



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
SEGUNDO INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 - Marzo de 2003

INFORME DE GLOSAS

1. INTRODUCCIÓN

La Ley de Seguridad Social Integral en el capítulo de Salud contempla que: a) La administración en la prestación de servicios de salud está 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.

De acuerdo con estas competencias, 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 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB– 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, permitiendo a los pagadores de servicios ubicarse en una posición dominante en el mercado, de tal forma que estos imponen las condiciones en las formas de contratación y las tarifas, optando la contratación de servicios de salud más por el

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
SEGUNDO INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 - Marzo de 2003

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.

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 viene afectando a las Prestadoras de Servicios de Salud tanto públicas como privadas.

Las glosas por parte de las entidades pagadoras de servicios de salud⁵, son un factor que afecta la liquidez y estabilidad financiera de las IPS. 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.

Con el fin de dar solución al estancamiento del flujo de recursos en el S.G.S.S.S., el Gobierno Nacional expidió el decreto 050 de 2003 en el cual se incluye los mecanismos y el tiempo inicial para resolver las glosas, pero no cierra el ciclo al indicar que si después de transcurridos los dos meses para la resolución y pago de las glosas no se ha logrado acuerdo, se debe recurrir a los mecanismos de conciliación, arbitraje, amigables componedores u otros⁶ y no fija un término para la solución definitiva.

La observación más relevante es que esta norma rige solamente para el Régimen Subsidiado, restándole importancia que esta práctica nociva la ejercen todos los pagadores de servicios de salud.

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 este segundo

⁵ Entidades Promotoras de Salud Públicas y Privadas, Administradoras del Régimen Subsidiado, Aseguradoras SOAT, Administradoras de Riesgos Profesionales, Operador Fiduciario del FOSYGA, Entes Territoriales y otras entidades del Estado, etc.

⁶ Artículo 39, Decreto 050 de 2003.



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
SEGUNDO INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 - Marzo de 2003

informe 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 este fin. El informe es de tipo descriptivo, elaborado con una muestra no probabilística.

2.1. Establecimiento de categorías

Los motivos de glosa de este reporte se basaron en los establecidos en el primer informe (48 subcategorías agrupadas en 12 categorías), dejando abierta la posibilidad que los reportantes incluyeran categorías que consideraran no contempladas. Dentro de los registros reportados no resultaron nuevas categorías o subcategorías, mas bien la anterior categoría "SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN O RIPS" se separó lo relacionado con sistema de información y la categoría "PASA A MAYOR COMPLEJIDAD" se eliminó al no presentar reportes.

Categorías

1. "DIVERSOS MOTIVOS" consolida los reportes de facturas que presentan dos o más motivos de glosa, la facturación 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.
2. En "NO RECONOCE" se clasificaron 13 subcategorías que hacen referencia a los servicios prestados por las IPS y negados por la entidad a la cual se le facturó. Estos servicios son procedimientos, elementos o insumos suministrados al paciente, elementos o insumos que se deben cobrar adicionalmente de acuerdo al manual tarifario, estancias, honorarios, medicamentos, urgencias, consultas y controles, transporte de pacientes etc. Dentro de esta categoría se presentan 70 casos en los que no se reconoce la Orden de Servicio expedida por la entidad, 1041 casos enviados a conciliar y 4 servicios de capitación.
3. "SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN" incluye estrictamente lo enunciado en la categoría.



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
SEGUNDO INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 - Marzo de 2003

4. "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.
5. "DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR" incluye estrictamente lo enunciado en la categoría.
6. "EVENTO O MEDICAMENTO NO POS" corresponde a los reportes de glosa por materiales, medicamentos, eventos No incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS o procedimientos sin definir y las atenciones prestadas en periodos de carencia.
7. "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.
8. "SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS" Contiene los reportes que fueron glosados en relación al Sistema de información RIPS.
9. "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.
10. "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, diferente a lo enunciado en la categoría NO RECONOCE.
11. "PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN" incluye estrictamente lo enunciado en la categoría.
12. "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.

