tiempos entre la prestación del servicio, la generación de la factura, la revisión de la auditoria, la recepción de las facturas por parte de las entidades deudoras, más el tiempo que se toma la notificación de la glosa y todos los efectos que esta conlleva, hacen que las entidades deudoras se apalancen con estos recursos afectando así la liquidez de la IPS.

La mayoría de las glosas generadas en el periodo estudiado eran evitables si se contaran con eficientes sistemas de facturación, si los colaboradores conocieran eficientemente el sistema de gestión de calidad y lo relacionado a papeleo. Adicionalmente, si los acuerdos de prestación del servicio entre la IPS y la EPS cubrieran todos los aspectos del servicio ayudaría a la reducción de las glosas por costos y actividades no contempladas. Evidentemente, muchas de las acciones aquí propuestas caen en lugares comunes. Sin embargo, es inevitable hacer estas sugerencias dado que es lo más pertinente dada la situación, el contexto legal, social y financiero del sistema de salud.

Adicionalmente, las IPS, especialmente la estudiada, deberían considerar realizar una inversión en la mejora de su tecnología y en la capacitación integral de su personal que evite la recurrencia de las glosas y de las devoluciones. (11)

El auge de la economía de la salud y la aplicación constante de criterios económicos requiere una precisión terminológica de eficacia, efectividad, eficiencia y equidad que correlacionan diferentes magnitudes. La eficacia supone hacer las cosas, correlacionando la capacidad de una medida sanitaria con el logro de determinado efecto; siendo la efectividad la relación entre los objetivos previstos y los alcanzados. La eficiencia se adscribe al cumplimiento de los objetivos minimizando el empleo de recursos. La equidad se enmarca en la justicia social y busca con estándares mínimos lograr igualdad de oportunidades. (30)

En Colombia las IPS funcionan a través de unos modelos de contratación por terceros, los cuales les permite prestar los servicios con personal médico que no está contratado directamente con la IPS. Existen varios modelos de contratación y será la IPS con la EPS que deben llegar a un acuerdo de cuál será el modelo de contratación que se utilice para así prestar los servicios de salud. (31)

Cuando se les devuelven dichas glosas, nuestras objeciones son ignoradas y las conservan en sus libros, afectado en forma grave nuestros estados financieros y, obviamente, haciendo más escasos el flujo de recursos (32) esto representa un problema grave para las IPS víctimas del mal manejo que se le da a las glosas ignoradas, afectando la economía, por error de la falta de pago de las EPS.

la utilidad y significado de la auditoría es la implementación de estrategias que favorezcan el cambio. En la tabla N°2 se listan algunas de las estrategias más comunes para implementación del cambio en los establecimientos de salud del nivel primario, que son resultado de las actividades de auditoría. Finalmente, en caso de que las actividades de auditoría no se traduzcan en acciones de intervención para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud, la auditoría sólo se habrá convertido en una pérdida de tiempo, dinero y esfuerzos de todos aquellos que participan en el proceso prestacional, incluyendo los pacientes. (33)

**Tabla N°2. Estrategias de cambio en el Primer nivel de atención.**

Estrategia	Ejemplos
Educación / Entrenamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seminarios en servicio</li> <li>- Capacitación en servicio</li> </ul>
Sistema de recuerdo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posters sobre tratamiento</li> <li>- Fichas de registro estructuradas</li> </ul>
Cambios en el equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación de facilitador externo</li> <li>- Contratación de personal</li> <li>- Creación de subgrupos multidisciplinarios</li> </ul>

Adaptado de Fraser y col. Evidence-based audit in General Practice.

Active Windows

## 6.1 Marco conceptual

**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.

**DEVOLUCION:** 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 esta.

**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.

**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.

**GLOSAS 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 presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.

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

**GLOSAS POR SOPORTES:** Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

**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 o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.

**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, 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.

**PLAN DE MEJORAMIENTO:** Los Planes de Mejoramiento son una herramienta gerencial que consolida las acciones de mejoramiento necesarios para corregir las desviaciones encontradas en el sistema de Gestión de Calidad. Se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en las auditorías internas y externas, en la autoevaluación de los procesos, las evaluaciones de desempeño, entre otras. Estos planes permiten la definición de acciones que contribuyan a aumentar la calidad, la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad.  
<http://www.santasofia.com.co/ss/index.php/template/lorem-ipsium/control-interno/planes-de-mejoramien>

**Tabla No. 1. Codificación Concepto General**

Código	Concepto General	Aplicación
1	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
2	Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
3	Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4	Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.
5	Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.

6	Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
8	Devoluciones	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de esta.
9	Respuestas a glosas o devoluciones	Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

### Codificación del concepto específico

Los dos dígitos siguientes al dígito del concepto general corresponden a los conceptos específicos relacionados con el concepto general, tales como la estancia, consulta, interconsulta, derechos de sala, materiales, medicamentos, procedimientos y ayudas diagnósticas, entre otros.

Cada concepto específico puede estar en un concepto general o en varios. Cada uno de los conceptos específicos tiene una codificación de dos dígitos.

**Tabla No. 2. Codificación Concepto Específico**

<b>Código</b>	<b>Concepto Específico</b>
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 vouchers 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
45	Servicio no pactado
46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o del FOSYGA
47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
48	Informe atención inicial de urgencias
49	Factura no cumple requisitos legales
50	Factura ya cancelada

<b>Código</b>	<b>Concepto Específico</b>
51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador.
52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación.
53	Urgencia no pertinente.
54	Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutivez y oportunidades pactadas en el contrato por capitación.

### **RESPUESTAS DE GLOSA O DEVOLUCION**

96	Glosa o devolución injustificada
97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) <sup>1</sup>
98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
99	Subsanada (Glosa no aceptada)





## 6.2 Marco normativo

Norma	Año	Descripción
LEY 100	1983	<p>El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.</p> <p>ARTÍCULO 2o. Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación</p>
RESOLUCIÓN 3047	2008	<p>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.</p> <p>El objetivo del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas.</p> <p>Artículo 14. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. La denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán las establecidas en el Anexo Técnico No. 6, el cual forma parte integral de la presente resolución.</p>
DECRETO 780	2016	<p>Artículo 2.5.3.4.12 Manual Único de Glosas, Devoluciones y respuestas. El Ministerio de Salud y 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</p>

		<p>General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Artículo 2.5.3.4.13 Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 del Decreto ley 1281 de 2002.</p> <p>Artículo 2.5.3.4.14 Registro conjunto de trazabilidad de la factura. Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.</p>
<p>DECRETO 4747</p>	<p>2007</p>	<p>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.</p> <p>Artículo 23. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el Registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando éste 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>
<p>Ley 1384</p>	<p>2010</p>	<p>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, declaró el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública.</p>
<p>Resolución 4505</p>	<p>2012</p>	<p>Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral</p>

		para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
Resolución 1383	2013	Por la cual se adopta el plan decenal para el control de cáncer en Colombia 2012-2021.
Plan decenal de salud pública	2012-2021	Define seis líneas estratégicas para el control del cáncer en la población colombiana; en los ámbitos del control del riesgo, detección precoz, manejo clínico, rehabilitación y cuidado paliativo. En este contexto, el compromiso de Colombia en el control del cáncer de mama se centra en fortalecer la línea estratégica 2 “Detección temprana de la enfermedad” que considera en conjunto todas las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una mayor tasa de curación (sobrevida) y una disminución en la mortalidad prematura por este tipo de cáncer en la mujer colombiana.



## **7. METODOLOGÍA**

Este estudio pretende Identificar las principales causales de glosas que se presentan en una entidad prestadora de servicios de salud de segundo nivel en el municipio de Pereira Risaralda en el periodo del año 2020.

### **7.1 Tipo de estudio**

Estudio cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal.

### **7.2 Población**

Glosas presentadas en una entidad pública, prestadora de servicios de salud de segundo nivel de complejidad, de todos los servicios que se presta durante el II periodo del año 2020.

### **7.3 Unidad de análisis**

Glosas presentadas en el II semestre del año 2020



## **7.4 Muestra**

Se tomará el 100% de las glosas del periodo de estudio que corresponde a 1.486

### **7.4.1 Marco muestral**

Base de datos de la entidad prestadora de servicios de salud, donde están registradas todas las glosas presentadas durante el II semestre del año 2020

### **7.4.2 Muestreo**

Utilizando el método Pareto para seleccionar las glosas más significativas de la base de datos, que afectan a la entidad prestadora de salud.

### **7.4.3 Tamaño de muestra**

1.486=1.486

Es un estudio censal, en el que se incluye el total de glosas reportadas en el II semestre de 2020.

## **7.5 Criterios de inclusión**

Todas las glosas generadas durante el II semestre del año 2020 en una entidad prestadora de servicios de salud que generen una.

## **7.6 Criterios de exclusión**

Las devoluciones generadas durante el II periodo del año 2020 en una entidad prestadora de servicios de salud.

## **7.7 Variables**

Las variables de esta investigación se operacionalizado de acuerdo con la respectiva matriz:

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Tipo de glosas: por facturación, tarifa, soporte, autorización	Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de una 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.	Natural cuantitativa	Suma total de glosas de la IPS dividido el número de concepto general por 100	Fuente primaria de la información
Glosas más frecuentes	Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de una 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.	Natural cuantitativa	Suma total de glosas de la lps dividido el número de glosas más frecuentes por 100	Fuente primaria de la información
Costo de glosas	Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de una 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.	Naturaleza cuantitativa	Suma total de las glosas de la lps dividido el número de costo de glosas por 100	Fuente primaria de la información

## **7.8 Recolección de la información**

Se utilizarán dos técnicas de recolección de la información, las cuales se realizarán en dos fases.

En la primera fase se recolectará la información de la base de datos de la entidad prestadora de servicios de salud, recopilando la información que sea útil para la investigación.

En la segunda fase se utilizará métodos tecnológicos para realizar la tabulación de datos y así poder definir cuáles son las principales causas de glosas.

## **7.9 Plan de análisis**

Para el análisis procesual se identificaron el número de glosas, en la base de datos de la entidad.

Después de la estandarización de los errores en la glosa se procederá a organizarlos por causas principales.

Una vez realizado este proceso se procederá a identificar los errores de las causales de glosas de las áreas estudiadas.

El análisis de los datos se realizará con el software EPIINFO, y se realizará mediante un plan descriptivo, se aplicará estadística descriptiva, para dar respuesta a cada uno de los objetivos.



## 7.10 Componente Bioético

El presente proyecto se compromete a dar cumplimiento a la resolución número 8430 del 4 de octubre de 1993 que define las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según el artículo 11 de esta resolución, es estudio es clasificado riesgo bajo, ya que no se realizarán pruebas biológicas y psicológicas, ni modificaciones sociales en la población de este estudio.

