

**GESTION DE GLOSAS PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**

**RUTH QUINTANA**

**LINA SALGADO**

**DIANA TORRES**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA**

**ESPECIALIZACION GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

**BOGOTÁ D.C.**

**2016**

**GESTION DE GLOSAS PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**

**RUTH QUINTANA**

**LINA SALGADO**

**DIANA TORRES**

**TUTOR DEL PROYECTO:**

**DR HECTOR GOMEZ TRIVIÑO**

**UNIVESIDAD SERGIO ARBOLEDA**

**ESPECIALIZACION GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

**BOGOTÁ D.C.**

**2016**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. RESUMEN</b> .....	6
<b>2. INTRODUCCION</b> .....	7
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	8
<b>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	9
<b>4.1. Descripción del Problema.</b> .....	9
<b>4.2. Delimitación del Problema.</b> .....	9
<b>4.3. Enunciado del Problema</b> .....	9
<b>4.4. Formulación del Problema</b> .....	9
<b>5. OBJETIVOS</b> .....	10
<b>5.1. Objetivo General</b> .....	10
<b>5.2. Objetivos Específicos</b> .....	10
<b>6. PROPOSITO</b> .....	11
<b>7. MARCO TEÓRICO</b> .....	12
<b>7.1. Marco Conceptual</b> .....	16
<b>8. METODOLOGIA</b> .....	22
<b>8.1. Descripción de Variables.</b> .....	22
<b>8.1.1. Variable 1 Pago de acuerdo a lo convenido.</b> .....	22
<b>8.1.2. Variable 2 Desconoce cuenta y no pagan.</b> .....	22
<b>8.1.3. Variable 3 Sin Soporte o sin Autorización.</b> .....	22
<b>8.1.4. Variable 4 Diferencia de tarifas</b> .....	23
<b>8.1.5. Variable 5 Resto de Glosas.</b> .....	23
<b>8.2. Análisis DOFA de las Variables</b> .....	23
<b>8.2.1. Variable 1 Pago de acuerdo a lo convenido:</b> .....	23
<b>8.2.2. Variable 2 Desconoce cuenta y no pagan:</b> .....	24
<b>8.2.3. Variable 3 Sin Soporte o sin Autorización:</b> .....	25
<b>8.2.4. Variable 4 Diferencia de tarifas:</b> .....	25
<b>8.2.5. Variable 5 Resto de Glosas:</b> .....	26
<b>8.3. Desarrollo del modelo a partir de las Estrategias DOFA</b> .....	27
<b>8.3.1. Estrategia 1: Pago de acuerdo a lo convenido</b> .....	27
<b>8.3.2. Estrategia 2: Desconoce cuenta y no pagan</b> .....	28
<b>8.3.3. Estrategia 3: Sin Soporte o sin Autorización:</b> .....	28

8.3.4.	Estrategia 4: Diferencia de tarifas.....	29
8.3.5.	Estrategia 5: Resto de Glosas.....	30
9.	CONCLUSIONES .....	34
10.	BIBLIOGRAFIA.....	36

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1 Trámite de Glosas .....</b>	<b>13</b>
<b>Tabla 2 Trámite de Glosas .....</b>	<b>13</b>
<b>Tabla 3 Conceptos Generales.....</b>	<b>14</b>
<b>Tabla 4 Conceptos Específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>Tabla 5 DOFA Variable 1 .....</b>	<b>23</b>
<b>Tabla 6 DOFA Variable 2 .....</b>	<b>24</b>
<b>Tabla 7 DOFA Variable 3 .....</b>	<b>25</b>
<b>Tabla 8 DOFA Variable 4 .....</b>	<b>25</b>
<b>Tabla 9 DOFA Variable 5 .....</b>	<b>26</b>
<b>Tabla 10 Estrategia 1 .....</b>	<b>27</b>
<b>Tabla 11 Estrategia 2 .....</b>	<b>28</b>
<b>Tabla 12 Estrategia 3.....</b>	<b>28</b>
<b>Tabla 13 Estrategia 4.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabla 14 Estrategia 5.....</b>	<b>30</b>

## 1. RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Dentro de los procesos de gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se evidencia una brecha en el cobro de servicios glosados, lo que disminuye el flujo de caja dentro de las organizaciones. Al encontrar causales similares en el no pago de dichos servicios, se ha encontrado una opción de empresa en la cual como asesores y gestores de dicho proceso, se logrará disminuir el porcentaje de servicios no pagados a través de la aplicación de un modelo de gestión de glosas.

**METODOLOGIA:** A través de la revisión bibliográfica se categorizaron cinco variables las cuales son la base determinante de la creación del modelo de gestión de glosas en IPS. Dichas variables fueron sometidas al análisis DOFA y posterior a este surgieron las estrategias para ser aplicadas en los procesos conciliatorios.

**RESULTADOS:** Se realizó la consolidación del modelo de gestión de glosas el cual será aplicado como estrategia principal en las IPS a las cuales se les entregará el Portafolio de Servicios.

## 2. INTRODUCCION

Es importante contar con un modelo de recuperación de cartera que permita contribuir a las IPS en la difícil recuperación del flujo de caja, esto dado que a través del tiempo los descuentos aplicados por las EPS, además de ser mayor el monto del descuento a lo declarado por el decreto 4747 artículo 23 y ley 1438 de 2011, son más frecuentes.