3. RESULTADOS

Para el presente informe se recepcionó información de 27 afiliados que ofertan 3.127 camas hospitalarias, correspondiente al 25.1% del total de clínicas y hospitales afiliados de la ACHC y cerca del 6.0% del total de camas del país. El 74.1% de estas IPS que respondieron son de naturaleza privada y el restante 25.9% pública.



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
SEGUNDO INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004 - Marzo de 2003

TABLA N° 1
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que reportaron glosas
Por naturaleza jurídica y nivel

Naturaleza Jurídica	Nivel	N°	Part % Total	Part por NJ	Nivel	N°	Part% por Nivel
Privado	II	8	29,6%	40,0%	I	2	7,4%
	III y IV	12	44,4%	60,0%	II	10	37,0%
Sub total privado		20	74,1%	100,0%	III y IV	15	55,6%
Público	I	2	7,4%	28,6%	TOTAL	27	100,0%
	II	2	7,4%	28,6%			
	III y IV	3	11,1%	42,9%			
Sub total público		7	25,9%	100,0%			
TOTAL IPS		27	100,0%				

Los niveles III y IV representan el 55.6% de la muestra, seguido por el nivel II con un 37.0%. (Ver Tabla N°1)

Estas 27 instituciones reportaron una facturación afectada por glosa⁷ en \$138.396 millones, donde el monto de la glosa ascendió a \$31.439 millones para el año 2002, el cual corresponde a un 22.7%, (Ver Tabla N° 2) ligeramente menor al presentado el año pasado (24.0%)

Basados en la experiencia del año anterior, el reporte de este periodo fue más detallado por factura, es así como se paso de 6.916 registros a 58.858.

La multicausalidad paso a ser el primer motivo de glosa, con el 30.5% del valor glosado y del 25.5% del valor de las facturas afectadas por esta situación (22.2% y 14.9% respectivamente en el primer informe). El 35.4% de los registros de facturas afectadas POR DIVERSOS MOTIVOS presentaron 3 motivos, las facturas glosadas con 4 y 5 motivos representan el 16.7% y 16.9% respectivamente. Entre los motivos más comunes se encuentra la negación del servicio o no reconocimiento asociado con alguna causa de tipo económico como diferencia en tarifas, doble cobro o mal facturado.

La segunda causa corresponde al no reconocimiento de los servicios médico hospitalarios dentro de los que en su orden se destaca el no reconocimiento de procedimientos, elementos o insumos, estancias, honorarios y urgencias. Esta categoría participa del 26.3% del valor glosado y del 23.8% del valor de las facturas afectadas por glosa. (Ver Tabla N° 2)

⁷ 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
SEGUNDO INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004 - Marzo de 2003

TABLA N° 2

Categorías de glosa

Ordenado 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
DIVERSOS MOTIVOS	21.208	35.314.089.711	9.586.956.683	27,1%
NO RECONOCE	7.330	32.961.368.361	8.268.072.775	25,1%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	7.356	22.247.589.264	4.771.561.455	21,4%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	3.222	8.061.422.661	3.528.849.433	43,8%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	10.653	18.646.123.694	3.513.898.708	18,8%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	6.732	16.850.708.695	978.547.755	5,8%
NO EXPLICADA	1.056	1.924.865.863	363.979.015	18,9%
SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	190	376.245.509	158.052.390	42,0%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	134	281.157.935	120.169.065	42,7%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	867	1.545.355.682	69.454.287	4,5%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	61	113.219.288	62.425.115	55,1%
POLIZAS SOAT	49	73.948.644	17.130.671	23,2%
Total general	58.858	138.396.095.307	31.439.097.352	22,7%

(Participación Porcentual)

DIVERSOS MOTIVOS	36,0%	25,5%	30,5%
NO RECONOCE	12,5%	23,8%	26,3%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	12,5%	16,1%	15,2%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	5,5%	5,8%	11,2%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	18,1%	13,5%	11,2%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	11,4%	12,2%	3,1%
NO EXPLICADA	1,8%	1,4%	1,2%
SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	0,3%	0,3%	0,5%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0,2%	0,2%	0,4%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	1,5%	1,1%	0,2%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0,1%	0,1%	0,2%
POLIZAS SOAT	0,1%	0,1%	0,1%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%