Se respetará la dignidad humana, la confidencialidad y la autonomía de las personas involucradas en la investigación.

Para la recolección de información en el trabajo de campo, se aplicará consentimiento Informado por escrito a las personas participantes en el estudio y el consentimiento institucional.

Principios Honestidad en todos los aspectos de la investigación Responsabilidad en la ejecución de la investigación Cortesía profesional e imparcialidad en las relaciones laborales Buena gestión de la investigación en nombre de otros Responsabilidades 1. Integridad: Los investigadores deberían hacerse responsables de la honradez de sus investigaciones. 1. Cumplimiento de las normas: Los investigadores deberían tener conocimiento de las normas y políticas relacionadas con la investigación y cumplirlas. 2. Métodos de investigación: Los investigadores deberían aplicar métodos adecuados, basar sus conclusiones en un análisis crítico de la evidencia e informar sus resultados e interpretaciones de manera completa y objetiva. 3. Documentación de la investigación: Los investigadores deberían mantener una documentación clara y precisa de toda la investigación, de manera que otros puedan verificar y reproducir sus trabajos. 4. Resultados de la investigación: Los investigadores deberían compartir datos y resultados de forma abierta y sin demora, apenas hayan establecido la prioridad sobre su uso y la propiedad sobre ellos. 5. Autoría: Los investigadores deberían asumir la responsabilidad por sus contribuciones a todas las publicaciones, solicitudes de financiamiento, informes y otras formas de presentar su investigación. En las listas de autores deben figurar todos aquellos que cumplan con los criterios aplicables de autoría y solo ellos. 6. Reconocimientos en las publicaciones: Los investigadores deberían mencionar en las publicaciones los nombres y funciones de aquellas personas que hubieran hecho aportes significativos a la investigación, incluyendo redactores, patrocinadores y otros que no cumplan con los criterios de autoría. 7. Revisión por pares: Al evaluar el trabajo de otros, los investigadores deberían brindar evaluaciones imparciales, rápidas y rigurosas y respetar la confidencialidad. 8. Conflictos de intereses: Los investigadores deberían revelar cualquier conflicto de intereses, ya sea económico o de otra índole, que comprometiera la confiabilidad de su trabajo, en propuestas de investigación, publicaciones y comunicaciones públicas, así como en cualquier actividad de evaluación. 9. Comunicación pública: Al participar en debates públicos acerca de la aplicación e importancia de resultados de cierta investigación, los investigadores deberían limitar sus

comentarios profesionales a las áreas de especialización en las que son reconocidos y hacer una clara distinción entre los comentarios profesionales y las opiniones basadas en visiones personales.

10. Denuncia de prácticas irresponsables en la investigación: Los investigadores deberían informar a las autoridades correspondientes acerca de cualquier sospecha de conducta inapropiada en la investigación, incluyendo la fabricación, falsificación, plagio u otras prácticas irresponsables que comprometan su confiabilidad, como la negligencia, el listado incorrecto de tutores, la falta de información acerca de datos contradictorios, o el uso de métodos analíticos engañosos.

11. Respuesta a prácticas irresponsables en la investigación: Las instituciones de investigación, las revistas, organizaciones y agencias profesionales que tengan compromisos con la investigación deberían contar con procedimientos para responder a acusaciones de falta de ética u otras prácticas irresponsables en la investigación, así como para proteger a aquellos que de buena fe denuncien tal comportamiento. De confirmarse una conducta profesional inadecuada u otro tipo de práctica irresponsable en la investigación, deberían tomarse las acciones apropiadas inmediatamente, incluyendo la corrección de la documentación de la investigación.

12. Ambiente para la investigación: Las instituciones de investigación deberían crear y mantener condiciones que promuevan la integridad a través de la educación, políticas claras y estándares razonables para el avance de la investigación, mientras fomentan un ambiente laboral que incluya la integridad.

13. Consideraciones sociales: Los investigadores y las instituciones de investigación deberían reconocer que tienen la obligación ética de sopesar los beneficios sociales respecto de los riesgos inherentes a su trabajo. La Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación fue elaborada en el marco de la 2a Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación, 21-24 de julio de 2010, en Singapur, como una guía global para la conducta responsable en la investigación. Este no es un documento regulador ni representa las políticas oficiales de los países y organizaciones que financiaron y/o participaron en la Conferencia. Para acceder a las políticas, lineamientos y regulaciones oficiales relacionados con la integridad en la investigación, debe consultarse a los órganos y organizaciones nacionales correspondientes.

### **7.11 Impacto social o/e innovación, o responsabilidad social**

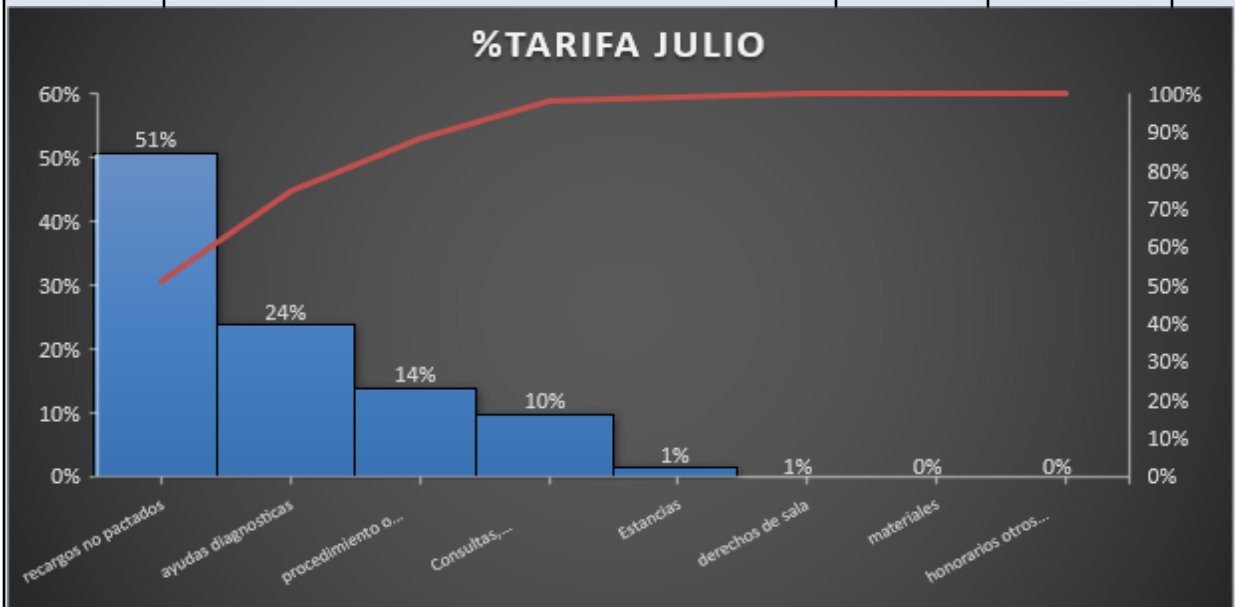
Teniendo en cuenta la norma ISO 26000 del 2010 se busca la implementación de gestionar auditorías que beneficie a la institución para minimizar los errores en las glosas, lo que permitirá un ajuste financiero, beneficiando la institución.



## 8. RESULTADOS

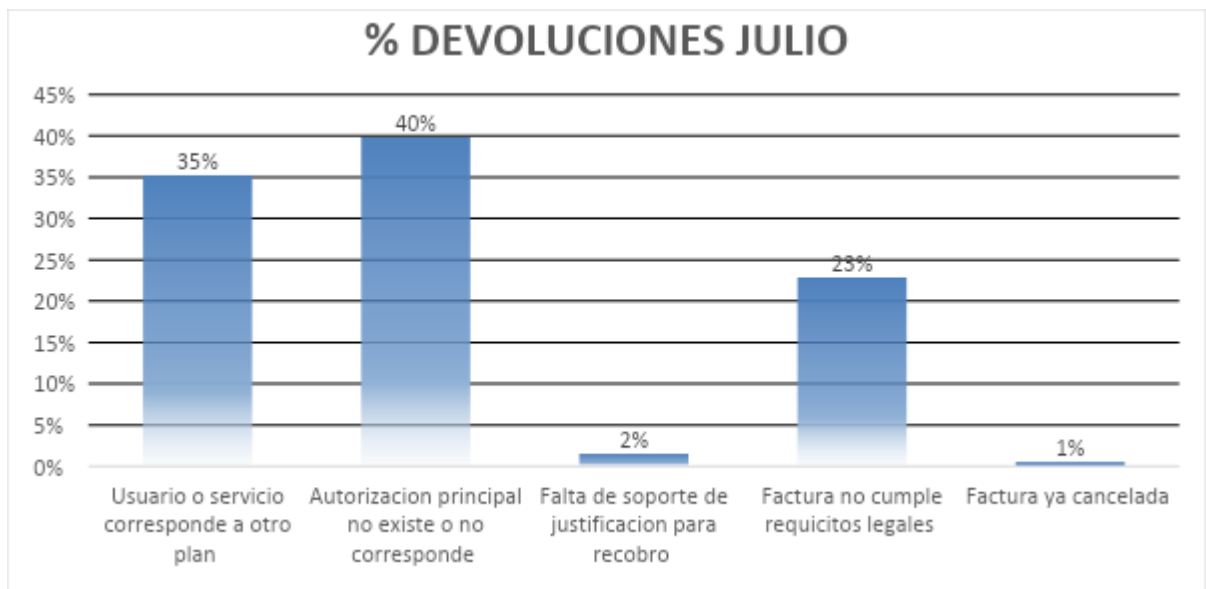
**TABLA #1 GLOSAS GENERADAS DEL MES DE JULIO DE 2020**

<b>JULIO</b>	<b>TARIFAS</b>			<b>%</b>
201	Estancias	1	179.100	1%
202	Consultas, interconsultas	75	1.334.196	10%
204	Honorarios otros profesionales asistenciales	1	900	0%
205	Derechos de sala	2	81.665	1%
206	Materiales	1	1.468	0%
208	Ayudas diagnosticas	10	3.247.342	24%
223	Procedimiento o actividad	30	1.904.537	14%