El contar con este modelo no solo le permitirá a la IPS recuperar su dinero de forma más rápida, sino que también se contribuirá en el desarrollo de mecanismos de mejoramiento para la corrección de los procesos como facturación y procesos administrativos que afectan la liquidez de la IPS y la eficiencia por la generación de reprocesos y actividades que no son corregidas de forma definitiva sino parcial.

Básicamente lo que se espera con esta propuesta es que las IPS, logren solucionar de fondo los problemas al interior de sus procesos con el fin de evitar que las EPS glosen sus servicios, devuelvan sus facturas y garanticen así una oportuna recuperación de su dinero. De igual manera se espera que diferentes IPS repliquen y apropien el modelo como una herramienta para mejorar sus proceso conciliatorios.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Debido a la necesidad que tienen los prestadores para la preparación de una conciliación que les permita cobrar oportunamente servicios efectivamente prestados, se requiere la implementación de un modelo de administración de glosas que permita no solamente gestionarlas, sino también identificar en donde se encuentran las fallas para establecer correctivos transparentes que se reviertan en el mejoramiento de los procesos de facturación, respuesta a glosas y recuperación de cartera, incrementar los excedentes y garantizar la razonabilidad de los estados financieros de las IPS en la ciudad de Bogotá.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**4.1. Descripción del Problema.** En las Instituciones Prestadores de Salud se ha identificado que uno de los principales problemas es la falta de oportunidad en el cobro de servicios que han sido glosados por parte de los pagadores impidiendo el recaudo efectivo de los servicios prestados, debido a la falta de articulación y comunicación de los procesos asistenciales con los de facturación, lo que se traduce en una disminución de los ingresos operacionales.

**4.2. Delimitación del Problema.** El modelo de gestión de glosas se podrá implementar en todas aquellas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas en la ciudad de Bogotá.

**4.3. Enunciado del Problema.** Se requiere la implementación de un modelo para la gestión de glosas de las Instituciones Prestadoras de Salud dado que actualmente no existe un proceso claro y estructurado que permita la gestión efectiva de la cartera asociada a servicios glosados.

**4.4. Formulación del Problema.** ¿Qué modelo se debe aplicar para la Gestión de glosas de las Instituciones Prestadoras de Salud?

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1.Objetivo General**

Diseñar un modelo que agilice la conciliación de glosas a través del abordaje de cada una de las variables que intervienen en la recuperación efectiva de la cartera de las IPS en la ciudad de Bogotá

### **5.2.Objetivos Específicos**

- ▶ Identificar y analizar las causas que generen diferencias entre lo facturado por el prestador y lo pagado por la EPS.
- ▶ Disminuir los motivos de glosas en facturas radicadas
- ▶ Facilitar y agilizar al prestador el proceso de conciliación de la glosa con la EPS
- ▶ Facilitar los procedimientos administrativos para disminuir los errores en la facturación.

## 6. PROPOSITO

Las instituciones de salud en Colombia no sólo se ven afectadas por el pago oportuno de la prestación de servicios sino que también se ven afectadas por múltiples descuentos que las EPS realizan sobre su facturación. Con la reforma de 1993, el estado le dio la potestad a las EPS para descontar a las IPS aquellos aspectos que considere que presentan una diferencia en los servicios acordados.

Debido a lo anterior, las IPS cada vez se ven más afectadas por el flujo de sus recursos, puesto que la prestación de los servicios no da espera y deben incurrir en costos operativos y administrativos, mientras que las EPS se quedan con una porción importante de su dinero.

No obstante, las IPS han tenido que invertir tiempo del personal asistencial para realizar los análisis de cartera ya que dentro de estos descuentos se encuentran aspectos con pertinencia médica que las EPS aducen y exigen que estas conciliaciones solo pueden realizarse con este perfil, por lo tanto las IPS cada vez más pierden su sentido y objetivo el cual es una excelente prestación de servicios a los usuarios.

Adicionalmente, pueden pasar muchos meses, incluso muchos años para que las conciliaciones lleguen a un total éxito, ya que por falta de recurso humano, no existe una organización y claridad en la contabilidad de las IPS y tampoco cuentan con el tiempo suficiente para realizar presión en las EPS para la atención y cierres de cartera.

Con el fin de contribuir y garantizar ese flujo de recursos, surge la necesidad de ayudar a las IPS para que sus utilidades no se vean afectadas, para que el recaudo de sus dineros sea en un corto plazo y hacer con el tiempo una contabilidad limpia, quitando una preocupación en ellas y así lograr que se dediquen a la razón de ser “EL CUIDADO DE LOS PACIENTES”.

## 7. MARCO TEÓRICO

A partir de la reforma de 1993<sup>1</sup> el sector de salud en Colombia, le otorgó la participación a los inversionistas del sector privado en la provisión de un bien público con la garantía constitucional como es la Salud. Según las cuentas de salud en Colombia, el gasto total nacional en 1993 fue del 6.2% del producto interno bruto, en 1997 ascendió a 9.6% y en el 2003 se ubicó en el 7.8% y <sup>2</sup>para el año 2015 se finaliza con una participación del 7.2%

Esta reforma pretendía que todos los prestadores que participaran de forma equitativa en el manejo de recursos, sin embargo la complejidad en el desarrollo de las relaciones del mercado, hizo que se creara una concentración del poder en los actores que administraban el recurso, ejercido inicialmente por las entidades administradoras de beneficios y posteriormente por los demás responsables del pago de servicios de salud, es así como las demás entidades estatales en todos los niveles de administración y el operador fiduciario FOSYGA, que copiaron esta práctica y con el tiempo lo que hizo fue frenar el flujo de los recursos hacia los prestadores de servicios en salud, obligando así a que el gobierno estableciera diferentes normas para mitigar el impacto nocivo por exceso de objeciones y glosas sobre la facturación de servicios de salud y equilibrar las relaciones entre prestadores y pagadores.

