



INFORME DE GLOSAS

1. INTRODUCCIÓN

Para el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la ley de Seguridad Social Integral, se contempla que: a) La administración en la prestación de servicios de salud en las IPS esta a cargo de las Entidades Promotoras de Salud¹ de manera directa o indirecta². b) Los hospitales y clínicas están obligados a prestar los servicios de salud con oportunidad, calidad y eficiencia. c) La atención inicial de urgencias es una prestación obligatoria por parte de las IPS tanto públicas como privadas a todas las personas independientemente de su capacidad de pago, esta prestación no requiere contrato ni orden previa³. d) Las EPS tienen dentro de sus obligaciones, la de evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos⁴ etc.

En concordancia con los roles y responsabilidades anteriormente enunciados, las bondades del actual modelo de aseguramiento en salud consisten en avanzar en los principios de universalidad y equidad, dentro de un marco de eficiencia, garantizando la calidad en la prestación de los servicios de salud, dando participación a la empresa privada en condiciones de competencia y contemplando un margen de operación aceptablemente rentable. Bajo estas premisas, la responsabilidad de las administradoras de planes de beneficios se plasman en tres roles fundamentales: asegurar las contingencias de salud de la población por el riesgo de enfermar o morir, funcionar como agencia en la coordinación de la prestación de los servicios de salud de manera directa o indirecta y representar a sus afiliados en la selección de servicios de salud.

El desbordamiento del papel asegurador de las EPS en prestador de servicios de salud , proveedor directo de materiales e insumos médico-quirúrgicos y evaluador de la práctica médica, ha venido deteriorando las relaciones EPS-IPS-Usuarios, situando a los pagadores de servicios en una posición dominante en el mercado, de tal forma que son quienes imponen las condiciones en las formas de contratación y tarifas, optando la contratación de servicios de salud, mas por el precio que por la oportunidad y la calidad hacia el usuario, afectando las finanzas de los prestadores de servicios de salud y la consolidación del sistema, con mecanismos de contención de costos mediante la práctica de glosar las cuentas por los servicios prestados.

¹ Literal e del artículo 156, Ley 100 de 1993.

² Artículo 177, Ibidem.

³ Artículo 168, Ibidem.

⁴ Literal c, artículo 180, Ibidem.



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Febrero de 2002

En este sentido, una de las discusiones que viene tomando fuerza en el sector consiste en que por mandato legal, las IPS prestan la atención de urgencias cualquiera sea su origen, incluyendo las atenciones originadas en accidentes de tránsito y eventos catastróficos. La problemática radica en tener que discutir la pertinencia de la prestación del servicio, los ítem de la factura o cuenta, con la consecuente negación total o parcial de la misma o la demora en el pago, situación que perjudica a todas las Prestadoras de Servicios de Salud tanto públicas como privadas.

De otra parte, el exceso de normas, algunas a iniciativa de una sola de las partes interesadas sin previa concertación, vienen deteriorando las relaciones entre prestadores y administradores de planes de beneficios.

En resumen, las glosas por parte de las entidades compradoras de servicios de salud a las IPS, (EPS Públicas y Privadas, Administradoras del Régimen Subsidiado, Aseguradoras SOAT, Administradoras de Riesgos Profesionales, Entes Territoriales y otras entidades del Estado, etc.) se están convirtiendo en un factor que afecta la liquidez y estabilidad financiera de estas últimas. A esta problemática se suma el tiempo que transcurre entre la prestación del servicio, la fecha de generación de factura, el tiempo que se toman los Auditores para el visado previo, el recibido de la factura en las Entidades Deudoras y de ahí, el tiempo concerniente a la notificación de la glosa y todos los efectos lesivos que se generan con el cambio de facturas.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas en su labor gremial y con el fin de generar un impacto importante ante las autoridades de dirección y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las agremiaciones y entidades participantes del sistema que redunde en la consolidación del sistema y en beneficio de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, publica el presente estudio que evidencia la problemática de las glosas como una práctica indebida y contraria a lo establecido en los decretos de Margen de Solvencia que aplica para las EPS y demás entidades, en detrimento de la estabilidad financiera de las IPS.

2. METODOLOGÍA

La fuente primaria de información para la elaboración del presente documento son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud afiliadas a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas mediante un formulario de reporte diseñado para tal fin. El informe es de tipo descriptivo, elaborado con una muestra no probabilística.



2.1. Establecimiento de categorías

En el reporte se obtuvo 6.916 registros, los cuales de acuerdo con el motivo de glosa inicialmente se clasificaron en 611 motivos, estos a su vez en 48 subcategorías y éstas de manera más agregada en 12 categorías como se describe en la tabla N° 1 del anexo.