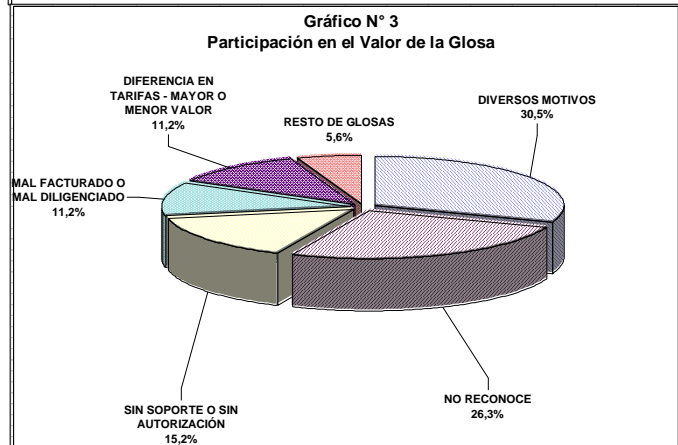
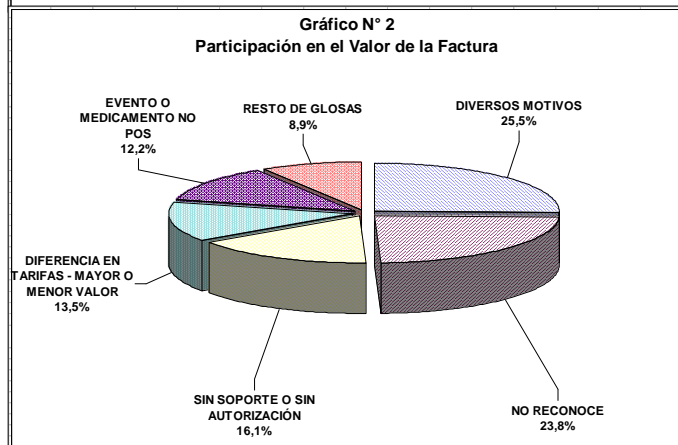
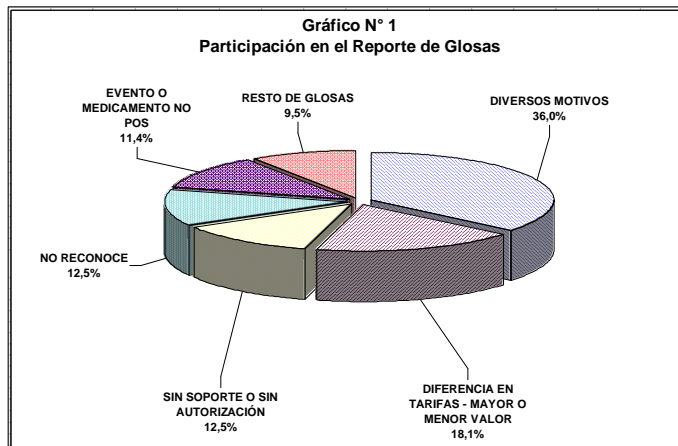
En las 13 subcategorías que comprende la negación de servicios, se puede establecer que la auditoria de cuentas se involucra directamente en las decisiones médicas.

La práctica de la Auditoria Médica busca establecer la coherencia de todo el proceso médico quirúrgico a través del análisis de las solicitudes frente al diagnóstico, teniendo como base las guías de manejo médico y el conocimiento científico de cada uno de los profesionales que realiza el análisis en relación con los hallazgos clínicos, preclínicos y de diagnóstico, por lo tanto la auditoria médica que conlleve a determinar la pertinencia médica, debe comprenderse como la correlación que existe en el acto médico, el análisis clínico, el diagnóstico y el juicio



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
SEGUNDO INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 - Marzo de 2003

para establecer las solicitudes de apoyo diagnóstico, formulaciones, interconsultas, remisiones y la determinación de la limitación o no de la capacidad laboral de una persona⁸, bajo estas premisas, la auditoria debe orientarse por la calidad y la resolutivez del problema de salud del paciente y no con la intención de retener y dilatar los pagos en el tiempo como mecanismo de apalancamiento financiero.



⁸ Tomado de las Guías de Procedimientos Internos - Metro Salud , Medellín, marzo de 1996.