Los tiempos entre la prestación del servicio, la generación de la factura, la revisión de la auditoria, el recibir las facturas por parte de la entidades deudoras, adicionalmente el tiempo que se toma en la notificación de la glosa y todos los efectos que esta conlleva, hacen que las entidades deudoras se apalanquen con estos recursos afectando así la liquidez de la instituciones prestadores de servicios.

---

<sup>1</sup> Ref: Estudios Técnicos, AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN- Cuarto informe de Glosas

<sup>2</sup> <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

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

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

Los tiempos que se deben llevar a cabo para el trámite de glosas y devolución son los siguientes:

**Tabla 1** Trámite de Glosas

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD
Formulación de la glosa	Dar respuesta	Levantar total o parcialmente la glosa	Cancelar los valores de las glosas levantadas
30 días hábiles siguientes a la recepción de la factura	15 días hábiles siguientes a la recepción de la glosa	10 días hábiles para la recepción de respuesta a la IPS	5 días hábiles siguientes al proceso para el levantamiento de glosa debe informar al prestador
	Devoluciones, subsanar la glosa respetando la fecha de recepción.		

**Fuente:** Decreto 4747 de 2007

**Tabla 2** Trámite de Glosas

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD
Formulación de la glosa	Dar respuesta	Levantar total o parcialmente la glosa	Glosas subsanables	Cancelar los valores de las glosas levantadas	Conciliación
20 días hábiles siguientes a la recepción de la factura	15 días hábiles siguientes a la recepción de la glosa	10 días hábiles para la recepción de respuesta a la IPS	7 días hábiles para subsanar las causas de las glosas no levantadas y enviarlas nuevamente a la entidad responsable	5 días hábiles siguientes al proceso del levantamiento de glosa informando al prestador la justificación de las glosas o la proporción que no fueron levantadas	Después de agotarse los términos previstos, acudirá a la SUPESALUD para que sirva como garante conciliatorio.

**Fuente:** Ley 1438 de 2011

Adicionalmente los motivos de glosa o devolución de la factura de acuerdo al manual único de glosas en la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009 contempla la siguiente codificación:

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

<b>GERERAL</b>	<b>ESPECIFICO</b>
6	53

Los conceptos generales hacen referencia a la agrupación de procesos en los que se puede presentar una situación motivo de glosa. Estos se agrupan en nueve categorías (Res. 3047 de 2007)

**Tabla 3** Conceptos Generales

COD	CONCEPTO GENERAL	APLICACIÓN
1	FACTURACIÓN	Quando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados
2	TARIFA	Diferencias al comparar los valores facturados con los pactados
3	SOPORTES	Aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
4	AUTORIZACIÓN	Servicios NO autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas.
5	COBERTURA	Aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan
6	PERTINENCIA	No existe coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica
8	DEVOLUCIONES	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud

9	RESPUESTA A GLOSAS O DEVOLUCIÓN	Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.
---	---------------------------------	--

**Fuente:** Resolución 3047 de 2007

Los conceptos específicos hacen referencia los cuales se relacionan con el concepto general en la medida que se entienden como subprocesos contenidos en el concepto general. Puede contenerse en un solo concepto general o en varios (Resolución 3047 de 2007)

**Tabla 4** Conceptos Específicos

<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
<b>Código</b>	<b>Concepto Específico</b>
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
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.

Fuente: Resolución 3047 de 2007

**7.1.Marco Conceptual:** Enmarcando el Sistema General de Seguridad Social en Salud, vemos relevante citar algunas de los conceptos que influyen en el proceso de facturación y auditoría de cuentas médicas.

- **Clasificación única de procedimientos en salud, CUPS:** para la codificación de procedimientos se utilizará la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS, la cual será de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los

<sup>3</sup> Ref: Estudios Técnicos, AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN- Cuarto informe de Glosas

procedimientos en salud. Dicha clasificación será actualizada de manera periódica por el Ministerio de la Protección Social, para lo cual podrá consultar con las asociaciones científicas y otros actores del sistema.

- **Devolución:** es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por el prestador durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a faltas de competencia, autorización, epicrisis, cumplimiento de requisitos legales en la factura o documento equivalente, servicio electivo no autorizado y servicio cancelado con anterioridad.
- **Entidades responsables del pago de servicios de salud.** Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.
- **Epicrisis:** resumen de la atención prestada a un paciente, el cual es elaborada por el médico tratante del paciente.
- **ERP:** Empresa Responsable de Pago
- **Expertos:** Auditores Médicos y Técnicos de cuentas que laboran en el área de cuentas médicas, quienes tienen conocimiento y experiencia en el manejo de glosas y devoluciones.
- **FOSYGA:** Fondo de Solidaridad y Garantía
- **Glosa:** es una no conformidad que afecta en forma parcial el valor de la factura por prestación de servicios de salud, formulada por el prestador durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por la IPS.