229	Recargos no pactados	207	6.963.707	51%
-----	----------------------	-----	-----------	-----

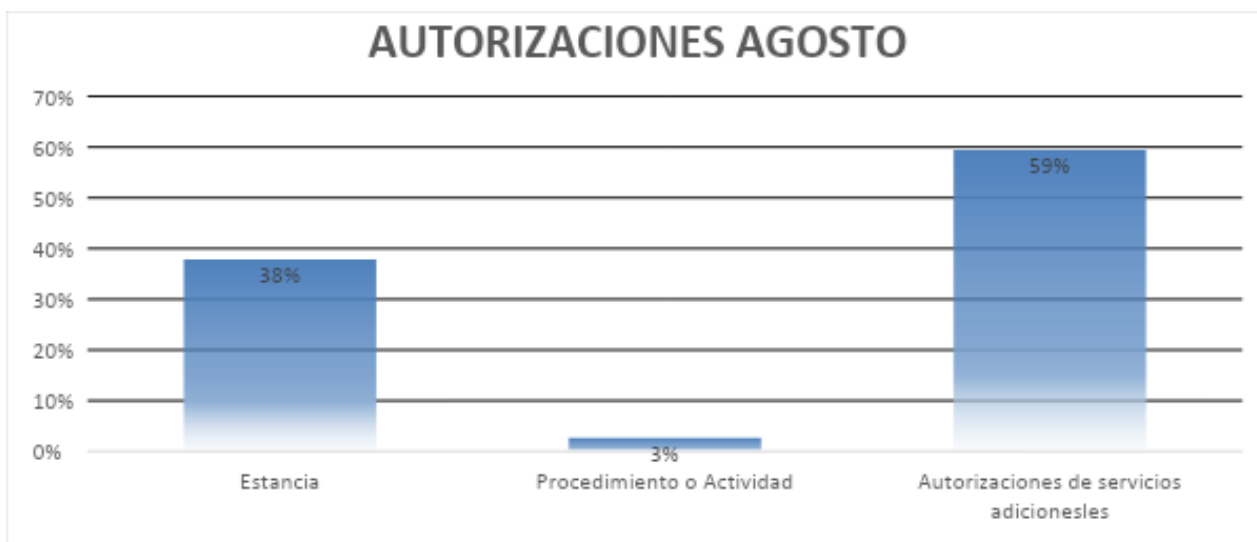
<b>JULIO</b>	<b>DEVOLUCIONES</b>			<b>% DEV</b>
816	Usuario o servicio corresponde a otro plan	24	5.403.060	35%
821	Autorización principal no existe o no corresponde	16	6.109.261	40%
847	Falta de soporte de justificación para recobro	1	232.317	2%
849	Factura no cumple requisitos legales	24	3.506.180	23%
850	Factura ya cancelada	3	88.262	1%



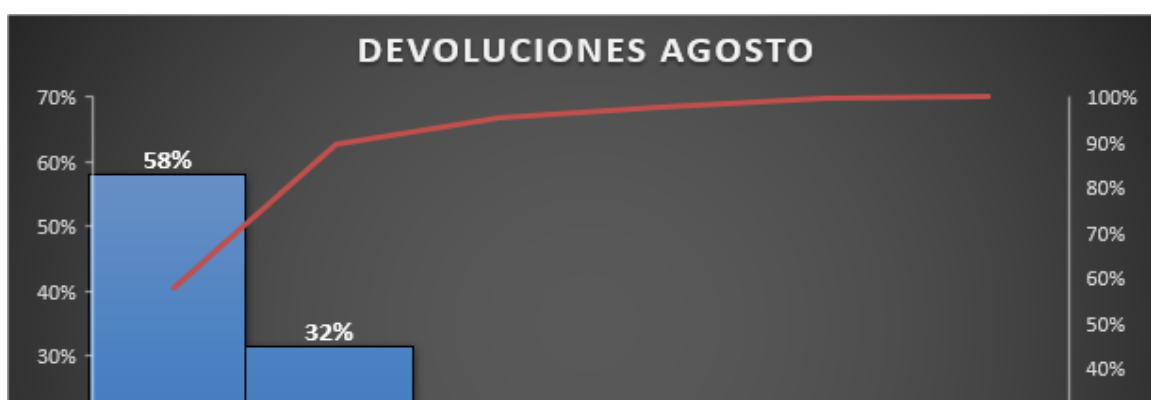
En el mes de julio se evidencia el concepto de glosa más frecuente, hace referencia a recargos no pactados con código 229, que a su vez representa un mayor costo de perdida para la entidad que presta el servicio por facturar cobros adicionales de recobros no pactados con las EPS contratante.

**TABLA #2 GLOSAS GENERADAS DEL MES DE AGOSTO 2020**

AGOSTO	AUTORIZACIONES			
401	Estancia	2	1.079.772	38%
423	Procedimiento o Actividad	1	77.300	3%
430	Autorizaciones de servicios adicionales	7	1.696.326	59%
TOTAL		10	2.853.398	\$



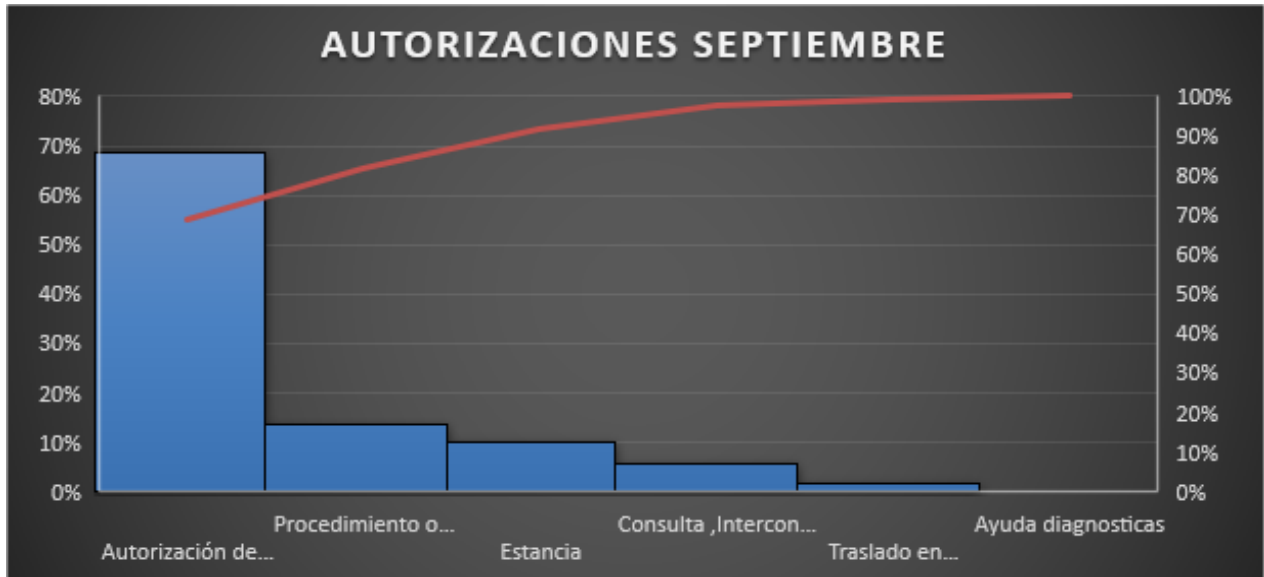
AGOSTO	DEVOLUCIONES			
816	Usuario o servicio corresponde a otro plan	32	3.656.030	32%
821	autorización principal no existe o no corresponde	7	6.711.481	58%
834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención	3	15.900	0%
848	Informe atención inicial de urgencias	1	234.911	2%
849	Factura no cumple requisitos legales	6	708.377	6%
850	Factura ya cancelada	4	257.364	2%
TOTAL		53	11.584.063	



En el mes de agosto se evidencia varios conceptos de glosas más frecuente es usuario o servicio que corresponde a otro plan con código 816, a pesar de que es las más frecuente no representa un costo de perdida alto para la entidad prestadora de salud, comparado con concepto de glosas como lo es autorización de servicios adicionales código 430 y autorización principal no existe o no corresponde código 821 dado que su frecuencia es mínima y su costo financiero es elevado, lo anterior se puede aludir a la carencia de autorización principal o no correspondiente al prestador de servicio y ausencia de trazabilidad de correos remitidos a la entidad responsable de pago a la dirección departamental o distrital de salud.

**TABLA #3 GLOSAS GENERADAS DEL MES DE SEPTIEMBRE 2020**

<b>SEPTIEMBRE</b>	<b>AUTORIZACIONES</b>			
401	Estancia	1	507.011	10%
402	Consulta, Interconsulta	1	294.682	6%
408	Ayuda diagnosticas	11	48.600	1%
423	Procedimiento o actividad	3	692.009	13%
430	Autorización de servicios adicionales	17	3.535.838	69%
438	Traslado en ambulancia	1	79.182	2%
<b>TOTAL</b>		<b>34</b>	<b>5157322</b>	

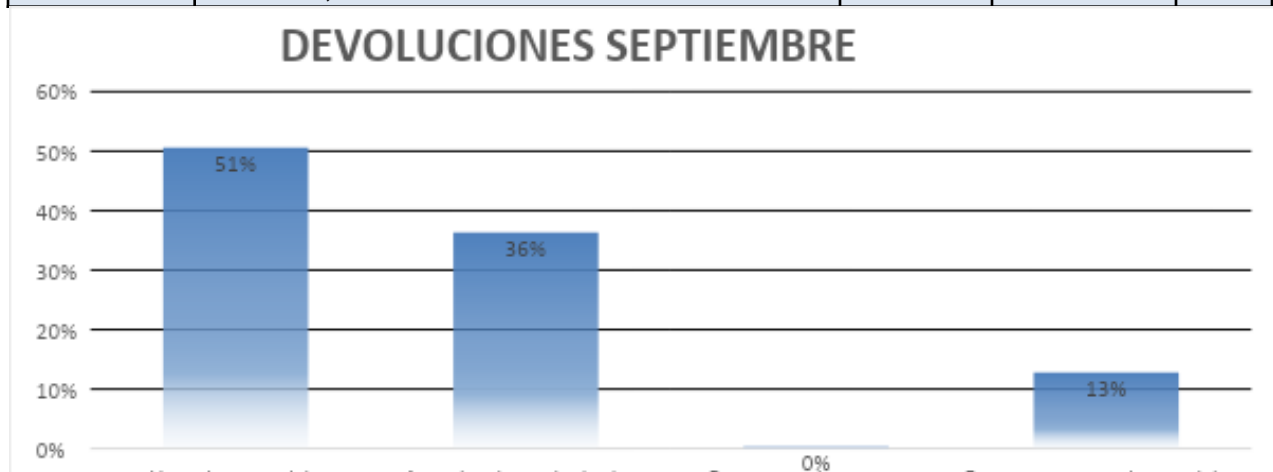


SEPTIEMBRE	DEVOLUCIONES			
16	Usuario o servicio correspondiente u otro plan	88	8.984.416	51%
821	Autorización principal no existe o no corresponde	37	6.455.351	36%
834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención	4	52.372	0%
849	Factura no cumple requisitos legales	17	2.280.796	13%
TOTAL		146	17772935	

En la tabla del mes de septiembre el concepto de glosa más frecuente y con un costo más representativo se relaciona con usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable.