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
SEGUNDO INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 - Marzo de 2003

De igual manera, muchas de las atenciones de urgencias se niegan a pagarlas utilizando argumentos como "Urgencia no crítica o no vital", aplicando la modalidad de filtros conocidos como "Triage", y en el mejor de los casos estos servicios son reconocidos como consulta general, ambulatoria y en menor proporción como especializada, servicios que presentan menores tarifas que la Consulta de Urgencia.

La tercera categoría corresponde a las glosas sin soporte o sin autorización con un 15.2% del valor total de las glosas y una facturación afectada de 16.1%. Las categorías "Mal facturado o mal diligenciado" y "Diferencia en Tarifas – mayor o menor valor" participan respectivamente del 11.2% del valor de la glosa.

El resto de categorías redujeron su participación por valor de glosa respecto a las presentadas en el informe anterior, excepto la transferencia de cuenta otra entidad pagadora.

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

El 55.6% de las Instituciones reportantes que corresponden al nivel III y IV de atención concentran el 95.8% del valor total de las glosas, el 95.0% de la facturación afectada por glosa y el 97,1% de los reportes. Esta relación de las proporciones permite deducir que la finalidad de las glosas es la de retener el pago de grandes valores por los servicios de mayor complejidad de atención. (Ver Tabla N° 3)

TABLA N° 3
Glosa por nivel de atención, valor de la factura y la glosa

NIVEL DE ATENCIÓN	N° DE IPS	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	PART % DE LA GLOSA EN EL VALOR DE LA FACTURA
I	2	126	663.856.070	88.530.316	13,3%
II	10	1.559	6.191.539.411	1.225.908.588	19,8%
III y IV	15	57.173	131.540.699.825	30.124.658.449	22,9%
TOTAL	27	58.858	138.396.095.307	31.439.097.352	22,7%

(Participación Porcentual)

NIVEL DE ATENCIÓN	N° DE IPS	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
I	7,4%	0,2%	0,5%	0,3%
II	37,0%	2,6%	4,5%	3,9%
III y IV	55,6%	97,1%	95,0%	95,8%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Marzo de 2003

La participación del valor de la glosa en la factura se redujo en el primer y segundo nivel respecto del año pasado pasando de 71.8% a 13.3% y de 62.0% a 19.8% respectivamente. En el tercer nivel presentó un moderado incremento de 1.3%.

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

NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORIA DE LA GLOSA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	
I	DIVERSOS MOTIVOS	88,9%	98,3%	99,2%	
	NO RECONOCE	7,1%	1,0%	0,5%	
	MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	1,6%	0,4%	0,2%	
	DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	1,6%	0,3%	0,1%	
	SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	0,8%	0,0%	0,0%	
	Sub total I		100,0%	100,0%	100,0%
II	DIVERSOS MOTIVOS	8,3%	42,6%	35,2%	
	SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	17,8%	11,6%	13,4%	
	NO RECONOCE	3,3%	5,9%	11,1%	
	SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	0,4%	4,5%	10,0%	
	MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	25,3%	8,3%	9,2%	
	NO EXPLICADA	33,2%	15,7%	7,6%	
	DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	8,5%	6,7%	7,1%	
	EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	0,6%	2,5%	3,0%	
	PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0,9%	0,9%	1,4%	
	POLIZAS SOAT	0,5%	0,4%	1,0%	
	DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	1,1%	0,8%	0,8%	
	TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0,2%	0,1%	0,3%	
	Sub total II		100,0%	100,0%	100,0%
	III y IV	DIVERSOS MOTIVOS	36,7%	24,3%	30,1%
NO RECONOCE		12,7%	24,8%	27,0%	
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN		12,4%	16,4%	15,3%	
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR		18,4%	13,9%	11,4%	
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO		4,9%	5,7%	11,3%	
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS		11,8%	12,7%	3,1%	
NO EXPLICADA		0,9%	0,7%	0,9%	
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT		0,2%	0,1%	0,3%	
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO		1,5%	1,1%	0,2%	
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN		0,1%	0,0%	0,2%	
SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS		0,3%	0,1%	0,1%	
POLIZAS SOAT		0,1%	0,1%	0,1%	
Sub total III y IV			100,0%	100,0%	100,0%



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Marzo de 2003

En los tres niveles de atención la multicausalidad es el primer motivo de glosa. En el primer nivel esta categoría concentra el 99.2% del valor de la glosa, en el segundo nivel el 35.2% y en el tercer y cuarto nivel 30.1%. El no reconocimiento es la segunda causa de glosa en el primer y tercer y cuarto nivel, en el segundo pasa a ser la tercera causa después de sin soporte o sin autorización.