- **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- **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.
- **Modelo de atención:** comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.
- **Pago por capitación:** pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.
- **Pago por evento:** mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención,

- insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.
- **Pago por caso**, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.
  - **Prestadores:** los prestadores de salud son personas naturales o jurídicas, tales como consultorios, consultas, centros médicos, hospitales o clínicas, que otorgan atenciones de salud a las personas beneficiadas.
  - **Previsado:** mecanismo que permite la revisión y aprobación de las facturas, previa a la radicación, por parte del prestador. Proceso que se realiza al interior de la IPS.
  - **Radicar:** Entregar la factura al responsable del pago.
  - **Registro individual de prestaciones de salud, RIPS:** el Ministerio de la Protección Social revisará y ajustará el formato, codificaciones, procedimientos y malla de validación de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el reporte del Registro Individual de Prestaciones de Salud, RIPS
  - **Red de prestación de servicios:** es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de

complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

- **Refacturar:** Emitir una nueva factura.
- **Referencia y contrarreferencia:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.
- **La contrarreferencia** es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.
- **Reglosa:** Glosar una factura que ya había sido glosada previamente.
- **Soportes de las facturas de prestación de servicios:** los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la

Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

## 8. METODOLOGIA

Para el desarrollo metodológico del modelo se realizó una revisión de las diferentes variables que influían en el proceso de gestión de glosas dentro de las IPS. Una vez relacionadas las variables se realizó un análisis DOFA a cada una de ellas con el fin de consolidar finalmente el modelo.

### 8.1.Descripción de Variables.

**8.1.1. Variable 1 Pago de acuerdo a lo convenido:** Constituyen el grupo de todas aquellas facturas que son canceladas dentro de los términos sin ninguna novedad.

**8.1.2. Variable 2 Desconoce cuenta y no pagan:** Este grupo es constitutivo de un 32,6% de los servicios glosados. Dentro de las causas asociadas al desconocimiento de las cuentas, se evidencia la devolución total de las facturas, por presencia de no conformidades 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. Dentro de las causales de devolución se presenta la entrega extemporánea de facturas, la entrega incompleta de soportes como autorizaciones, historia clínica o cualquier incongruencia que no permita la convalidación de los servicios prestados.

**8.1.3. Variable 3 Sin Soporte o sin Autorización:** Este tipo de glosas se aplican cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no han sido 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. Constituye el 11,3% de los servicios glosados. Generalmente de los tipos de glosas generadas son

las más difíciles de conciliar dado que la entidad responsable de pago no cuentan con justificación suficiente para soportar el pago de los servicios no autorizados.

**8.1.4. Variable 4 Diferencia de tarifas:** Este tipo de glosas son las generadas cuando se evidencian diferencias entre las tarifas de los servicios facturados vs las tarifas pactadas con el prestador. Generalmente se presentan cuando no existe un adecuado proceso en la actualización de las fichas tarifarias con el prestador. Representan el 11% de las glosas a nivel institucional y son fácilmente conciliadas al mostrar la ficha tarifaria actualizada en el proceso de conciliación <sup>4</sup>.

**8.1.5. Variable 5 Resto de Glosas:** Se encuentra un grupo de glosas que constituyen un porcentaje de 12,8% aproximadamente de los servicios no pagados por la entidad responsable de pago. Dentro de este grupo se evidencian las asociadas a pertinencia en las que no se evidencia coherencia entre los hallazgos descritos en la historia clínica y los procedimientos o tratamientos solicitados. Este tipo de conceptos están sujetos a la Auditoría médica y son constitutivos de un acto técnicamente médico. También se evidencian las glosas de cobertura en la cual no se reconoce el pago de aquellos servicios que no se encuentran pactados con el prestador de servicios.

## 8.2. Análisis DOFA de las Variables

### 8.2.1. Variable 1 Pago de acuerdo a lo convenido:

**Tabla 5** DOFA Variable 1

PAGA DE ACUERDO A LO CONVENIDO	
DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
1 Falencias en la administración de recursos.	1 Mejor posicionamiento en el mercado, por garantizar servicio de calidad a los usuarios.

<sup>4</sup> Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009

2	Riesgo de mala administración de los recursos pagados por una mala distribución de los mismos	2	Contratación de Talento humano, con excelente formación y alta competitividad
3	No se cuenta con estudios precisos de costos por procedimientos	3	Mayor participación y reconocimiento en el mercado por su servicio
<b>FORTALEZAS</b>		<b>AMENAZAS</b>	
1	Mayor liquidez y flujo de recursos	1	Mayor competitividad con competidores más agresivos en el mercado
2	Mayor inversión en infraestructura que permitan mejorar la prestación de los servicios.	2	Disminución de contratos por la negación del acuerdo de voluntades con las EPS.
3	Disminución de reprocesos y mayor eficiencia frente a la optimización de tiempo y colaboradores para el desarrollo de las actividades.	3	Mayor seguimiento de los entes gubernamentales por mayor flujo de recursos
4	Enfoque para la prestación de los servicios y no en trámites administrativos		

### 8.2.2. Variable 2 Desconoce cuenta y no pagan:

**Tabla 6** DOFA Variable 2

<b>DESCONOCE CUENTA Y NO PAGAN</b>			
<b>DEBILIDADES</b>		<b>OPORTUNIDADES</b>	
Errores administrativos en la facturación que inciden en el pago.	1	Acercamiento con entes de control para capacitación y corrección de incidencias en las mesas de saneamiento	
Ineficiencia y mayores reprocesos	2	Conciliación de cartera con intervención de la Supersalud	
Falta de liquidez por los errores generados en la facturación			
Falta de recursos para la inversión de infraestructura e insumos.			
Mayor número de glosas a conciliar		<b>AMENAZAS</b>	
Incremento en las cuentas por cobrar y afectación en la contabilidad de la IPS.	1	Falta de atención por parte de las IPS para el cierre de cartera con las EPS, evidenciado en que no existe un cronograma para dichas conciliaciones	
<b>FORTALEZAS</b>	2	Las EPS aumentan sus ingresos a costa	