Se hace necesario precisar que de acuerdo como registraron las glosas cada uno de los reportantes, se conservó estrictamente el sentido explicado en el motivo de glosa, a pesar de que algunos las explicaron con frases completas. Es así como para las categorías 3 y 5 se requirió establecer un criterio económico puro para definir el doble cobro o la sobre-facturación, diferenciado de la mala facturación por motivos no económicos, excepto por el recaudo de los recursos que ayudan a moderar o cofinanciar el servicio.

Categorías

1. "AGREGADO DIVERSOS MOTIVOS" consolida los reportes que presentan dos o más motivos de glosa, la facturación que reportada en bloque por nombre de entidad que glosa o la cual no reportó detalladamente por factura y que de igual manera comprende diversos motivos de glosa, en esta se incluye los reportes de "otros" motivos.
2. "DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR" incluye estrictamente lo enunciado en la categoría.
3. "DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO" contiene lo enunciado en la categoría, más los reportes donde se indica que el valor cobrado esta incluido en la tarifa.
4. "EVENTO O MEDICAMENTO NO POS" corresponde a los reportes de glosa por materiales, medicamentos, eventos No POS o procedimientos sin definir y las atenciones prestadas en periodos de carencia.
5. "MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO" consolida lo enunciado en la categoría, eliminando cualquier criterio económico que se parezca al contenido de la categoría 3, excepto las glosas por copagos, cuotas moderadoras, cuotas de recuperación o recaudo por bonos que aplican para cada Plan de Beneficios contratado.
6. "NO EXPLICADA" contiene los registros de glosa sin motivo, sin reporte, sin glosa específica, glosa indefinida y las que según el reportante no presentan especificación.



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Febrero de 2002

7. En "NO RECONOCE" se clasificaron 15 subcategorías que hacen referencia a los servicios prestados por las IPS y negados por la entidad a la cual se le facturó tales como los registrados por los mismos reportantes como no reconocidos, procedimientos, medicamentos, elementos o insumos no pertinentes, estancias, urgencias, e incluso procedimientos o medicamentos que se tienen por no realizados o no aplicados.

8. "PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN" incluye estrictamente lo enunciado en la categoría.

9. La categoría "PASA A MAYOR COMPLEJIDAD" a pesar de su baja frecuencia, no se consideró pertinente incluirla en otras categorías, por la connotación del servicio, diferente al resto de categorías .

10. "POLIZAS SOAT" incluye todo lo referente a las pólizas de seguro obligatorio de accidentes de tránsito tal como pólizas falsas, facturación que supera el tope de la póliza y la inexistencia de ésta.

11. "TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT" contiene los servicios no reconocidos por los diferentes pagadores, desconociendo la potestad que se tiene el SGSSS de repetir contra el pagador responsable de la cuenta, dejando el problema de cartera en el prestador de servicios.

12. "SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN O RIPS" incluye estrictamente lo enunciado en la categoría.

3. RESULTADOS

Para el presente informe se recibió información de 28 afiliados que ofertan 3.071 camas hospitalarias, correspondiente al 24.3% del total de clínicas y hospitales afiliados de la ACHC y al 5.9% del total de camas del país. El 71.4% de estas IPS que respondieron son de naturaleza privada y el restante 28.6% pública. Los niveles III y IV representan el 57.1% de la muestra, seguido por el nivel II con un 35.7%. (Ver Tabla N°1)

Estas 28 instituciones reportaron una facturación afectada por glosa⁵ en \$34.897 millones, donde el monto de la glosa ascendió a \$8.383,5 millones con corte a junio del 2001, el cual corresponde a un 24.0%. (Ver Tabla N° 2)

⁵ Corresponde al valor de las facturas que presentan glosa y no a la facturación total de la institución, en tanto que el valor de la glosa corresponde al valor por el cual está en discusión la factura.



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004. Febrero de 2002

TABLA N° 1

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que reportaron informe de glosas por naturaleza jurídica y nivel de atención

Naturaleza Jurídica	Nivel	N°	Part % Total	Part % por NJ
Privado	II	7	25.0%	35.0%
	III y IV	13	46.4%	65.0%
Total privado		20	71.4%	100.0%
Público	I	2	7.1%	25.0%
	II	3	10.7%	37.5%
	III y IV	3	10.7%	37.5%
Total Público		8	28.6%	100.0%
TOTAL IPS		28	100.0%	

Nivel	N°	Part % por nivel
I	2	7.1%
II	10	35.7%
III y IV	16	57.1%
TOTAL	28	100.0%

TABLA N° 2

Clasificación de las categorías y subcategorías de glosa Ordenados por valor de la glosa (Valor absoluto y participación)