3.2. Entidades glosadoras por tipo de negocio

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades que presentan el mayor valor de glosas con el 63.6% incrementando su participación respecto del primer informe (41.8%), le sigue las Administradoras del Régimen Subsidiado con 9.4% del valor total de las glosas, las Empresas de Medicina Prepagada y Planes Complementarios con 7.9% y el Estado con 5.1%. Entre estos cuatro tipos de negocio se concentra el 86.1% del valor total de las glosas. (Ver Tabla N° 5)

TABLA N° 5
Entidades glosadoras por tipo de negocio

TIPO DE NEGOCIO	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	PART % DE LA GLOSA EN EL VALOR DE LA FACTURA
EPS	29.964	86.371.919.069	19.998.511.366	23,2%
<i>EPS – REGIMEN CONTRIBUTIVO</i>	28.115	84.405.743.261	19.234.403.768	22,8%
<i>EPS- SIN CLASIFICAR</i>	1.849	1.966.175.808	764.107.598	38,9%
ARS-REGIMEN SUBSIDIADO	4.642	14.990.511.503	2.968.107.216	19,8%
PLANES COMPLEMENTARIOS Y MED PREP	5.560	12.004.477.356	2.473.898.856	20,6%
ESTADO	2.601	6.578.193.439	1.613.900.439	24,5%
<i>ESTADO-FOSYGA</i>	1.917	1.504.581.372	1.073.933.159	71,4%
<i>ESTADO-ENTE TERRITORIAL</i>	202	3.478.919.335	459.386.595	13,2%
<i>ESTADO-OTROS</i> ⁹	482	1.594.692.732	80.580.685	5,1%
EMPRESA ADAPTADA DE SALUD	4.255	1.833.504.900	1.073.605.972	58,6%
PRESTADORES ¹⁰	2.766	6.987.349.188	1.119.414.348	16,0%
<i>IPS</i>	1.110	3.598.603.319	927.021.805	25,8%
<i>IPS-CAPITADORA</i>	1.656	3.388.745.869	192.392.543	5,7%
ASEGURADORAS	5.937	6.117.415.081	1.607.675.359	26,3%
<i>ASEGURADORA-SOAT</i>	4.039	2.497.002.297	896.751.661	35,9%
<i>ASEGURADORA-POLIZAS DE SALUD Y VIDA</i>	1.410	2.384.740.313	439.519.785	18,4%
<i>ASEGURADORA-SIN CLASIFICAR</i>	488	1.235.672.471	271.403.913	22,0%
SEGURO EMPRESARIAL	1.211	1.012.640.980	276.864.322	27,3%
RIESGOS PROFESIONALES	1.135	688.147.827	219.830.301	31,9%
MAGISTERIO	784	1.779.798.938	77.101.153	4,3%
OTRAS CAJAS DE PREVISIÓN SOCIAL	3	29.152.840	2.011.247	6,9%
TOTAL GENERAL	58.858	138.393.111.121	31.430.920.578	22,7%

⁹ Las Otras Entidades del Estado corresponde a Policía Nacional, Fondo de Previsión Social del Congreso y el Sena.