Personal altamente capacitado para llevar a cabo la conciliación de cartera con las EPS. Por lo que se requiere continuar con el desarrollo por competencias de dicho personal.	del dinero de las ips
---	-----------------------

### 8.2.3. Variable 3 Sin Soporte o sin Autorización:

**Tabla 7** DOFA Variable 3

SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACION	
DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
1 Errores administrativos en la facturación que inciden en el pago.	1 Estrategias de mejora en los procesos de facturación
2 Fuentes de información deficientes a nivel institucional.	2 Sistemas de información robustos a nivel institucional.
	3 Mayor participación y reconocimiento en el mercado por su servicio
FORTALEZAS	AMENAZAS
1 Personal capacitado y con amplio conocimiento en la normatividad vigente para la gestión de glosas	1 Adopción del modelo de gestión de glosas propuesto, para parte de la competencia
2 Procedimientos que garantizan la aplicabilidad en cuanto a Seguridad Informática, para la consecución, manejo y análisis de la información suministrada por los clientes	

### 8.2.4. Variable 4 Diferencia de tarifas:

**Tabla 8** DOFA Variable 4

DIFERENCIA DE TARIFAS	
DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
1 Errores administrativos en la facturación que inciden en el pago.	1 Actualización de las fichas tarifarias de acuerdo a los convenios con cada Institución

2	Fuentes de información deficientes a nivel institucional.	2	Fortalecer el sistema de información en la institución
3	Falta de seguimiento a los convenios	3	Reconocer el manual tarifario y verificar si las tarifas son competitivas
<b>FORTALEZAS</b>		<b>AMENAZAS</b>	
1	Seguimiento a los convenios	1	Disminución del flujo de caja asociada a una inadecuada socialización de las fichas tarifarias
2	Tarifas pactadas de acuerdo a los servicios ofertados y a los precios del mercado	2	Aumento de glosas asociadas a esta causa, generando reprocesos en los procesos de facturación

### 8.2.5. Variable 5 Resto de Glosas:

**Tabla 9** DOFA Variable 5

RESTO DE GLOSAS			
DEBILIDADES		OPORTUNIDADES	
1	Errores asistenciales asociados al desconocimiento de guías de atención médica por patología.	1	Verificar los servicios ofertados y la capacidad de poder ampliar los portafolios de servicios de acuerdo a los convenios
2	No hay congruencia entre los hallazgos de la historia clínica y los procedimientos y tratamientos ordenados	2	Fortalecimiento de los sistemas de información, consolidando las actividades pactadas de acuerdo a cada convenio
3	Las instituciones no socializan los procedimientos y actividades pactadas contractualmente con el asegurador	3	Aumentar la capacidad instalada a partir de la ampliación del portafolio de servicios
4	Sistemas de información pobres, sin la actualización de los servicios pactados por convenios	4	Incluir en el cronograma de formación de competencias la socialización de guías médicas para evitar errores de facturación asociados a pertinencia médica
<b>FORTALEZAS</b>		<b>AMENAZAS</b>	
1	Actualización de las guías de manejo	1	Aumento de las glosas por dicho concepto asociado al desconocimiento de la cobertura de los convenios y de la pertinencia médica

2	Fortalecimiento del personal asistencial	2	Generar un mal manejo médico asociado a la no actualización de las guías
---	--	---	--

### 8.3.Desarrollo del modelo a partir de las Estrategias DOFA

#### 8.3.1. Estrategia 1: Pago de acuerdo a lo convenido

Tabla 10 Estrategia 1

	DEBILIDADES	FORTALEZAS
<b>ESTRATEGIA 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falencias en la administración de recursos.</li> <li>Riesgo de mala administración de los recursos pagados por una mala distribución de los mismos</li> <li>No se cuenta con estudios de costos preciso por procedimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mayor liquidez y flujo de recursos</li> <li>Mayor inversión en infraestructura que permitan mejorar la prestación de los servicios.</li> <li>Disminución de reprocesos y mayor eficiencia frente a la optimización de tiempo y colaboradores para el desarrollo de las actividades.</li> <li>Enfoque para la prestación de los servicios y no en trámites administrativos</li> </ul>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ESTRATEGIAS (DO)</b>	<b>ESTRATEGIAS (FO)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejor posicionamiento en el mercado, por garantizar servicio de calidad a los usuarios.</li> <li>Contratación de Talento humano, con excelente formación y alta competitividad</li> <li>Mayor participación y reconocimiento en el mercado por su servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Buscar mecanismos que garanticen evaluación continua a los procesos de contratación y selección del personal</li> <li>Entregar a la empresa herramientas que le permitan administrar los recursos productp del pago de acuerdo a lo convenido (oportunidad de negocio)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluir dentro de nuestro portafolio de servicios los valores agregados que va a obtener la IPS si gestiona sus glosas a través de nuestro modelo.</li> </ul>
<b>AMENAZAS</b>	<b>ESTRATEGIAS ( DA)</b>	<b>ESTRATEGIAS (FA)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mayor competitividad con competidores más agresivos en el mercado</li> <li>Disminución de contratos por la negación del acuerdo de voluntades con las EPS.</li> <li>Mayor seguimiento de los entes gubernamentales por mayor flujo de recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ofrecer a las IPS herramientas para fortalecer la competitividad a través de procesos más efectivos que disminuyan los trámites administrativos y la cantidad de glosas presentadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oportunidad en la consecución de recursos a través de la minimización de los trámites administrativos</li> </ul>