CATEGORIA DE LA GLOSA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	PART % DE LA GLOSA EN EL VALOR DE LA FACTURA
NO RECONOCE	1,264	18,307,105,850	3,147,720,458	17.19%
AGREGADO - DIVERSOS MOTIVOS	361	5,205,357,054	1,861,069,027	35.75%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN O RIPS	1,818	3,730,798,182	1,159,789,132	31.09%
NO EXPLICADA	808	2,658,444,709	987,785,741	37.16%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	723	1,789,709,077	509,134,863	28.45%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	1,327	2,369,817,710	386,679,891	16.32%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	90	147,755,747	129,223,372	87.46%
POLIZAS SOAT	43	107,776,453	94,901,150	88.05%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	378	362,718,202	51,612,694	14.23%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	83	208,836,467	48,557,327	23.25%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	18	7,685,120	6,938,876	90.29%
PASA A MAYOR COMPLEJIDAD	3	967,991	119,190	12.31%
Total general	6,916	34,896,972,562	8,383,531,721	24.02%

(Participación porcentual)

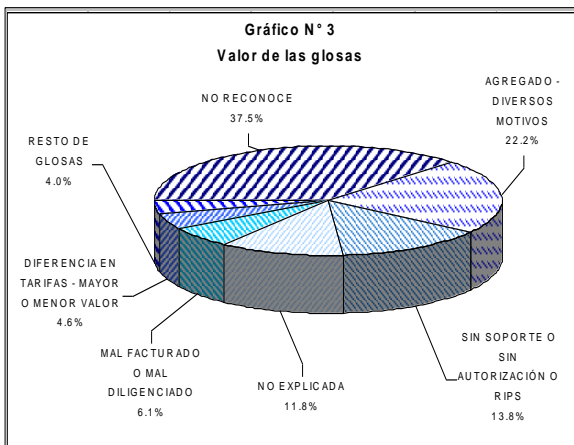
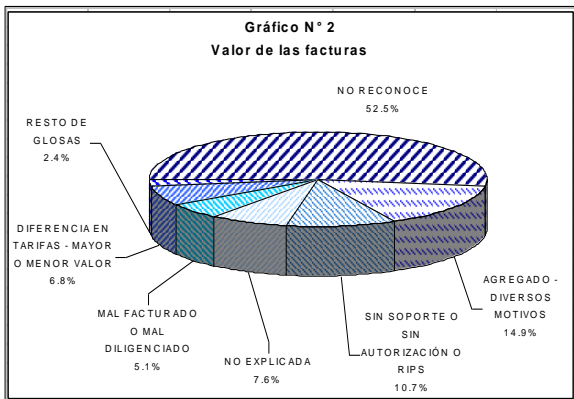
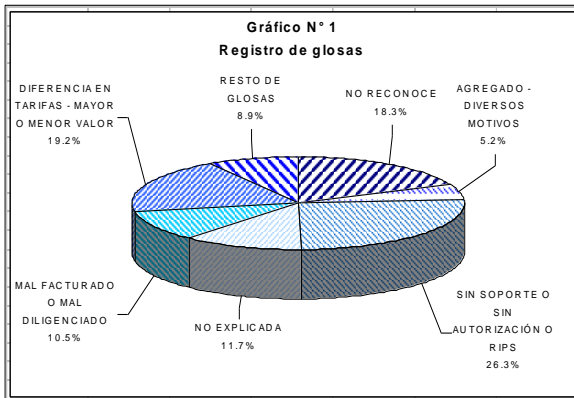
NO RECONOCE	18.3%	52.5%	37.5%
AGREGADO - DIVERSOS MOTIVOS	5.2%	14.9%	22.2%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN O RIPS	26.3%	10.7%	13.8%
NO EXPLICADA	11.7%	7.6%	11.8%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	10.5%	5.1%	6.1%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	19.2%	6.8%	4.6%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	1.3%	0.4%	1.5%
POLIZAS SOAT	0.6%	0.3%	1.1%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	5.5%	1.0%	0.6%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	1.2%	0.6%	0.6%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0.3%	0.0%	0.1%
PASA A MAYOR COMPLEJIDAD	0.0%	0.0%	0.0%
Total general	100.0%	100.0%	100.0%

En su orden por mayor valor glosado, se contempla que la categoría " NO RECONOCE", participa del 37.5% del valor total de glosas y del 52.5% del valor de las factura afectadas por esta situación. En las 15 subcategorías se puede establecer que la auditoria de cuentas se involucra directamente en las decisiones médicas, tales como "Formulación de medicamentos no congruentes con el diagnóstico" o la consideración de que los procedimientos no son pertinentes. Igualmente, esta categoría contiene los reportes por estancias, procedimientos, y urgencias no reconocidas, En esta categoría se presentan 29 casos en los que se



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Febrero de 2002

indica por parte del pagador, que los procedimientos no se realizaron, con motivos como falta firma del paciente, no hay evidencia de procedimiento realizado”, o se indica que el paciente no asistió a sesiones o terapias. (Ver Tabla N° 2)



Es de cuestionar que se reporte el no reconocimiento de medicamentos No POS, existiendo la vía del Comité Técnico Científico, el cual está debidamente reglamentado por la resolución 5061 de 1997, en armonía con el Acuerdo 83 del CNSSS.