¹⁰ 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. Marzo de 2003

TIPO DE NEGOCIO	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
EPS	50,9%	62,4%	63,6%
<i>EPS-REGIMEN CONTRIBUTIVO</i>	47,8%	61,0%	61,2%
<i>EPS-SIN CLASIFICAR</i>	3,1%	1,4%	2,4%
ARS-REGIMEN SUBSIDIADO	7,9%	10,8%	9,4%
PLANES COMPLEMENTARIOS Y MED PREP	9,4%	8,7%	7,9%
ESTADO	4,4%	4,8%	5,1%
<i>ESTADO-FOSYGA</i>	3,3%	1,1%	3,4%
<i>ESTADO-ENTE TERRITORIAL</i>	0,3%	2,5%	1,5%
<i>ESTADO-OTROS</i>	0,8%	1,2%	0,3%
EMPRESA ADAPTADA DE SALUD	7,2%	1,3%	3,4%
PRESTADORES	4,7%	5,0%	3,6%
<i>IPS</i>	1,9%	2,6%	2,9%
<i>IPS-CAPITADORA</i>	2,8%	2,4%	0,6%
ASEGURADORAS	10,1%	4,4%	5,1%
<i>ASEGURADORA-SOAT</i>	6,9%	1,8%	2,9%
<i>ASEGURADORA-POLIZAS DE SALUD Y VIDA</i>	2,4%	1,7%	1,4%
<i>ASEGURADORA-SIN CLASIFICAR</i>	0,8%	0,9%	0,9%
SEGURO EMPRESARIAL	2,1%	0,7%	0,9%
RIESGOS PROFESIONALES	1,9%	0,5%	0,7%
MAGISTERIO	1,3%	1,3%	0,2%
OTRAS CAJAS DE PREVISIÓN SOCIAL	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%

Dentro del Estado, el operador fiduciario del FOSYGA representa el 66.5% del valor de las glosas, esta entidad afecta el 71.4% del valor de las facturas.

Las entidades que afectan más del 50% de valor de la factura por glosa son el Operador Fiduciario del FOSYGA y las Empresas Adaptadas de Salud.

En una mirada de las categorías de glosa por tipo de entidad, el mayor motivo por valor de glosa de las EPS, es no reconocer los servicios prestados en un 34.9% semejante al presentado el primer informe (35.0%). La segunda causa de glosas corresponde a Sin Soportes o sin Autorización en 19.8% seguida de Mal facturado o mal diligenciado y Diferencia en tarifas – Mayor o Menor Valor con el 13.8% de participación del valor de la glosa. (Ver Tabla N° 6)

Las administradoras del Régimen Subsidiado son las entidades que más presentan multicausalidad en las glosas con el 83.3%, seguido del no reconocimiento de los servicios médico quirúrgicos y demás servicios complementarios en 5.4%.

Las empresas de medicina prepagada y planes complementarios presentan igualmente multicausalidad en la práctica de glosar facturas, siendo esta la primera causa (60.3%). Las siguientes causas en una menor proporción son la "Diferencia en Tarifas", "Mal facturado o mal diligenciado" y el No reconocimiento. Estas cuatro categorías concentran el 92.1% de las causas de glosa.



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Marzo de 2003

Las entidades del Estado, incluyendo dentro de éste al operador fiduciario del FOSYGA, se convirtieron en glosadores multicausales a tal punto que esta es la primera causa de glosa en este tipo de deudor con una participación del 79.4%. La segunda causa es el no reconocimiento de los servicios médico quirúrgicos y demás servicios asociados en la atención de los pacientes.

TABLA N° 5
Entidades glosadoras por tipo de negocio

TIPO DE NEGOCIO	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	PART % DE LA GLOSA EN EL VALOR DE LA FACTURA
EPS	29.964	86.371.919.069	19.998.511.366	23,2%
<i>EPS - REGIMEN CONTRIBUTIVO</i>	28.115	84.405.743.261	19.234.403.768	22,8%
<i>EPS - SIN CLASIFICAR</i>	1.849	1.966.175.808	764.107.598	38,9%
ARS - REGIMEN SUBSIDIADO	4.642	14.993.495.689	2.976.283.990	19,9%
PLANES COMPLEMENTARIOS Y MED PREP	5.560	12.004.477.356	2.473.898.856	20,6%
ESTADO	2.601	6.578.193.439	1.613.900.439	24,5%
<i>ESTADO - FOSYGA</i>	1.917	1.504.581.372	1.073.933.159	71,4%
<i>ESTADO - ENTE TERRITORIAL</i>	202	3.478.919.335	459.386.595	13,2%
<i>ESTADO - OTROS</i>	482	1.594.692.732	80.580.685	5,1%
EMPRESA ADAPTADA DE SALUD	4.255	1.833.504.900	1.073.605.972	58,6%
PRESTADORES	2.766	6.987.349.188	1.119.414.348	16,0%
<i>IPS</i>	1.110	3.598.603.319	927.021.805	25,8%
<i>IPS - CAPITADORA</i>	1.656	3.388.745.869	192.392.543	5,7%
ASEGURADORAS	5.937	6.117.415.081	1.607.675.359	26,3%
<i>ASEGURADORA - SOAT</i>	4.039	2.497.002.297	896.751.661	35,9%
<i>ASEGURADORA - POLIZAS DE SALUD Y VIDA</i>	1.410	2.384.740.313	439.519.785	18,4%
<i>ASEGURADORA - SIN CLASIFICAR</i>	488	1.235.672.471	271.403.913	22,0%
SEGURO EMPRESARIAL	1.211	1.012.640.980	276.864.322	27,3%
RIESGOS PROFESIONALES	1.135	688.147.827	219.830.301	31,9%
MAGISTERIO	784	1.779.798.938	77.101.153	4,3%
OTRAS CAJAS DE PREVISIÓN SOCIAL	3	29.152.840	2.011.247	6,9%
TOTAL GENERAL	58.858	138.396.095.307	31.439.097.352	22,7%