### 8.3.2. Estrategia 2: Desconoce cuenta y no pagan

Tabla 11 Estrategia 2

	DEBILIDADES	FORTALEZAS
<b>ESTRATEGIA 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Errores administrativos en la facturación que inciden en el pago.</li> <li>Ineficiencia y mayores reprocesos</li> <li>Falta de liquidez por los errores generados en la facturación</li> <li>Falta de recursos para la inversión de infraestructura e insumos.</li> <li>Mayor número de glosas a conciliar</li> <li>Incremento en las cuentas por cobrar y afectación en la contabilidad de la IPS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal altamente capacitado para llevar a cabo la conciliación de cartera con las EPS.</li> </ul>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ESTRATEGIAS (DO)</b>	<b>ESTRATEGIAS (FO)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acercamiento con entes de control para capacitación y corrección de incidencias en las mesas de saneamiento</li> <li>Conciliación de cartera con intervención de la Supersalud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación en normatividad a los Auditores de cuentas médicas de las IPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación al personal auditor en métodos efectivos para la conciliación de glosas como verificación de fichas tarifarias y paretos de conciliación.</li> </ul>
<b>AMENAZAS</b>	<b>ESTRATEGIAS (DA)</b>	<b>ESTRATEGIAS (FA)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de atención por parte de las EPS para el cierre de cartera con las EPS</li> <li>Las EPS aumentan sus ingresos a costa del dinero de las ips</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Construir un cronograma para la gestión de glosas con el fin de evitar desconocimiento de la cuenta una vez se ha realizado el cierre de cartera por parte de la EPS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con nuestros servicios la IPS logrará fortalecer su personal Auditor y trazar un cronograma para evitar el desconocimiento de las glosas por extemporaneidad en las reclamaciones.</li> </ul>

### 8.3.3. Estrategia 3: Sin Soporte o sin Autorización:

Tabla 12 Estrategia 3

	DEBILIDADES	FORTALEZAS
<b>ESTRATEGIA 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Errores administrativos en la facturación que inciden en el pago.</li> <li>Fuentes de información deficientes a nivel institucional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal capacitado y con amplio conocimiento en la normatividad vigente para la gestión de glosas</li> <li>Procedimientos que garantizan la aplicabilidad en cuanto a Seguridad Informática, para la consecución, manejo y análisis de la información suministrada por los clientes</li> </ul>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ESTRATEGIAS (DO)</b>	<b>ESTRATEGIAS (FO)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategias de mejora en los procesos de facturación</li> <li>Sistemas de información robustos a nivel institucional.</li> <li>Mayor participación y reconocimiento en el mercado por su servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planteamiento de propuestas de Grabación automática, que le permita a la IPS corregir sus incidencias desde el inicio y así evitar devolución o glosas.</li> <li>Manejo de bases de datos integradas de la IPS, que involucren a todos los actores del</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación al personal auditor en métodos efectivos para la conciliación de glosas como verificación de fichas tarifarias y paretos de conciliación.</li> <li>Capacitación periódica a todos los funcionarios que intervienen el proceso trasversal del proceso de facturación.</li> <li>Documentar y publicar toda los procesos y procedimientos de acuerdo a la normatividad</li> </ul>

	proceso de facturación, desde la admisión hasta la presentación de la factura a la EPS, guardando su trazabilidad.	vigente y que esta sea actualizada cuando exista algún cambio.
<b>AMENAZAS</b>	<b>ESTRATEGIAS ( DA)</b>	<b>ESTRATEGIAS (FA)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adopción del modelo de gestión de glosas propuesto, para parte de la competencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer acercamientos periódicos con las IPS, donde se evidencia los resultados y planes de acción realizados para cada situación</li> <li>Dar cumplimiento a la promesa de valor acordada con la IPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprovechar el conocimiento del personal para que existan conciliaciones efectivas a favor de las IPS con las cuales se tiene contratado el modelo</li> <li>De acuerdo al resultado de cada conciliación plantear planes de acción que disminuyan el impacto en futuras glosas, enfocar el conocimiento del personal no solo en lo correctivo sino también en lo preventivo.</li> </ul>