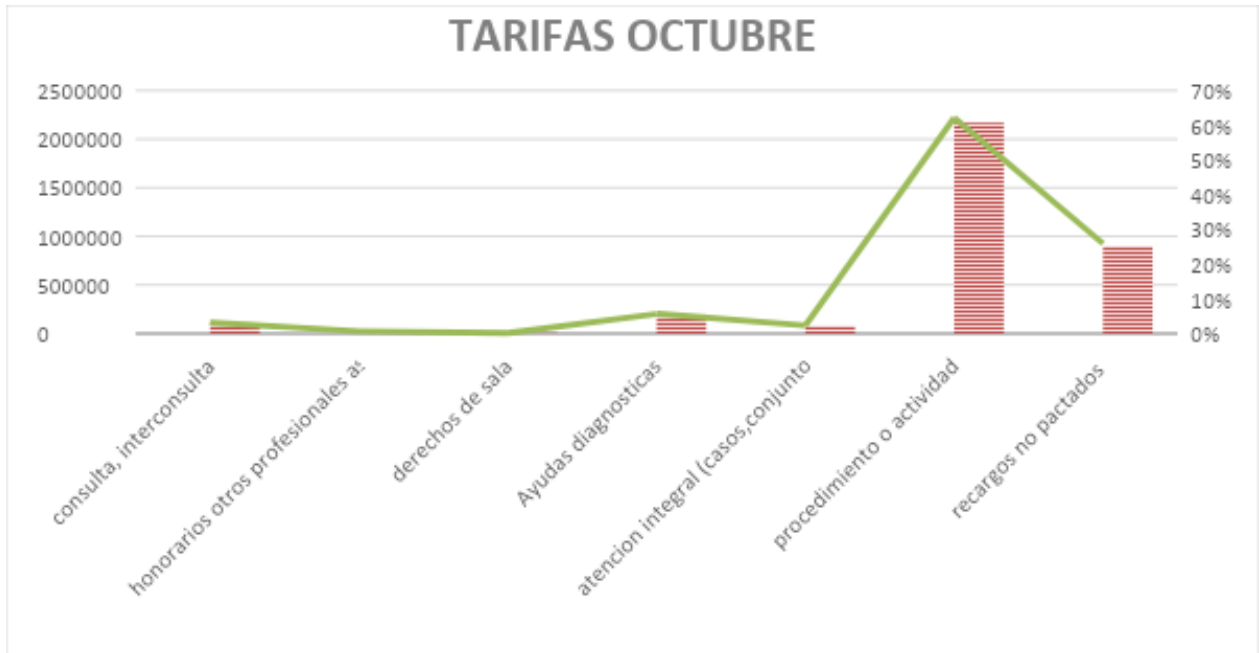
**TABLA #5 GLOSAS GENERADAS DEL MES DE OCTUBRE 2020**

OCTUBRE	TARIFAS			
202	consulta, interconsulta	2	111.282	3%





204	honorarios otros profesionales asistenciales	14	22.500	1%
205	derechos de sala	1	5.600	0%
208	Ayudas diagnosticas	3	198.360	6%
209	atención integral (casos, conjunto integral	1	80.000	2%
223	procedimiento o actividad	27	2.170.366	62%
229	recargos no pactados	171	905.380	26%
TOTAL		219	3493488	



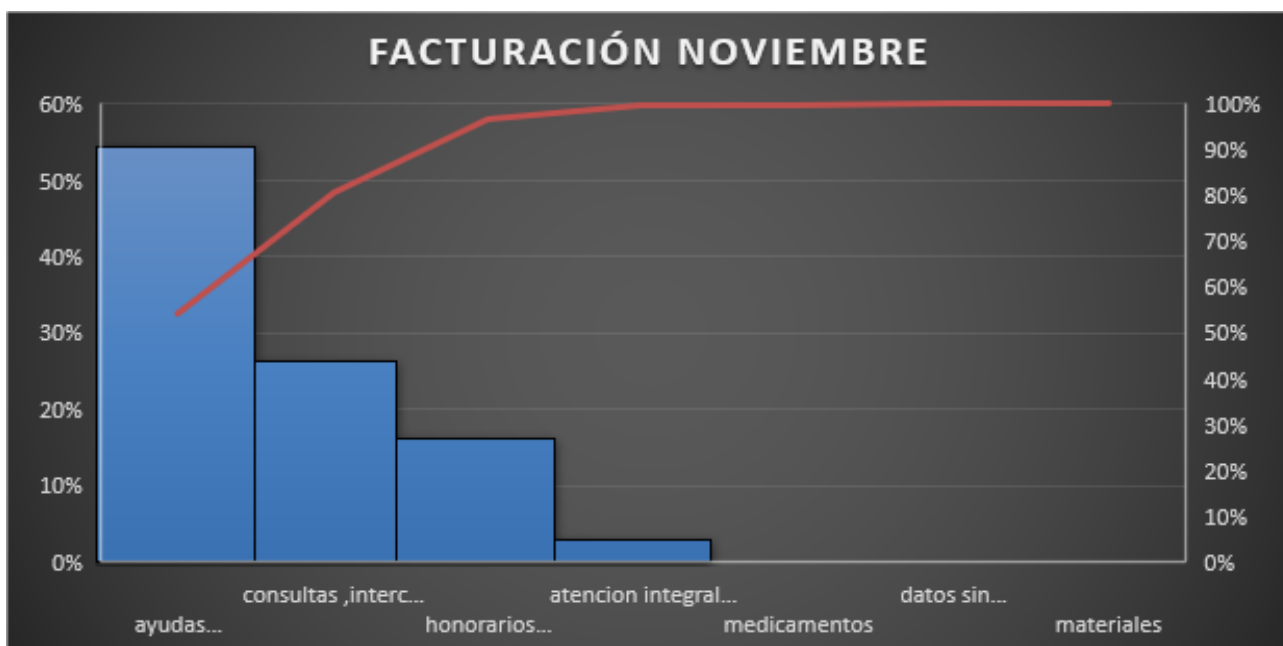
OCTUBRE	DEVOLUCIONES			%
16	usuario o servicio corresponde a otro plan o	13	580.919	4%
817	Usuario retirado o moroso.	1	66.864	0%
821	Autorización principal no existe o no corresponde.	11	4.563.680	29%
834	Resumen de egreso o epicrisis hoja de atención.	1	26.500	0%
847	Falta de soporte de justificación para recobros.	5	1.708.300	11%
849	Factura no cumple requisitos legales.	26	8.651.886	55%
850	Factura ya cancelada.	2	51.462	0%
TOTAL		59	15649611	



En la tabla del mes de octubre el concepto de glosa más habitual y un precio no tan representativo de pérdida para la entidad prestadora de salud es recargos no pactados código 229, en comparación a las glosas por concepto de factura que no cumple requisitos legales código 849 teniendo en cuenta la normatividad vigente.

**TABLA #5 GLOSAS GENERADAS DEL MES DE NOVIEMBRE 2020**

NOVIEMBRE	FACTURACION			%
102	consultas, interconsultas	23	2.267.835	26%
103	honorarios médicos en procedimientos	1	1.391.696	16%
106	materiales	2	1.920	0%
107	medicamentos	2	14.080	0%
108	ayudas diagnosticas	6	4.684.980	54%
109	atención integral (caso, conjunto integral	1	257.300	3%
115	datos sin suficiente del usuario	1	5.300	0%
TOTAL		36	8623111	



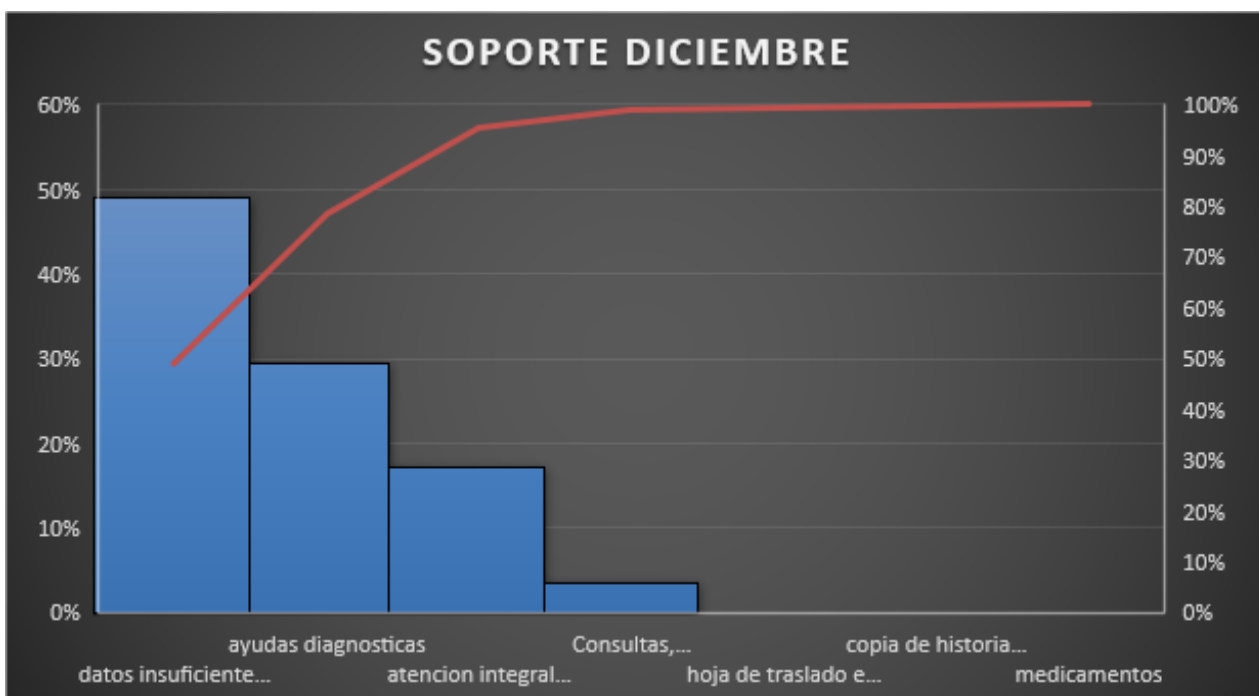
NOVIEMBRE	DEVOLUCIONES			%
816	Usuario o servicio corresponde a otro plan	7	3.453.192	19%
817	Usuario retirado o moroso.	1	12.720	0%
821	Autorización principal no existe o no corresponde.	97	10.860.808	60%

834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención.	1	5.300	0%
848	Informe atención inicial de urgencias.	5	165.920	1%
849	Factura no cumple requisitos legales.	40	3.653.567	20%
		151	18151507	