TIPO DE NEGOCIO	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
EPS	50,9%	62,4%	63,6%
<i>EPS - REGIMEN CONTRIBUTIVO</i>	47,8%	61,0%	61,2%
<i>EPS - SIN CLASIFICAR</i>	3,1%	1,4%	2,4%
ARS - REGIMEN SUBSIDIADO	7,9%	10,8%	9,5%
PLANES COMPLEMENTARIOS Y MED PREP	9,4%	8,7%	7,9%
ESTADO	4,4%	4,8%	5,1%
<i>ESTADO - FOSYGA</i>	3,3%	1,1%	3,4%
<i>ESTADO - ENTE TERRITORIAL</i>	0,3%	2,5%	1,5%
<i>ESTADO - OTROS</i>	0,8%	1,2%	0,3%
EMPRESA ADAPTADA DE SALUD	7,2%	1,3%	3,4%
PRESTADORES	4,7%	5,0%	3,6%
<i>IPS</i>	1,9%	2,6%	2,9%
<i>IPS - CAPITADORA</i>	2,8%	2,4%	0,6%
ASEGURADORAS	10,1%	4,4%	5,1%
<i>ASEGURADORA - SOAT</i>	6,9%	1,8%	2,9%
<i>ASEGURADORA - POLIZAS DE SALUD Y VIDA</i>	2,4%	1,7%	1,4%
<i>ASEGURADORA - SIN CLASIFICAR</i>	0,8%	0,9%	0,9%
SEGURO EMPRESARIAL	2,1%	0,7%	0,9%
RIESGOS PROFESIONALES	1,9%	0,5%	0,7%
MAGISTERIO	1,3%	1,3%	0,2%
OTRAS CAJAS DE PREVISIÓN SOCIAL	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL GENERAL	100,0%	100,0%	100,0%



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Marzo de 2003

TABLA N° 6
Participación del valor de las glosas
Empresas Promotoras de Salud

CATEGORIA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	PART % DE LA GLOSA EN EL VALOR DE LA FACTURA
NO RECONOCE	5.205	26.379.797.468	6.973.016.319	26,4%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	5.324	17.222.945.382	3.952.158.648	22,9%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	1.690	5.185.937.429	2.758.649.090	53,2%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	7.138	11.470.272.762	2.757.578.004	24,0%
DIVERSOS MOTIVOS	3.692	9.913.359.618	2.273.889.653	22,9%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	5.796	13.999.319.450	820.159.677	5,9%
NO EXPLICADA	530	832.874.420	256.634.091	30,8%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	63	183.889.570	72.518.395	39,4%
SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	20	205.878.989	48.854.032	23,7%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	417	868.385.794	37.567.709	4,3%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	24	78.370.399	34.830.046	44,4%
TOTAL	29.964	86.371.919.069	19.998.511.366	23,2%