### 8.3.4. Estrategia 4: Diferencia de tarifas

Tabla 13 Estrategia 4

	<b>DEBILIDADES</b>	<b>FORTALEZAS</b>
<b>ESTRATEGIA 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Errores administrativos en la facturación que inciden en el pago.</li> <li>Fuentes de información deficientes a nivel institucional.</li> <li>Falta de seguimiento a los convenios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento a los convenios</li> <li>Tarifas pactadas de acuerdo a los servicios ofertados y a los precios del mercado</li> </ul>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ESTRATEGIAS (DO)</b>	<b>ESTRATEGIAS (FO)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualización de las fichas tarifarias de acuerdo a los convenios con cada Institución</li> <li>Fortalecer el sistema de información en la institución.</li> <li>Reconocer el manual tarifario y verificar si las tarifas son competitivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planteamiento de propuestas de Grabación automática, que le permita a la IPS corregir sus incidencias desde el inicio y así evitar devolución o glosas.</li> <li>Manejo de bases de datos integradas de la IPS, que involucren a todos los actores del proceso de facturación, desde la admisión hasta la presentación de la factura a la EPS, guardando su trazabilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión al detalle de la negociación realizada con la EPS y realizar los ajustes pertinentes en el cargue de los convenios del sistema de facturación</li> <li>Planteamiento de propuestas de negociación hacia las EPS, donde se identifique diferencias de tarifas frente a las que se manejan en el mercado.</li> </ul>
	<b>ESTRATEGIAS ( DA)</b>	<b>ESTRATEGIAS (FA)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminución del flujo de caja asociada a una inadecuada socialización de las fichas tarifarias</li> <li>Aumento de glosas asociadas a esta causa, generando reprocesos en los procesos de facturación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar las principales causas de glosa por tarifa, y realizar los ajustes necesarios dentro del los procesos y software para tal fin.</li> <li>Realizar acercamiento con el área responsable de la EPS para la presentación de incidencias identificadas por la IPS, y establecer los compromisos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar el seguimiento de las negociaciones pactadas entre la IPS y EPS, garantizando el cumplimiento a través de un seguimiento periódico y planes de acción por cada una de estas.</li> <li>Monitorear las tarifas establecidas en el mercado y realizar el acercamiento con las EPS, para aquellas que se encuentren inferior a lo establecido.</li> </ul>

### 8.3.5. Estrategia 5: Resto de Glosas

Tabla 14 Estrategia 5

<b>ESTRATEGIA 5</b>		<b>DEBILIDADES</b>	<b>FORTALEZAS</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Errores asistenciales asociados al desconocimiento de guías de atención médica por patología.</li> <li>• No hay congruencia entre los hallazgos de la historia clínica y los procedimientos y tratamientos ordenados.</li> <li>• Las instituciones no socializan los procedimientos y actividades pactadas contractualmente con el asegurador.</li> <li>• Sistemas de información pobres, sin la actualización de los servicios pactados por convenios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización de las guías de manejo</li> <li>• Fortalecimiento del personal asistencial</li> </ul>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ESTRATEGIAS (DO)</b>	<b>ESTRATEGIAS (FO)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar los servicios ofertados y la capacidad de poder ampliar los portafolios de servicios de acuerdo a los convenios.</li> <li>• Fortalecimiento de los sistemas de información, consolidando las actividades pactadas de acuerdo a cada convenio.</li> <li>• Aumentar la capacidad instalada a partir de la ampliación del portafolio de servicios.</li> <li>• Incluir en el cronograma de formación de competencias la socialización de guías médicas para evitar errores de facturación asociados a pertinencia médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer estrategias por parte de cada uno de los prestadores, con el fin de revisar la pertinencia de los procedimientos solicitados por cada uno de los profesionales.</li> <li>• Manejo de bases de datos integradas de la IPS, que involucren a todos los actores del proceso de facturación, desde la admisión hasta la presentación de la factura.</li> <li>• Socializar las guías médicas dentro del programa de formación, con el fin de detectar errores de facturación asociados a falta de pertinencia médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recapitación constante al personal asistencial con el fin de adoptar las guías médicas establecidas y ser pertinentes en las conductas médicas definidas.</li> </ul>	
<b>AMENAZAS</b>	<b>ESTRATEGIAS (DA)</b>	<b>ESTRATEGIAS (FA)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de las glosas por dicho concepto asociado al desconocimiento de la cobertura de los convenios y de la pertinencia médica.</li> <li>• Generar un mal manejo médico asociado a la no actualización de las guías</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer estrategias por parte de cada uno de los prestadores, con el fin de revisar la pertinencia de los procedimientos solicitados por cada uno de los profesionales.</li> <li>• Manejo de bases de datos integradas de la IPS, que involucren a todos los actores del proceso de facturación, desde la admisión hasta la presentación de la factura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar el seguimiento de las negociaciones pactadas entre la IPS y EPS, garantizando el cumplimiento a través de un seguimiento periódico y planes de acción por cada una de estas.</li> </ul>	

## 8.4.Fases del Modelo

**8.4.1. Reconocimiento de la Glosa:** El proceso de Cartera deberá entregar las actas de las glosas relacionadas por cada EPS. A partir de esta entrega se realizará una clasificación del concepto general de la glosa y se priorizará de acuerdo a EPS que glosa el servicio, valor glosado y servicio al cual pertenece. Una vez realizada dicha priorización se podrá definir en cuál de las cinco variables se ajusta la glosa presentada.

**8.4.2. Distribución de las Glosas:** Una vez se ha realizado el reconocimiento de la Glosa, se categorizaran en:

- **Glosa Administrativa**
- **Glosas Médicas**
- **Glosas Medico – Administrativas**
- **Devoluciones**

Dicha categorización nos permitirá determinar el tipo de personal al que se le entregarán las glosas para su respectiva gestión.

**8.4.3. Proceso conciliatorio:** Después que cada auditor realice la respuesta de la glosa se solicitará la cita ante la EPS para el proceso conciliatorio, en la cual se presentarán dos propuestas para el desarrollo de la misma.

- **Verificación una a una de las glosas presentadas:** Se contará con una base de datos en la que se entregará a las EPS la respuesta de la totalidad de las glosas. Dentro de las ventajas de esta opción se encuentra que se puede dar respuesta al 100% de las glosas y de igual manera si se cuenta con todos los

soportes conciliar el 100% de las mismas. La principal desventaja es el tiempo de conciliación dado que se aumenta según el número de registros glosados.