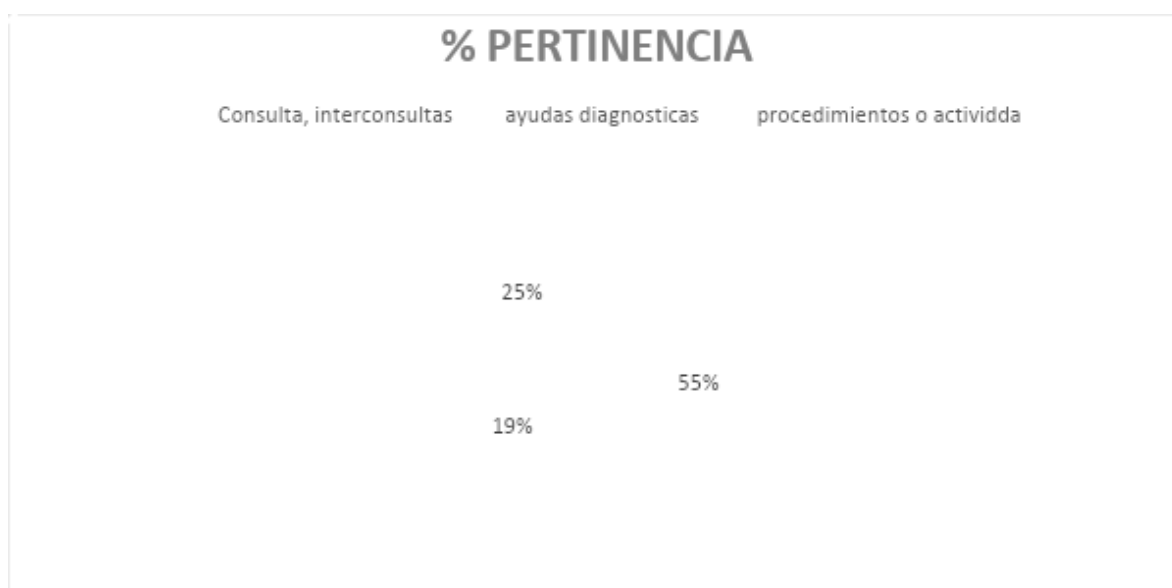
En la tabla del mes de noviembre el concepto de glosa más frecuente y mayor pérdida financiera corresponde a autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicio de salud código 821.

**TABLA #6 GLOSAS GENERADAS DEL MES DE DICIEMBRE 2020**

DICIEMBRE	SOPORTE			%
302	Consultas, interconsulta medicas	3	621.340	3%
307	medicamentos	4	35.198	0%
308	ayudas diagnosticas	22	5.404.322	29%
309	atención integral (caso conjunto integral	5	3.180.200	17%
315	datos insuficientes del usuario	54	9.017.426	49%
333	copia de historia clínica completa	2	47.700	0%
338	hoja de traslado en ambulancia	1	99.444	1%
TOTAL		91	18405630	



DICIEMBRE	PERTINENCIA			%
602	Consulta, interconsultas	181	2.646.461	55%
608	ayudas diagnosticas	11	914.408	19%
623	procedimientos o actividad	100	1.214.000	25%
TOTAL		292	4774869	

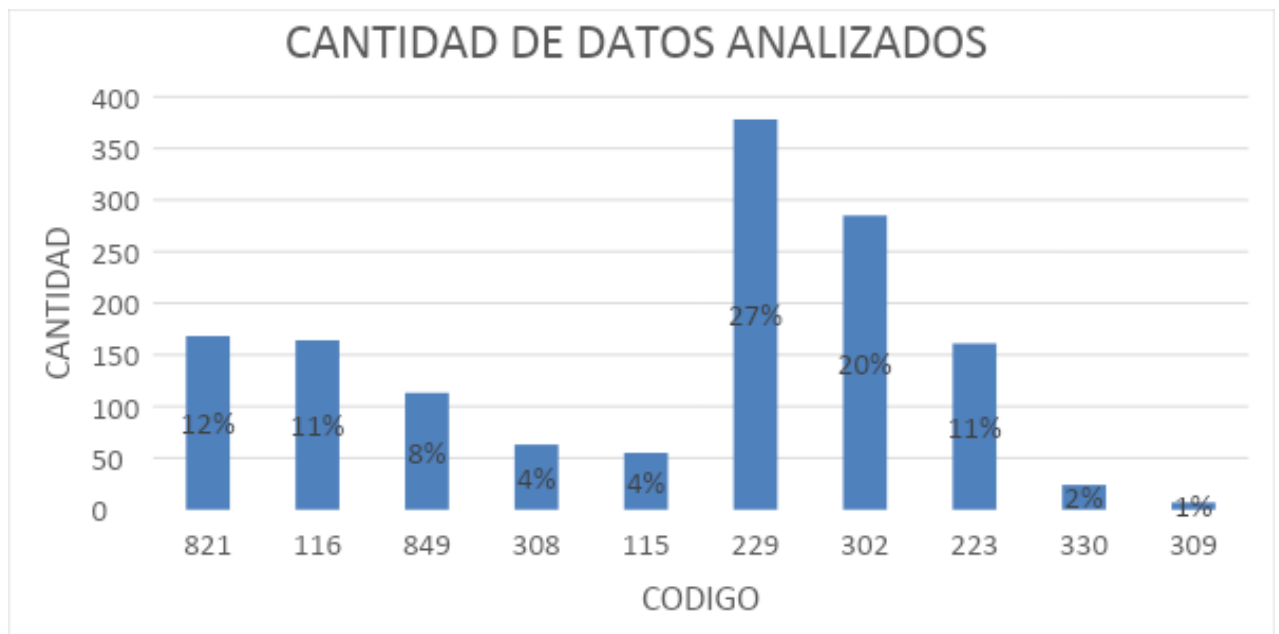


En la tabla del mes de diciembre le concepto de glosa de datos insuficientes del usuario

código 115, se relaciona con el mayor valor de perjuicio en el flujo de caja para la entidad prestadora de servicios de salud, dado por la falta de completitud de información del usuario al cual se le presto el servicio datos que pueden hacer énfasis en nombre apellidos, identificación, plan o programa, entre otros importantes para la entidad responsable del pago. Por otra parte, el concepto de glosas más reiterativo hace referencia a consulta, interconsulta y visitas médicas código 602.

**TABLA # 7 CANTIDAD DE GLOSAS GENERADAS DUARANTE EL II SEMESTRE DEL AÑO 2020**

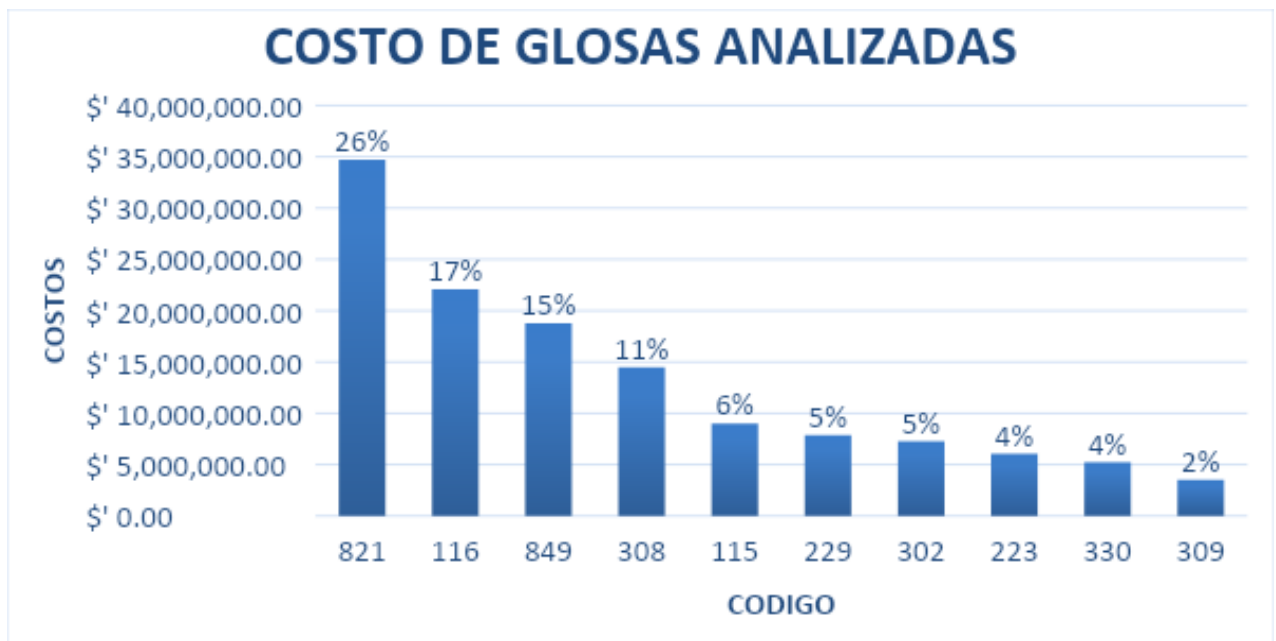
CONCEPTO DE GLOSA	CANTIDAD
Autorización principal no existe o no corresponde	168
Usuario o servicio correspondiente u otro plan	164
Factura no cumple requisitos legales	113
Ayuda diagnosticas	63
Datos insuficientes del usuario	55
Recargos no pactados	378
Consulta, Interconsulta	285
Procedimiento o actividad	161
autorización de servicios adicionales	24
Atención integral (caso conjunto integral	7



En la presente grafica se evidencia la cantidad de frecuencia de ocurrencia de los diferentes conceptos en el cual se agrupan las glosas según el anexo 6 del manual tarifario; en cuanto a cantidad las glosas más representativas de mayor a menor impacto se relacionan con recargos no pactados, consulta e interconsulta, autorización principal no existe o no corresponde, usuario o servicio correspondiente u otro plan, procedimiento o actividad , factura no cumple requisitos legales, ayudas diagnósticas, datos insuficiente del usuario, autorización de servicios adicionales, honorarios otros profesionales asistenciales; en un rango de 378 a 15 del descenso de la gráfica.