Varios afiliados manifiestan que la atención por urgencias no la reconocen tal y como esta se presenta, los servicios que ingresan por urgencia en algunos casos la reconocen como consulta general, ambulatoria y en menor proporción como especializada. Otros pagadores se atreven a calificar la negación como urgencia no crítica, aplicando la modalidad de filtros conocidos como "Triage".

La siguiente categoría corresponde a "AGREGADO DIVERSOS MOTIVOS" con un 22.2% del valor total de las glosas y una facturación afectada de 14.9%. (Ver Tabla N° 3).

El 13.8% del valor total de la glosa corresponde a lo reportado "SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN o afectado por RIPS". Esta categoría es la que presenta el mayor volumen de reportes con 26.3% de los registros. (Ver Tabla N° 2 y Gráficos 1, 2 y 3).

Las glosas no explicadas representan el 11.8% del valor total de glosas.



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004. Febrero de 2002

3.1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por nivel de atención

El 57.1% de las Instituciones reportantes que corresponden al nivel III y IV de atención concentran el 64.3% de los reportes, el 94.1% del total de facturas con glosa y al 84.6% del valor total de las glosas, en tanto que del 7.1% de las instituciones que reportaron son de primer nivel, reportaron el 1,1% de los registros y el 2.2% del valor total de las glosas. (Ver Tabla N° 3)

Observando la participación del valor de la glosa en la factura, el nivel I de atención presenta una participación del 71.8% del valor de las facturas glosado, el nivel II el 62.0%, en tanto que el nivel III el 21.6%. (Ver Tabla N° 3)

TABLA N° 3

Glosas por nivel de atención, valor de la factura y participación del valor de la glosa en la factura

Nivel	N° de IPS	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	Part % de la glosa en el valor factura
I	2	73	260,683,156	187,149,426	71.8%
II	10	2,399	1,783,142,723	1,104,873,412	62.0%
III y IV	16	4,444	32,853,146,683	7,091,508,883	21.6%
TOTAL	28	6,916	34,896,972,562	8,383,531,721	24.0%

(Participación porcentual)

Nivel	Part % por nivel	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
I	7.1%	1.1%	0.7%	2.2%
II	35.7%	34.7%	5.1%	13.2%
III y IV	57.1%	64.3%	94.1%	84.6%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

En el primer nivel, el 99.4% del valor de las glosas en su orden se concentra en pacientes no registrados en la base de datos (56.3%), el no reconocimiento de las facturas por extemporaneidad, no reconocimiento de urgencias y de pertinencia médica (23.0%) y en facturas sin soporte, sin autorización (22.7%), motivos que se resumen en tres categorías. (Ver Tabla N° 4)

En el segundo nivel, el 94.1% del valor de las glosas se concentra en cinco categorías, el 27.5% se reportó glosado por no contar con soporte, no tener autorización o presentar problemas con los RIPS, el 25.8% corresponde a no reconocimientos de procedimientos considerados no pertinentes y a urgencias, el 15.4% a servicios mal facturados, el 13.9% a diferencia en tarifas principalmente por mayor valor y el 11.4% a facturación sin reporte de glosa.

En el tercer nivel, el 89.3% del valor de las glosas esta representado por el no reconocimiento de la facturación por diversos motivos (39.8%), entre estos, la no pertinencia, elementos e insumos no reconocidos y las urgencias; el 25,9% corresponde al agregado diversos motivos, el 12.2% a glosas no explicadas



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004. Febrero de 2002

mayoritariamente en la subcategoría según reporte -sin glosas- y el 11.5% sin soporte.

TABLA N° 4
Participación del valor de la glosa y la factura
por nivel de atención por categoría de la glosa

NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORIA DE LA GLOSA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
I	PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	20.5%	44.1%	53.6%
	NO RECONOCE	21.9%	19.0%	23.0%
	SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN O RIPS	32.9%	25.7%	22.7%
	MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	8.2%	5.2%	0.3%
	EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	9.6%	3.5%	0.2%
	DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	6.8%	2.6%	0.1%
Total I		100.0%	100.0%	100.0%
II	SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN O RIPS	23.2%	25.1%	27.5%
	NO RECONOCE	22.8%	27.6%	25.8%
	MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	10.2%	13.3%	15.4%
	DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	15.7%	12.7%	13.9%
	NO EXPLICADA	8.6%	11.6%	11.4%
	AGREGADO - DIVERSOS MOTIVOS	4.0%	1.9%	2.0%
	DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	11.0%	6.1%	2.0%
	EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	1.2%	0.9%	0.7%
	PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	2.5%	0.4%	0.7%
	POLIZAS SOAT	0.5%	0.2%	0.2%
	TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0.3%	0.1%	0.2%
	PASA A MAYOR COMPLEJIDAD	0.0%	0.0%	0.0%
Total II		100.0%	100.0%	100.0%
III y IV	NO RECONOCE	15.8%	54.1%	39.8%
	AGREGADO - DIVERSOS MOTIVOS	5.9%	15.7%	25.9%
	NO EXPLICADA	13.5%	7.5%	12.2%
	SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN O RIPS	27.8%	9.8%	11.5%
	MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	10.6%	4.7%	4.8%
	DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	21.3%	6.5%	3.3%
	POLIZAS SOAT	0.7%	0.3%	1.3%
	EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	1.1%	0.6%	0.6%
	DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	2.6%	0.8%	0.4%
	PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0.3%	0.1%	0.3%
	TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0.2%	0.0%	0.1%
	PASA A MAYOR COMPLEJIDAD	0.0%	0.0%	0.0%
Total III y IV		100.0%	100.0%	100.0%

3.2. Entidades glosadoras por tipo de negocio

Las Entidades Promotoras de Salud presentan el 41.8% del valor total de las glosas reportadas, seguidas del Estado en todos los niveles de la administración con el 30.6%, y las Administradoras del Régimen Subsidiado y Prestadoras de Servicio de Salud⁶ con el 8.3% respectivamente. Entre estos cuatro tipos de negocio se concentra el 88.9% del valor total de las glosas. (Ver Tabla N° 5)

⁶ Las IPS reportadas en los registros de glosa, corresponde a instituciones que administran población afiliada por capitación y remiten servicios de mayor complejidad a otras prestadoras.



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Febrero de 2002

Dentro del Estado, las Entidades Territoriales presentan el 75.6% del valor total de las glosas (23.1% del valor total de glosas), seguida por el Fosyga con el 23.9%, (7.3 % del valor total de glosas).

TABLA N° 5
Entidades glosadoras por tipo de negocio

TIPO DE NEGOCIO	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	Participación de la glosa en el valor de la factura
EPS	2,424	9,935,942,735	3,500,661,958	35.2%
ESTADO	539	15,669,379,372	2,563,338,605	16.4%
<i>Entidades Territoriales</i>	372	15,033,999,968	1,936,697,762	12.9%
<i>FOSYGA</i>	153	614,555,089	612,716,873	99.7%
<i>OTROS</i>	14	20,824,315	13,923,970	66.9%
ARS	710	1,051,649,675	695,138,404	66.1%
IPS	669	2,594,496,070	694,411,590	26.8%
SOAT	540	1,419,315,239	300,750,091	21.2%
MAGISTERIO	1,079	1,421,133,089	234,891,100	16.5%
COMPLEMENTARIA Y PREPAGO	605	2,177,303,985	221,324,510	10.2%
SIN CLASIFICAR	173	437,194,602	63,177,007	14.5%
ARP	80	100,475,735	54,055,362	53.8%
SEGURO EMPRESARIAL	67	45,070,217	44,562,128	98.9%
ASEGURADORA POLIZA	20	40,207,848	6,416,971	16.0%
EAS	10	4,803,995	4,803,995	100.0%
Total general	6,916	34,896,972,562	8,383,531,721	24.0%

(Participación porcentual)

TIPO DE NEGOCIO	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
EPS	35.0%	28.5%	41.8%
ESTADO	7.8%	44.9%	30.6%
<i>Entidades Territoriales</i>	5.4%	43.1%	23.1%
<i>FOSYGA</i>	2.2%	1.8%	7.3%
<i>OTROS</i>	0.2%	0.1%	0.2%
ARS	10.3%	3.0%	8.3%
IPS	9.7%	7.4%	8.3%
SOAT	7.8%	4.1%	3.6%
MAGISTERIO	15.6%	4.1%	2.8%
COMPLEMENTARIA Y PREPAGO	8.7%	6.2%	2.6%
SIN CLASIFICAR	2.5%	1.3%	0.8%
ARP	1.2%	0.3%	0.6%
SEGURO EMPRESARIAL	1.0%	0.1%	0.5%
ASEGURADORA POLIZA	0.3%	0.1%	0.1%
EAS	0.1%	0.0%	0.1%
Total general	100.0%	100.0%	100.0%

Las entidades que afectan mas del 50% de valor de la factura por glosa en su orden se tiene a las Empresas Adaptadas de Salud, al Fosyga, los Seguros Empresariales, Otras entidades del Estado⁷, las Administradoras del Régimen Subsidiado y las Administradoras de Riesgos Profesionales.

Observando las categorías por tipo de entidad, el mayor motivo por valor de glosa de las EPS, es no reconocer los servicios prestados en un 35.0% seguido de

⁷ Las Otras Entidades del Estado corresponde a Policía Nacional, Fondo de Previsión Social del Congreso y el Sena.



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Febrero de 2002

diversos motivos en 29.9% y facturación sin soporte o sin autorización o RIPS en 14.8%. Esta última categoría representa el 26.0% de los reportes de glosa.

Tabla N° 6
Participación del valor de la glosa generado por las por las Empresas Promotoras de Salud – EPS

CATEGORIA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
NO RECONOCE	19.8%	30.5%	35.0%
AGREGADO - DIVERSOS MOTIVOS	4.8%	23.4%	29.9%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN O RIPS	26.0%	18.1%	14.8%
NO EXPLICADA	11.7%	11.0%	8.0%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	12.4%	6.9%	5.8%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	18.4%	7.2%	4.8%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	1.6%	1.5%	0.8%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	3.1%	1.2%	0.6%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	1.7%	0.1%	0.1%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0.5%	0.0%	0.1%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%

Al igual que las ESP, para las entidades glosadoras del Estado, el no reconocimiento de las facturas se ha convertido en la mayor excusa para el no pago de los servicios prestados, casi duplicando la cifra con el 66.4%, seguida de no presentar explicación por el motivo de glosa en un 17.0%, valor que está representado en el 2.6% de los reportes. El mayor volumen de las causas se presenta en facturas sin soporte, sin autorización o RIPS en 34.7% que representan el 5.8% del valor de glosas por este tipo de entidad.

Tabla N° 7
Participación del valor de la glosa generada por el Estado

CATEGORIA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
NO RECONOCE	26.9%	88.3%	66.4%
NO EXPLICADA	2.6%	2.8%	17.0%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	23.7%	4.1%	7.0%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN O RIPS	34.7%	3.7%	5.8%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	6.3%	0.4%	1.8%
AGREGADO - DIVERSOS MOTIVOS	2.6%	0.4%	1.7%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	0.7%	0.0%	0.2%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	1.7%	0.2%	0.1%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0.4%	0.0%	0.1%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0.4%	0.0%	0.0%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%

Para las Administradoras del Régimen Subsidiado como para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la mayor causa de glosa por valor, son diversos los motivos, estos se reportaron en la categoría de agregado- diversos motivos, representado el 32.8% y el 55.3% por tipo de negocio respectivamente.



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Febrero de 2002

Tabla N° 8
Participación del valor de la glosa generada por Administradoras del Régimen Subsidiado

CATEGORIA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
AGREGADO - DIVERSOS MOTIVOS	12.3%	31.5%	32.8%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN O RIPS	47.2%	29.5%	30.2%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	2.1%	9.2%	14.0%
NO RECONOCE	22.8%	13.9%	12.7%
NO EXPLICADA	1.5%	3.7%	3.9%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	5.4%	5.0%	2.5%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	3.2%	3.7%	1.8%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	2.1%	1.4%	1.3%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	3.0%	2.0%	0.9%
PASA A MAYOR COMPLEJIDAD	0.3%	0.1%	0.0%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0.1%	0.0%	0.0%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla N° 9
Participación del valor de la glosa generada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

CATEGORIA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
AGREGADO - DIVERSOS MOTIVOS	4.8%	72.0%	55.3%
NO EXPLICADA	15.2%	13.9%	16.0%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN O RIPS	11.8%	5.1%	14.5%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	7.6%	1.9%	4.9%
NO RECONOCE	29.9%	3.2%	4.8%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	4.3%	1.2%	2.8%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	24.7%	2.3%	0.9%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0.4%	0.1%	0.5%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0.9%	0.3%	0.3%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	0.3%	0.0%	0.0%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%

3.2.1. Por naturaleza jurídica

Las entidades pagadoras de servicios de salud de naturaleza privada participan en 56.7% del valor total de glosas con una facturación afectada por glosa del 46.9%. En los reportes de glosa, las entidades de naturaleza privada son las más acuciosas, presentando un 86.3% de registros. Igualmente, las entidades privadas son quienes afectan en mayor proporción el valor de la factura por glosa. No es significativo como valor total de la glosa del 100% que se reporta en las entidades de derecho especial y sin clasificar que corresponden al Banco de la República y dos aseguradoras.



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Febrero de 2002

Tabla N° 10
Valor de glosas por naturaleza jurídica de la entidad glosadora

Naturaleza Jurídica	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	Part % de la Glosa en el valor factura
PRIVADA	5,966	16,369,735,216	4,754,256,062	29.0%
PUBLICA	919	18,492,033,893	3,594,072,208	19.4%
DE DERECHO ESPECIAL	29	34,951,419	34,951,417	100.0%
SIN CLASIFICAR	2	252,034	252,034	100.0%
Total general	6,916	34,896,972,562	8,383,531,721	24.0%

(Participación %)

PRIVADA	86.3%	46.9%	56.7%
PUBLICA	13.3%	53.0%	42.9%
DE DERECHO ESPECIAL	0.4%	0.1%	0.4%
SIN CLASIFICAR	0.0%	0.0%	0.0%
Total general	100.0%	100.0%	100.0%

3.3. Glosas de EPS

Las Entidades Promotoras de Salud privadas presentan un 59.1% del valor total de glosas por EPS con un 72.3% de la facturación afectada por esta situación. Estas concentran el 90.4% de los reportes por EPS. La glosa como proporción de la factura asciende al 52.1% en las EPS Públicas y al 28.8% en las EPS Privadas, las entidades que afectan mas del 50% de la facturación reportada por glosa en su orden son Compensar, Caprecom, EPS Convida, EPS de Caldas, S.O.S., Susalud, Humana, Cruz Blanca y Cajanal. (Ver Tabla N° 11)

Cajanal participa del 31.7% del valor total de las glosas, con una facturación de 21.4% y reportes por el 2.2%, indicando que es una de las EPS con un mayor valor glosado por factura. Los principales motivos de glosa de esta entidad se presentan en Agregado diversos motivos y en No reconocimiento de servicios prestados. (Ver Tabla N° 12)

Tabla N° 11
Glosas de Entidades Promotoras de Salud por naturaleza jurídica

NATURALEZA JURIDICA	ENTIDAD QUE GLOSA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
PRIVADA	SUSALUD	228	884,147,720	533,380,343
	HUMANA	127	408,837,816	234,699,261
	SALUDCOOP	244	1,452,726,805	185,702,096
	COOMEVA	299	862,884,599	183,943,303
	CAFESALUD	110	491,109,976	159,571,358
	SALUD TOTAL	201	917,508,478	157,945,805
	CRUZ BLANCA	234	276,842,155	152,488,724
	COLSEGUROS	332	463,321,423	110,421,360
	FAMISANAR	28	318,768,462	103,006,772
	COMFENALCO	79	221,835,514	55,348,181
	COMPENSAR	22	56,993,992	47,473,052
	UNIMEC	32	213,129,733	43,171,634
	COLMENA	82	111,597,339	39,647,481
	SANITAS	130	382,056,511	34,404,654
	SOLSALUD	21	105,690,224	15,951,932



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Febrero de 2002

	S.O.S.	22	16,463,033	11,156,417
	COLPATRIA	1	2,267,198	15,000
Total PRIVADA		2,192	7,186,180,978	2,068,327,373
PUBLICA	CAJANAL	59	2,126,952,304	1,108,085,105
	SEGURO SOCIAL	63	454,012,167	226,380,470
	CAPRECOM	44	67,356,476	53,888,073
	E.P.S. DE CALDAS	55	53,959,578	37,252,771
	E.P.S. RISARALDA	2	41,147,362	4,121,170
	E.P.S. CONVIDA	3	3,326,028	2,418,276
	CAPRESOCA	6	3,007,842	188,720
Total PUBLICA		232	2,749,761,757	1,432,334,585
Total general		2,424	9,935,942,735	3,500,661,958

(Participación %)

NATURALEZA JURIDICA	ENTIDAD QUE GLOSA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
PRIVADA	SUSALUD	9.4%	8.9%	15.2%
	HUMANA	5.2%	4.1%	6.7%
	SALUDCOOP	10.1%	14.6%	5.3%
	COOMEVA	12.3%	8.7%	5.3%
	CAFESALUD	4.5%	4.9%	4.6%
	SALUD TOTAL	8.3%	9.2%	4.5%
	CRUZ BLANCA	9.7%	2.8%	4.4%
	COLSEGUROS	13.7%	4.7%	3.2%
	FAMISANAR	1.2%	3.2%	2.9%
	COMFENALCO	3.3%	2.2%	1.6%
	COMPENSAR	0.9%	0.6%	1.4%
	UNIMEC	1.3%	2.1%	1.2%
	COLMENA	3.4%	1.1%	1.1%
	SANITAS	5.4%	3.8%	1.0%
	SOLSALUD	0.9%	1.1%	0.5%
S.O.S.	0.9%	0.2%	0.3%	
COLPATRIA	0.0%	0.0%	0.0%	
Total PRIVADA		90.4%	72.3%	59.1%
PUBLICA	CAJANAL	2.4%	21.4%	31.7%
	SEGURO SOCIAL	2.6%	4.6%	6.5%
	CAPRECOM	1.8%	0.7%	1.5%
	E.P.S. DE CALDAS	2.3%	0.5%	1.1%
	E.P.S. RISARALDA	0.1%	0.4%	0.1%
	E.P.S. CONVIDA	0.1%	0.0%	0.1%
	CAPRESOCA	0.2%	0.0%	0.0%
Total PUBLICA		9.6%	27.7%	40.9%
Total general		100.0%	100.0%	100.0%

Tabla N° 12
Participación de las glosas
CAJA NACIONAL DE PREVISIÓN - CAJANAL EPS

CATEGORIA DE LA GLOSA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
AGREGADO - DIVERSOS MOTIVOS	16.9%	39.7%	53.7%
NO RECONOCE	3.4%	49.1%	44.1%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN O RIPS	66.1%	8.4%	1.5%
NO EXPLICADA	10.2%	2.4%	0.6%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	1.7%	0.2%	0.0%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	1.7%	0.2%	0.0%



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Febrero de 2002

CONCLUSIONES

Esta es una investigación netamente descriptiva con las limitaciones propias de ese tipo de estudios en cuanto a posibilidad de inferencias y recomendaciones. Es la primera versión de un estudio que se convertirá en trabajo habitual de la ACHC. Responde a las múltiples quejas de los afiliados y da una aproximación como línea de base para las futuras comparaciones y evaluaciones de tendencia.

De 6.916 registros, se identifican 611 motivos de glosa, los cuales debieron reclasificarse en 48 subcategorías y 12 categorías para hacer manejable la información.

El valor total de las glosas en una muestra de 28 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud asciende a \$8.383 millones, sobre una facturación afectada por este problema de \$34.897 millones. La proporción del valor de la glosa en relación con el valor total de las facturas afectadas es del 24%.

El no reconocimiento de los servicios atendidos por las Instituciones Prestadoras de Salud, es una de las causas mas relevantes en el valor de las glosas generadas por los pagadores de servicios de salud (37.5%), con mayor énfasis en los Entes Territoriales y las EPS tanto públicas como privadas.

A pesar de que el valor de las glosas presenta una proporción equilibrada entre EPS públicas y privadas en 40.9% y 59.1% respectivamente, las EPS privadas son mas acuciosas en la revisión de la factura al presentar el 90.4% de los reportes de glosa.

El Estado también se ha convertido en el causante del detrimento financiero de los prestadores por esta misma costumbre, a tal punto que el Fosyga presenta un 99.7% del valor de la glosa sobre las facturas afectadas por esta causa.

La transferencia de cuenta a otras entidades, los problemas con las pólizas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, la atención de pacientes no afiliados, afiliados a otras entidades o regímenes, a pesar de no ser causales representativas en el valor total de las glosas, presentan una razón en cerca del 100% del valor de la factura, desconociendo la potestad de recobro que otorga la Ley a quienes administran planes de beneficios, trasladando el problema a las prestadoras de servicios de salud.

Los incentivos a la oferta de servicios para el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud dirigidos al control de costos, al aumento de la



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Febrero de 2002

productividad, la racionalización de servicios y la asignación de recursos con criterios de costo-efectividad, pretendiendo calidad y eficiencia en el nuevo sistema, se han convertido hacia las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en menor pago por la prestación de servicios, no reconocimiento de los actos médicos e incremento de la cartera causada en buena parte por la generación de glosas de quien paga los servicios de salud, atentando contra la estabilidad financiera de las IPS.



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Febrero de 2002

Anexos



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Febrero de 2002

TABLA N° 1
Clasificación de las categorías y subcategorías de glosa

N°	CATEGORIA DE LA GLOSA	N°	SUB CATEGORIA DE GLOSA
1	AGREGADO - DIVERSOS MOTIVOS	1	DIVERSOS MOTIVOS
		2	OTROS
2	DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	3	DIFERENCIA EN TARIFAS
		4	MAYOR VALOR
		5	MENOR VALOR
3	DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	6	INCLUIDOS EN TARIFA
		7	DOBLE COBRO
		8	SOBREFACTURADO
4	EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	9	MATERIAL NO POS
		10	MEDICAMENTO NO POS
		11	NO POS - SIN DEFINIR
		12	PROCEDIMIENTO NO POS
		13	PERIODO DE CARENCIA
5	MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	14	MAL DILIGENCIADA
		15	MAL FACTURADO
		16	MAL FACTURADO POR COPAGO , C.M., C.R. O BONOS
6	NO EXPLICADA	17	SIN MOTIVO
		18	SIN REPORTE
		19	SIN GLOSA
		20	INDEFINIDA
		21	SIN ESPECIFICACIÓN
7	NO RECONOCE	22	A CONCILIAR
		23	ESTANCIA
		24	ESTANCIA Y OTROS ITEM
		25	NO RECONOCE
		26	ORDEN DEL SERVICIO
		27	PARTE INCLUIDA
		28	PROC. NO REALIZADO O MED NO APLICADO
		29	PROCEDIMIENTO
		30	URGENCIAS
		31	NO PERTINENTE
		32	SERVICIO CAPITADO
		33	CONTROLES
		34	ELEMENTO O INSUMO NO RECONOCIDO
		35	HONORARIOS
36	AMBULANCIA		
8	PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	37	PACIENTE DE OTRA EPS
		38	PACIENTE DE OTRO REGIMEN
		39	PACIENTE NO AFILIADO
9	PASA A MAYOR COMPLEJIDAD	40	PASA A MAYOR COMPLEJIDAD
10	POLIZAS SOAT	41	POLIZA FALSA
		42	SIN POLIZA
		43	TOPE DE POLIZA
11	TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	44	CORRESPONDE A OTRA ENTIDAD
		45	PROVEEDOR DIFERENTE
12	SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN O RIPS	46	RIPS - SISTEMA DE INFORMACIÓN
		47	SIN AUTORIZACION
		48	SIN SOPORTE