- **Pareto:** Cuando los registros de las glosas sean muy numerosos se propondrá esta opción en la cual se definirán las causas principales de glosas para la EPS con la que se está conciliando y se realizará una negociación en porcentaje según la revisión aleatoria del 20% de las glosas respondidas. Dentro de las ventajas que tiene esta opción se encuentra la celeridad del proceso y la oportunidad de conciliar en menor tiempo la totalidad de los ítems glosados. El auditor deberá contar con unas competencias mínimas para lograr efectividad en el proceso conciliatorio, el fortalecimiento de dichas competencias lo ofreceremos dentro del portafolio de servicios.

**8.4.4. Identificación de causales principales de glosas por IPS:** Una vez conciliados los registros glosados procederemos a realizar una base de datos en la que se determinarán las principales causales de glosas por IPS. Dicha base de datos le servirá a las IPS para el fortalecimiento de sus procesos internos con el fin de disminuir el número de glosas. Es en esta fase en la que lograremos ofertar a las IPS servicios adicionales al proceso conciliatorio.

**8.4.5. Formación por competencias a Auditores de las IPS.** Una vez realizadas las fases anteriores, se resaltaré dentro de nuestro portafolio de servicios el proceso de formación por competencias a los auditores de las IPS con el fin de disminuir las causales de glosas, fortalecer el proceso de facturación y dar respuesta oportuna a las glosas informadas por las EPS.

**8.4.5.1. Syllabus.** Dentro del proceso de formación por competencias incluiremos:

- Introducción al modelo de gestión de glosas, con el fin de dar a conocer los objetivos del modelo propuesto, logrando la respuesta y conciliación oportuna glosas y devoluciones, propendiendo por una eficiente recuperación de cartera.
- Socialización de manuales tarifarios vigentes, contratos, manual de procesos institucionales y estados de cartera.
- Divulgación de proceso de facturación, en el que se incluye especialmente la clasificación de facturas en aquellas que son susceptibles para auditoria previa radicado y facturas no susceptibles de preavisado.
- Socialización de actividades por cargo dentro del modelo propuesto:
  - Coordinador de facturación
  - Coordinador de cuentas médicas y radicación
  - Auditor de cuentas medicas
  - Técnico de cuentas médicas y conciliación de cartera
- Sistemas de Información
- Presentación de informes
- Evaluación de resultados
- Indicadores de proceso y gestión
- Estrategias de seguimiento al modelo

## 9. CONCLUSIONES

- En las actuaciones diarias de los profesionales durante la atención de los usuarios del sistema de salud, se cometen errores administrativos y jurídicos que impactan en la recuperación de los dineros de las instituciones prestadoras de servicios, cuando se cobra por la prestación de dicho servicio a las entidades de salud
- El desarrollo y la implementación de un programa de capacitación y actualización administrativa en gestión de glosas dirigida a los profesionales de las áreas de facturación permitiría una mejor actuación administrativa y jurídica diaria en la prestación del servicio del profesional de la salud.
- Los profesionales del área de facturación debidamente capacitados, permitirán disminuir las glosas y devoluciones en las facturas derivadas de sus actuaciones diarias, permitiendo a las instituciones de salud una mayor y mejor recuperación de los dineros invertidos en la prestación de dichos servicios con sus márgenes de rentabilidad.
- La glosa afecta directamente el margen de utilidad de la empresa. Por lo anterior y de forma indirecta, la glosa aumenta el gasto administrativo de la empresa.
- Después de realizar el análisis correspondiente a cada una de las variables que intervienen en el pago oportuno al prestador, damos por concluido que son muchos los cuestionamientos que se realizan a favor de los usuarios, para que las IPS presten un servicio con calidad, sin embargo, al revisar los estudios, la tramitología y los altos porcentajes de descuento que realizan la EPS convierte esto en un sistema ineficiente e ineficaz, incapaz de soportar las prestación de los servicios a los usuarios.
- Las IPS como cualquier empresa requieren de capital humano capacitado, de una infraestructura física y tecnológica, de materia primas e insumos que le permitan llevar a

cabo su objeto social, pero lamentablemente están sujetas a una serie de descuentos que en gran parte no es responsabilidad de la IPS sino del mismo sistema que le dio a las EPS la potestad de realizar dichos descuentos, dejando así en juego la salud de los usuarios.

- Definitivamente es necesario plantear esquemas de trabajo diferentes, que le ayuden no solo a mejorar los errores administrativos a las IPS, sino que también permitan brindar soluciones de raíz para que las EPS no se sigan aprovechando de este tipo de incidencias y se queden con los dineros que deben ser utilizados de forma dinámica en una atención oportuna, con cobertura y con calidad a los usuarios que tanto la necesitan.
- Con el modelo propuesto no solo buscamos beneficiar de forma directa a la liquidez de las IPS, sino también pretendemos poner un grano de arena para que exista un mejor sistema de salud en Colombia.

## 10. BIBLIOGRAFIA

- Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá; Congreso de la Republica de Colombia; 2011.
- Estudios Técnicos, AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN- Cuarto informe de Glosas
- <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>
- Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009, por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007
- Resolución 1328 de 2016, por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones
- Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones
- Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
- Ley 1231, Reglamentada parcialmente por los Decretos Nacionales **4270** de 2008 y **3327** de 2009 por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones