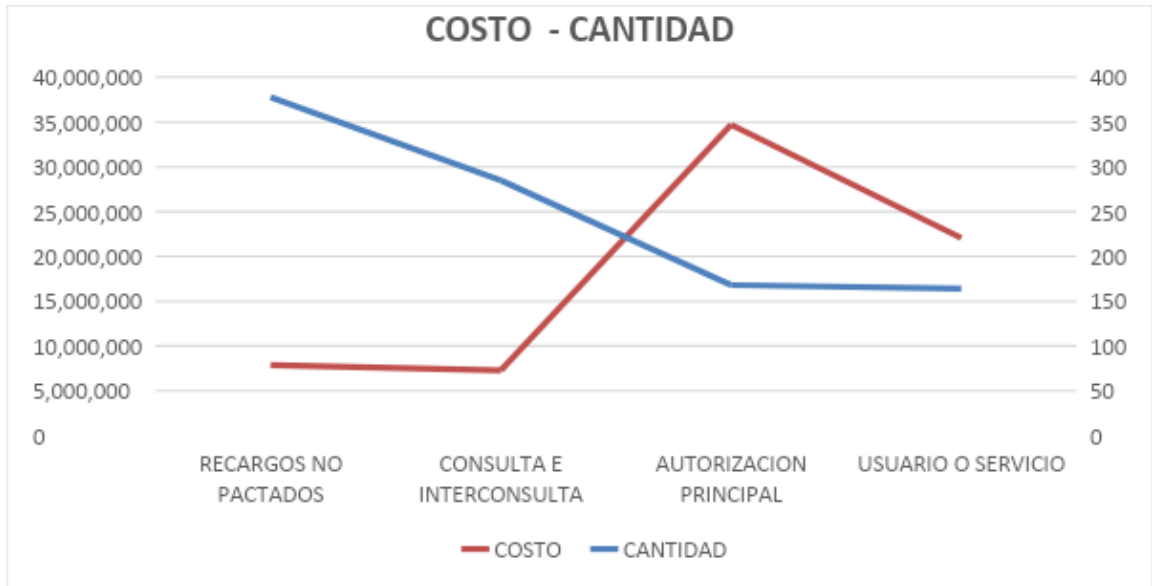
**TABLA # 8 COSTO DE GLOSAS GENERADAS DUARNT E EL II SEMESTRE DEL AÑO 2020**

CONCEPTO DE GLOSA	COSTO
Autorización principal no existe o no corresponde	\$ 34.700.581,00
Usuario o servicio correspondiente u otro plan	\$ 22.077.617,00
Factura no cumple requisitos legales	\$ 18.800.806,00
Ayuda diagnosticas	\$ 14.498.012,00
Datos insuficientes del usuario	\$ 9.022.726,00
Recargos no pactados	\$ 7.869.087,00
Consulta, Interconsulta	\$ 7.275.796,00
Procedimiento o actividad	\$ 6.058.212,00
Autorización de servicios adicionales	\$ 5.232.164,00
Atención integral (caso conjunto integral)	\$ 3.517.500,00



En la siguiente grafica se observa los costos que afectaron los ingresos de la institución de segundo periodo de 2020, siendo las más representativas, autorización principal no existe o no corresponde, usuario o servicio correspondiente u otro plan, factura no cumple requisitos legales, ayuda diagnóstica y recargos no pactados. Dado los datos mencionados se precisan como los motivos que afectan el flujo de cartera.

**GRAFICA COMPARATIVA DE GLOSAS GENERADAS EN COSTO Y CANTIDAD DURANTE EL II SEMESTRE DE 2020**



Al realizar una comparación grafica de las glosas generadas en costo y cantidad se observa la frecuencia de recargos no pactados es la más representativa, pero a nivel de costos para la IPS no simboliza una gran pérdida, comparado con la línea de costos donde la más distintiva y que genera perdida para la IPS es autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicio.

**PLAN DE MEJORAMIENTO**

QUE?	QUIEN?	CUANDO?	DONDE?	PORQUE?	COMO?
Capacitar al personal de facturación en el procedimiento para solicitar la autorización principal.	Jefe de facturación	De forma inmediata y continuada.	Oficina de cuentas médicas.	Se evidencia que hay disminución del recaudo relacionado con la no existencia de una autorización principal o que no corresponde.	Mediante la creación y aplicación de un instructivo para la facturación y solicitud de autorizaciones.
Socializar con el personal de facturación los diferentes contratos que tiene la entidad.	Jefe de facturación	De forma inmediata y continuada.	Oficina de cuentas médicas.	Usuario o servicio correspondiente a otro plan	Capacitación y socialización de los contratos vigentes con las EAPB
Solicitar plan de mejoramiento al área de sistemas para ajustar la factura a los requisitos solicitados por la Ley.	Subgerente	De forma inmediata.	Oficina de subgerente asistencial a Oficina de sistemas.	La factura no cumple con los requisitos legales	Lista de chequeo aplicada por el encargado de sistemas.
Solicitar revisión de los contratos por desequilibrio de la ecuación contractual.	Gerente	De forma inmediata	Gerencia.	Recargos no pactados	Se solicita reunión con los representantes legales de las EAPB para renegociar los contratos.
Socializar con el personal médico y paramédico los hallazgos de auditoría donde se evidencie registros no adecuados o ilegibles.	Subgerente asistencial o coordinador de las áreas asistenciales.	De forma inmediata.	Auditorio.	Registro de Consulta, Interconsulta ilegible y/o contenido no adecuado	Socializando los hallazgos de auditoría y realizando capacitación al personal asistencial.
Solicitar revisión detallada de los procedimientos de acuerdo al código predefinido.	Ingeniero de sistemas.	De forma inmediata.	Sala de sistemas.	Procedimiento que no corresponde con el código parametrizado en el sistema	Revisión y parametrización de acuerdo al código de cada procedimiento.

## 8. DISCUSIÓN

Al comprobar la literatura, se prueba existente diferentes fallas de tipo administrativo e ingenio humano lo cual lleva a que se provoquen glosas. Las glosas que se crean en la entidad poseen diferentes causas o motivos lo cual da como prueba la carencia de capacitación del personal dentro del centro de salud, conllevando a que haya una pérdida de cartera en la entidad.

Actualmente, las glosas enmarcan un problema económico para las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, como lo describe Mauricio Leuro “Empezamos a trabajar en la creación e implementación de un proceso mediante el cual cada Instituto Prestador de Salud –IPS- pudiera vender los servicios que presta. A partir de ahí se empieza con la problemática de este proceso, en el cual se involucran tarifas, contratos, auditorías, glosas, objeciones, cuentas, pagos, deudas, lo que hoy está tan de moda y se conoce con el nombre de cartera en salud, etc. Nuevos conceptos que al parecer desencadenaron la conocida y mencionada crisis financiera del sector de la salud y de los cuales todavía no hay claridad de su significado desde la perspectiva de las IPS, a pesar de los veintidós años cumplidos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se abusa de ellos desde las entidades aseguradoras, administradoras y entes territoriales responsables de los pagos. (1) En efecto, el desconocimiento de las



personas que laboran en la institución tanto del área administrativa como asistencial, desempeñan un rol indispensable para suministrar la información completa al momento de radicar los servicios prestados.

desde este punto de vista, se realiza una revisión literaria exhaustiva, encontrando que un estudio concluyo lo siguiente “Las glosas en su mayoría fueron generadas por errores humanos a la hora de digitar la información de cada factura, la ausencia de una adecuada gestión administrativa que no cumplía con los requisitos exigidos por la norma y que en algunos casos fue producido por la omisión del funcionario. De esta forma lo encontrado anteriormente permite evidenciar que la falta de personal capacitado es uno de los mayores problemas en las ESE, situación que se acrecienta con la alta demanda de usuarios que requiere agilidad en el desarrollo de las funciones, generando que exista un aumento en las glosas por la incapacidad de los funcionarios para hacerle frente y cumplir con los requisitos bajo la normativa exigida por el gobierno y que deben de ser requeridas por entidades administradoras de planes de beneficios. (2) Dado lo anterior, se encontró similitud en el estudio realizado ya que el motivo de glosa que genera mayor pérdida financiera se relaciona con autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud, lo cual es un indicador de que el personal no solicita o diligencia el número de autorización generado por la entidad responsable del pago, o la ausencia de copia a dirección departamental o distrital de salud al momento de realizar la solicitud, conocimientos previos que de manera agrupada pueden evitar que se generen glosas. Caso contrario al motivo principal de un estudio realizado en E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá, dicha investigación concluye que 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. (3)

se observa que otra problemática susceptible a la generación de glosas es el desconocimiento de los servicios contratados con cada EPS, un estudio realizado en una IPS odontológica concluye que glosas correspondientes al primer semestre de 2017 con una muestra de 900 glosas reportadas, donde se observa que la principal glosa con 463 reportes corresponde servicios no pactados en la contratación (COD 545). Seguida de 326 glosas por incumplimiento de actividades de Promoción y Prevención las cuales están pactadas en la contratación y al no realizarse presentan la glosa de incumplimiento. (COD 154). La tercera glosa más significativa con 103 reportes es por facturar servicios que se encuentran dentro de la capitación y no se realizan si no que se derivan a otro prestador. (126). El último reporte con 8 glosas corresponde a pacientes que se han realizado actividades con otro prestador sin pedir autorización y se encuentran en la capitación. (COD 151). (4)

Otros investigadores aluden que, Respecto a las glosas de origen administrativo, la principal causa es la objeción a tarifas de procedimientos no pactados entre la EPS y la IPS. Adicionalmente se presentan algunas inconsistencias en las horas facturadas y las horas autorizadas, en relación con la cantidad, autorizadas para el servicio. La principal causante de ello son las condiciones adversas presentes en el municipio de Buenaventura que dificultan, en muchos casos, la atención de los pacientes y hacen que los procesos de atención tarden más. (5) se observa similitud con el presente estudio,

encontrando que uno de los motivos de glosas generados en los meses de julio y octubre se relaciona con tarifas de procedimientos o actividades no pactados, no obstante, no son tan representativas ni en costo ni en frecuencia. De igual forma un estudio realizado en un hospital de buenaventura encuentra similitudes por tarifas enunciando que, de acuerdo con los hallazgos emitidos por el área de control interno el mayor porcentaje de glosas se dio por tarifas, seguido por los recobros y autorizaciones, cabe resaltar que es muy importante llevar un registro minucioso de las causas de glosas y hacer evaluaciones periódicas del mismo. (6)

Se puede observar que en la siguiente investigación realizada en entidad AIC-EPS-I Con base a los resultados estadísticos y el histórico de glosas de clínica la estancia, concluimos que la causal de glosa más repetitiva en el II semestre es por pertinencia y tarifas correspondientes a los servicios cirugía y hospitalización.(7) siendo muy similar al trabajo de investigación en cuanto a glosas por tarifas, ya que la clínica la estancia es de alta complejidad comparado con la entidad trabajada en este trabajo de investigación nivel II.

Sumado a lo anterior, con relación a las fallas administrativas otros investigadores, refieren que, el análisis de variables como las entidades responsables con mayor número de glosas, los montos de facturación y radicación, además de los motivos de glosas, son los factores más impactantes en el momento de mostrar resultados, pues permiten detallar los gastos financieros atribuidos a las glosas y su relevancia en el flujo de cartera de la institución.(8) se ha justificado en diferentes proyectos de investigación que la causa principal son las glosas por facturación. No muy lejano a lo encontrado en el presente trabajo; por lo cual se evidencia una falencia en los sistemas administrativos y de cómo una auditoría concurrente puede mejorar la calidad y la disminución de las glosas.

Cabe mencionar que el presente estudio no discrimina información por Eps, sin embargo, un estudio que se llevó a cabo en la clínica los rosales refleja que, el mayor porcentaje de glosas es realizado por la EAPB Coomeva, representando un poco más de la mitad de los datos analizados y se evidencia además que la EAPB Sanitas es la de menos porcentaje entre el periodo de enero a septiembre de 2017. El principal motivo es el registro de medicamentos y/o insumos administrados, que podría estar asociado a fallas por parte del personal de salud en el momento de ser ordenados sin quedar registrados en los formatos establecidos para tal fin como: hojas de medicamentos, historias clínicas, fórmulas médicas, entre otros y al realizar la trazabilidad no se encuentran soportados. (9) Lo anterior corrobora que el desconocimiento para evitar las glosas radica tanto en el personal asistencial como administrativo. Con relación a lo anterior, Un estudio sugiere, la parte administrativa debe tener nuevas capacitaciones en manuales, tarifas y contratos existentes en la institución para así disminuir las glosas de este tipo y a su vez contar previa a la radicación de facturas una auditoría con lista de chequeo y previsión de autorizaciones y soportes, por la parte de soportes y listas se puede tener apoyo de personal técnico administrativo entrenado del Sena que lo realice.(10) por otra lado, la parte administrativa influye un papel importante en la disminución de las glosas, lo que se evidencia que es muy común en muchas clínicas e Ips que prestan el servicio. Por eso la auditoría debe ser concurrente para evitar dichas

glosas que afectan económicamente la entidad.

9.

### CONCLUSIONES

- Las principales causas de glosas que se presenta en la IPS son: La autorización principal no existe o no corresponde código 821, usuario o servicio correspondiente a otro plan código 116, factura no corresponde con requisitos legales código 849, recargos no pactados código 229, consulta, interconsulta código 302, procedimiento o actividad código 223.
- Los valores que originan detrimento patrimonial para la IPS son: Autorización principal no existe o no corresponde código 821, con un valor de 34.700.581, usuario o servicio correspondiente a otro plan código 116 con un valor de 22.077.617, factura no cumple requisitos legales código 849 con un valor de 18.800.806, ayudas diagnosticas con código 308 con un valor de 14.498.012, datos insuficientes del usuario con código 115 con valor de 9.022.726.

- Es necesario hacer un plan de mejoramiento que corrija los hallazgos encontrados con respecto a la mala facturación.



10.

### RECOMENDACIONES

Una vez desarrollado la investigación se sugiere a la institución efectuar el proceso de documentar, desplegar, implementar, medir y mejorar según los hallazgos (DDIMM)

D: crear un manual o protocolo del proceso de facturación institucional y de funciones, en el cual se delegue la verificación del cumplimiento contractual de los contratos celebrados con las EPS aliadas.

D: socializar constante los manuales que tengan protocolizados, capacitación continua de la normatividad vigente resolución 3047 de 2008 y sus anexos técnicos; determinando la periodicidad de reuniones, de las cuales queden actas como evidencia y a su vez se implemente sesiones breves de dialogo para socializar las lecciones aprendidas a partir de los hallazgos generados en el desarrollo de sus funciones del personal que integra la dirección de facturación.

Se sugiere gestionar desde el área de sistemas de información el mejoramiento del

software, que garantice la completitud de los registros en la historia clínica y soportes de esta, evitando la ausencia de datos de importancia de conocimiento de las entidades a cargo del pago de los servicios prestados.

I: desarrollar un instrumento unificado de monitoreo al proceso de facturación propios de la institución, conocimiento previo que permitirá anticiparse a posibles motivos de glosa, además, verificar periódicamente el cumplimiento contractual de los contratos celebrados con las EPS aliadas.

M: determinar criterios de aplicación que generen indicadores del desempeño de los procesos necesarios para asegurarse de la implementación y control de estos.

M: establecer estrategias de mejoramiento a partir del monitoreo previamente realizado, generando crecimiento organizacional.



1. Sandoval Robayo ML. Constitución e imperio de la ley en Colombia. Revista Jurídica Piélagus. 2017 Jun 29;16(1):151.
2. Gómez-García CA, Builes-Velásquez A. El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: una mirada desde la Ley Estatutaria 1751 del año 2015. Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. 2018;48(128):135–67.
3. la INVERSIÓN EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD E de, Javier maza Ávila francisco, Carlos Vergara Schmalbach J, Luis Navarro España J. EFFICIENCY OF INVESTMENT IN SUBSIDIZED HEALTH SYSTEM IN BOIVAR-COLOMBIA. Vol. 24, INVESTIGACIONES ANDINA. No.
4. Pinto D, María M, Castellanos I. En el Sistema general de seguridad social colombiano CARACTERIZACIÓN DE LOS REEMBOSOS POR TUTELAS Y MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD \*.
5. ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS UNIFICACION.
6. Mario CM, Pinzón Solarte Marcela. glosas y descuentos en facturación ◆ Efeitos financeiros de causas que geram glosas e descontos no faturamento. 2019;26(2):61–85.
7. 1-sistemas-sanitarios-union-europea @ www.gestion-sanitaria.com [Internet]. Available from: <https://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-union-europea.html#:~:text=Los países que componen la,Austria%2C Bélgica%2C Luxemburgo y Holanda>
8. Spigolon DN, Lima AM de, Teston EF, Maran E, Costa MAR, Derenzo N. <b>Impacto da inconformidade dos registros de enfermagem no contexto das glosas hospitalares/ Impact of the nonconformity of nursing notes in the context of hospital glosses<b>. Ciência, Cuidado e Saúde. 2019;18(1):1–6.
9. Falta de eficiencia en los mecanismos de control del planeamiento y la gestión de un centro de servicios hospitalarios (Perú) (página 2) - Monografias.com [Internet]. [cited 2021 Oct 27]. Available from: [https://www.monografias.com/trabajos55/control-del-planeamiento/control-del-planeamiento2.shtml#google\\_vignette](https://www.monografias.com/trabajos55/control-del-planeamiento/control-del-planeamiento2.shtml#google_vignette)
10. De O, De A, De SOAT), De LU. UNIVERSIDAD DE CUENCA PORTADA FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS CARRERA DE CONTABILIDAD SUPERIOR Y AUDITORIA "AUDITORIA DE GESTIÓN APLICADO AL COMPONENTE DEL SEGURO.
11. FACTORES RELACIONADOS CON LA OCURRENCIA.
12. Pereira T, Gamarra N. AUDITORIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA RESUMO A auditoria é uma fonte independente de informação , cobrindo

todos os processos que compõem um sistema de garantia de qualidade . Nessa direção , este estudo teve por objetivo principal anal. 2018;221–37.

13. Claudino HG e, Gouveia EM de L, Santos SR Dos, Lopes MEL. Auditoria Em Registros De Enfermagem: Revisao Integrativa Da Literatura.
14. Larroyed de Oliveira R, Maria Nardelli de Oliveira E. Auditoria médica em hospital geral de médio porte: análise das glosas hospitalares. Revista de Administração em Saúde. 2020;20(78).
15. resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009. Manual Único De Glosas, Devoluciones Y Respuestas Unificacion. 2009. 2009;(6):15.
16. Ministerio de la Protección Social. Ministerio de la Protección Social Decreto Numero 4747 De 2007. Ministerio De La Proteccio Social. 2006;2006(Junio 12):1–17.
17. MSPS. Cifras del aseguramiento en salud con corte marzo de 2020. Cifras de aseguramiento en salud. 2020;
18. Congreso EL, Republica DELA. La Ley 1122 del 2007. Medicina. 2007;29(1):5–6.
19. Páginas - Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) [Internet]. [cited 2021 Nov 3]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>
20. Páginas - Auditoría para el mejoramiento de la calidad [Internet]. [cited 2021 Nov 3]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx>
21. resolucion-5095-de-2018.
22. Sistema Único de Acreditación [Internet]. [cited 2021 Nov 3]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistem-aobligatorio-garantia-calidad.aspx>
23. Páginas - Sistema de Información para la Calidad [Internet]. [cited 2021 Nov 3]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistemade-informacion-para-calidad.aspx>
24. Acerca de ADRES [Internet]. [cited 2021 Nov 3]. Available from: <https://www.adres.gov.co/nuestra-entidad/acerca-de-adres/que-es-la-adres>
25. Gómez Narváez IC, Rodríguez Núñez DM, Cárdenas Valderrama DP, diana.rodriquezni@campusucc.edu.co, dianapatricia.carde@campusucc.edu.co, isabel.gomezn@campusucc.edu.co. Desarrollo de la auditoria en salud en Colombia en los últimos 10 años. El sector salud en Colombia: Impacto del SGSS después de más de una década de reforma Mauricio Santa María S1 Fabián García A Carlos Felipe Prada L María José Uribe T Tatiana Vásquez B febrero 25 de 2009 [Internet]. 2020 Oct 21 [cited 2021 Oct 28]; Available from: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/20481>
26. Gómez Narváez IC, Rodríguez Núñez DM, Cárdenas Valderrama DP, diana.rodriquezni@campusucc.edu.co, dianapatricia.carde@campusucc.edu.co, isabel.gomezn@campusucc.edu.co. Desarrollo de la auditoria en salud en Colombia en los últimos 10 años. El sector salud en Colombia: Impacto del SGSS después de más de una década de reforma Mauricio Santa María S1 Fabián García A Carlos Felipe Prada L María José Uribe T Tatiana Vásquez B febrero 25 de 2009 [Internet]. 2020 Oct 21 [cited

- 2021 Nov 3]; Available from: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/20481>
27. Glosas generadas en ASSBASALUD E.S.E en el primer semestre del año 2017 y 2018.
  28. Olarte Flórez VA, victor.olartef@campusucc.edu.co. Auditoría al proceso de facturación del servicio de hospitalización del hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, Cundinamarca. Blanco Restrepo J, Maya Mejía J, (2005) Administración de servicios de salud Tomo II, segunda edición [Internet]. 2018 Dec 13 [cited 2021 Nov 3]; Available from: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/7128>
  29. SCIELO Aseguramiento en los regimenes contributivo y subsidiado.
  30. Nacional Mayor de San Marcos Perú Piscoya U. Anales de la Facultad de Medicina. 2000;61:227–40. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37961308>
  31. Número D. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.
  32. | El Nuevo Día [Internet]. [cited 2021 Oct 28]. Available from: <http://www.elnuevodia.com.co/nuevodia/tolima/ibague/226238-gerentes-de-ips-denuncia-n-al-estado-los-problemas-de-salud>
  33. Zavalaga L. Auditoría médica en el primer nivel de atención. Vol. 11, Rev Med Hered. 2000.
1. Leuro Martínez M, Tatiana I, Salcedo O. Quinta edición.
  2. Santiago U, Cali DE, De F, Especialización S, Auditoria DE, Salud EN. CAROLINA PÉREZ RAMÍREZ ÁNGELA MARÍA VALENCIA CASTAÑO. 2020;
  3. Edison Camilo Cadavid Carvajal MVMA. Análisis de las principales causas de glosas en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá año 2020 [Internet]. facultad nacional de salud. 2020 [cited 2021 Nov 20]. p. 1–55. Available from: [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/21693/6/CadavidEdison\\_2021\\_AnalisisGlosasTaraza](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/21693/6/CadavidEdison_2021_AnalisisGlosasTaraza)
  4. Rawla P, Sunkara T, Gaduputi V, Jue TL, Sharaf RN, Appalaneni V, et al. Causales de glosa en la facturación por la prestación de servicios de salud en la ips odontológica santa maria S.A.S en el primer semestre de 2017. Gastrointestinal Endoscopy [Internet]. 2018;10(1):279–88. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2014.05.023><https://doi.org/10.1016/j.gie.2018.04.013><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29451164><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5838726><http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2013.07.022>
  5. FACTORES RELACIONADOS CON LA OCURRENCIA.
  6. del Valle Sede Pacífico Facultad Ciencias De La Administración U de. PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA DISMINUCION DE LAS GLOSAS A LA FACTURACIÓN DEL HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA DEL DISTRITO DE BUENAVENTURA AÑO 2014 VIRGINIA VALVERDE VALENCIA DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD Y FINANZAS PROGRAMA DE CONTADURIA PÚBLICA BUENAVENTURA. 2017;
  7. Caracterizar el proceso de auditoria de cuentas medicas realizado por la AIC EPS-I A clínica la estancia en el ámbito hospitalario en el segundo (II) semestre del año 2017 [Internet]. [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/724?show=full>
  8. 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.

9. Luisa C, Pulgarin B, Byron J, Londoño E, Liliana T, Quintero L, et al. CARACTERIZACIÓN DE GLOSAS, CLÍNICA LOS ROSALES, ENERO-SEPTIEMBRE DE 2017.
10. Pinzón CE, Luisa C, Pulgarin B. CARACTERIZACIÓN GLOSAS, HOSPITALIZACIÓN CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO, SEGUNDO SEMESTRE 2016 AUTORES Educación View project SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA View project. 2018.

## 12.

## ANEXOS

### 13.1 Consentimiento informado

### 13.2 Instructivos

### 13.3 Instrumento de recolección de información

### 13.4 Cronograma

#### Mes de JULIO

Tarifas	327	\$ 13.712.915
201 Estancias	1	\$ 179.100
202 Consultas, interconsultas	75	\$ 1.334.196
204 Honorarios otros profesionales asistenciales	1	\$ 900
205 Derechos de sala	2	\$ 81.665
206 Materiales	1	\$ 1.468
208 Ayudas diagnósticas	10	\$ 3.247.342
223 Procedimiento o actividad	30	\$ 1.904.537
229 Recargos no pactados	207	\$ 6.963.707

Fundación Universitaria del Área Andina



<b>Devoluciones</b>	<b>68</b>	<b>\$ 15.339.080</b>
816 Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	24	\$ 5.403.060
821 Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicio	16	\$ 6.109.261
847 Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico)	1	\$ 232.317
849 Factura no cumple requisitos legales	24	\$ 3.506.180
850 Factura ya cancelada	3	\$ 88.262

### Mes de AGOSTO

<b>Autorizaciones</b>	<b>10</b>	<b>\$ 2.853.398</b>
401 Estancia	2	\$ 1.079.772
423 Procedimiento o actividad	1	\$ 77.300
430 Autorización de servicios adicionales	7	\$ 1.696.326
<b>Devoluciones</b>	<b>53</b>	<b>\$ 11.584.063</b>
816 Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	32	\$ 3.656.030
821 Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicio	7	\$ 6.711.481
834 Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	3	\$ 15.900
848 Informe atención inicial de urgencias	1	\$ 234.911
849 Factura no cumple requisitos legales	6	\$ 708.377
850 Factura ya cancelada	4	\$ 257.364

### Mes de SEPTIEMBRE

<b>Autorizaciones</b>	<b>34</b>	<b>\$ 5.157.322</b>
401 Estancia	1	\$ 507.011
402 Consultas, interconsultas	1	\$ 294.682
408 Ayudas diagnósticas	11	\$ 48.600
423 Procedimiento o actividad	3	\$ 692.009
430 Autorización de servicios adicionales	17	\$ 3.535.838
438 Traslado en ambulancia	1	\$ 79.182
<b>Devoluciones</b>	<b>146</b>	<b>\$ 17.772.935</b>
816 Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	88	\$ 8.984.416
821 Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicio	37	\$ 6.455.351
834 Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	4	\$ 52.372
849 Factura no cumple requisitos legales	17	\$ 2.280.796

### Mes de OCTUBRE

<b>Tarifas</b>	<b>219</b>	<b>\$ 3.493.488</b>
202 Consultas, interconsultas	2	\$ 111.282
204 Honorarios otros profesionales asistenciales	14	\$ 22.500
205 Derechos de sala	1	\$ 5.600
208 Ayudas diagnósticas	3	\$ 198.360
209 Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	1	\$ 80.000
223 Procedimiento o actividad	27	\$ 2.170.366
229 Recargos no pactados	171	\$ 905.380
<b>Devoluciones</b>	<b>59</b>	<b>\$ 15.649.611</b>
816 Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	13	\$ 580.919
817 Usuario retirado o moroso	1	\$ 66.864
821 Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicio	11	\$ 4.563.680
834 Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	1	\$ 26.500
847 Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico)	5	\$ 1.708.300
849 Factura no cumple requisitos legales	26	\$ 8.651.886
850 Factura ya cancelada	2	\$ 51.462

### Mes de NOVIEMBRE

<b>Facturación</b>	<b>36</b>	<b>\$ 8.623.111</b>
102 Consultas, interconsultas	23	\$ 2.267.835
103 Honorarios médicos en procedimientos	1	\$ 1.391.696
106 Materiales	2	\$ 1.920
107 Medicamentos	2	\$ 14.080
108 Ayudas diagnósticas	6	\$ 4.684.980
109 Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo)	1	\$ 257.300
115 Datos insuficientes del usuario	1	\$ 5.300
<b>Devoluciones</b>	<b>151</b>	<b>\$ 18.151.507</b>
816 Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	7	\$ 3.453.192
817 Usuario retirado o moroso	1	\$ 12.720
821 Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicio	97	\$ 10.860.808
834 Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	1	\$ 5.300
848 Informe atención inicial de urgencias	5	\$ 165.920
849 Factura no cumple requisitos legales	40	\$ 3.653.567

### Mes de DICIEMBRE

<b>Soportes</b>	<b>91</b>	<b>\$ 18.405.630</b>
302 Consultas, interconsultas médicas	3	\$ 621.340
307 Medicamentos	4	\$ 35.198
308 Ayudas diagnósticas	22	\$ 5.404.322
309 Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	5	\$ 3.180.200
315 Datos insuficientes del usuario	54	\$ 9.017.426
333 Copia de historia clínica completa	2	\$ 47.700
338 Hoja de traslado en ambulancia	1	\$ 99.444
<b>Pertinencia</b>	<b>292</b>	<b>\$ 4.774.869</b>
602 Consultas, interconsultas	181	\$ 2.646.461
608 Ayudas diagnósticas	11	\$ 914.408
623 Procedimiento o actividad	100	\$ 1.214.000

<b>Cronograma de actividades</b>						
<b>Fechas</b>	<b>Años</b>					
<b>Actividades</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Septiembre</b>
<b>1</b>	X	X				
<b>2</b>		X	X			
<b>3</b>			X	X		
<b>4</b>				X		
<b>5</b>				X	X	
<b>6</b>					X	
<b>7</b>						X

### 13.5 Presupuesto

Personal							
Rubro	Formación académica	Valor hora	Cantidad de horas a la semana	Número de meses	Total	Instalado	No Instalado
Investigador(a)1	Enfermero jefe.	\$2500	8 horas a la semana	4 meses		Si	
Investigador(a)2	Enfermero jefe.	\$2500	8 horas a la semana	4 meses		Si	
Investigador(a)3	Odontólogo.	\$2500	8 horas a la semana	4 meses		Si	
Asesor(a) metodológico	María del Pilar Gómez González.	\$18000	2 horas a la semana	4 meses		Si	
Asesor(a) metodológico	Diego Carmona Carmona	\$18500	2 horas a la semana	4 meses		Si	
<b>Total</b>		\$44.500					

<b>Materiales e insumos</b>					
<b>Rubro</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Cantidad requerida</b>	<b>Total</b>	<b>Instalado</b>	<b>No Instalado</b>
Internet	\$130.000	Mensualmente por 4 meses.	\$520.000	Si	
Energía	\$70.000	Mensualmente por 4 meses.	\$280.000	Si	
Plan de internet móvil	\$60.000	Mensualmente por 4 meses.	\$240.000	Si	
<b>Total</b>	<b>\$260.000</b>	<b>4 meses</b>	<b>\$1.040.000</b>	<b>Si</b>	

Fundación Universitaria del Area Andina

<b>Salidas de campo</b>					
<b>Descripción</b>	<b>Justificación</b>	<b>Costo unitario</b>	<b># de salidas</b>	<b>Instalado</b>	<b>No instalado</b>
Salida a IPS	Visita a la Ips, para recolección de datos para el proceso de investigación.	\$50.000	8	Si	
<b>TOTAL</b>					

<b>Equipos</b>			
<b>Descripción del equipo</b>	<b>Justificación</b>	<b>Especie</b>	<b>Efectivo</b>
Computador portátil HP	Se realizo encuentros académicos con asesores y redacción de documento para la investigación.	Si	
Computador portátil HP	Se realizo encuentros académicos con asesores y redacción de documento para la investigación.	Si	
TOTAL			

<b>Software</b>			
<b>Descripción del software</b>	<b>Justificación</b>	<b>Especie</b>	<b>Efectivo</b>
MEET	Se realiza encuentros académicos para el desarrollo en el proceso de investigación.	Si	
Google	Búsqueda de información que aporte en el proceso de investigación.	Si	
Excel	Ayuda para el proceso de tabulación de datos en el proceso de	Si	

	investigación.		
Biblioteca de la universidad	Búsqueda de información como ayuda en referencias bibliográficas del proceso de investigación.	Si	
<b>TOTAL</b>			