CATEGORIA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
NO RECONOCE	17,4%	30,5%	34,9%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	17,8%	19,9%	19,8%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	5,6%	6,0%	13,8%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	23,8%	13,3%	13,8%
DIVERSOS MOTIVOS	12,3%	11,5%	11,4%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	19,3%	16,2%	4,1%
NO EXPLICADA	1,8%	1,0%	1,3%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0,2%	0,2%	0,4%
SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	0,1%	0,2%	0,2%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	1,4%	1,0%	0,2%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0,1%	0,1%	0,2%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Marzo de 2003

TABLA N° 7

**Participación del valor de las glosas
 Administradoras del Régimen Subsidiado**

CATEGORIA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	PART % DE LA GLOSA EN EL VALOR DE LA FACTURA
DIVERSOS MOTIVOS	3.292	11.131.519.061	2.479.053.969	22,3%
NO RECONOCE	267	756.143.678	160.928.865	21,3%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	367	1.268.902.797	121.797.149	9,6%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	260	1.272.806.720	74.964.327	5,9%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	263	346.838.175	74.355.122	21,4%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	47	33.158.046	32.717.678	98,7%
SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	27	17.390.191	11.160.960	64,2%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	61	94.449.203	11.139.210	11,8%
NO EXPLICADA	48	67.751.168	7.962.632	11,8%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	5	3.349.089	2.058.206	61,5%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	5	1.187.561	145.872	12,3%
TOTAL	4.642	14.993.495.689	2.976.283.990	19,9%

CATEGORIA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
DIVERSOS MOTIVOS	70,9%	74,2%	83,3%
NO RECONOCE	5,8%	5,0%	5,4%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	7,9%	8,5%	4,1%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	5,6%	8,5%	2,5%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	5,7%	2,3%	2,5%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	1,0%	0,2%	1,1%
SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	0,6%	0,1%	0,4%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	1,3%	0,6%	0,4%
NO EXPLICADA	1,0%	0,5%	0,3%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	0,1%	0,0%	0,1%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0,1%	0,0%	0,0%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Marzo de 2003

TABLA N° 8
Participación del valor de las glosas
Planes complementarios y medicina prepagada

CATEGORIA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	PART % DE LA GLOSA EN EL VALOR DE LA FACTURA
DIVERSOS MOTIVOS	2.983	5.440.411.843	1.490.569.253	27,4%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	1.216	2.663.140.957	302.436.625	11,4%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	425	959.420.764	269.551.565	28,1%
NO RECONOCE	299	1.161.414.208	217.010.533	18,7%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	256	723.681.639	124.929.541	17,3%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	252	876.977.150	34.614.603	3,9%
NO EXPLICADA	35	41.035.933	14.085.333	34,3%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	89	125.315.722	8.321.953	6,6%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	1	7.549.365	6.849.674	90,7%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	4	5.529.775	5.529.775	100,0%
TOTAL	5.560	12.004.477.356	2.473.898.856	20,6%

CATEGORIA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
DIVERSOS MOTIVOS	53,7%	45,3%	60,3%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	21,9%	22,2%	12,2%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	7,6%	8,0%	10,9%
NO RECONOCE	5,4%	9,7%	8,8%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	4,6%	6,0%	5,0%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	4,5%	7,3%	1,4%
NO EXPLICADA	0,6%	0,3%	0,6%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	1,6%	1,0%	0,3%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0,0%	0,1%	0,3%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0,1%	0,0%	0,2%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Marzo de 2003

TABLA N° 9
Participación del valor de las glosas
Estado

CATEGORIA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	PART % DE LA GLOSA EN EL VALOR DE LA FACTURA
DIVERSOS MOTIVOS	1.714	4.041.001.980	1.281.035.009	31,7%
NO RECONOCE	156	688.139.592	148.969.220	21,6%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	153	657.402.423	50.429.016	7,7%
SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	116	64.289.078	39.121.910	60,9%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	163	558.599.380	35.328.680	6,3%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	127	343.329.773	34.341.836	10,0%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	10	8.367.880	8.185.062	97,8%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	80	134.476.218	8.125.874	6,0%
NO EXPLICADA	48	10.956.137	4.628.373	42,2%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	2	23.560.686	2.226.980	9,5%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	32	48.070.292	1.508.479	3,1%
TOTAL	2.601	6.578.193.439	1.613.900.439	24,5%

CATEGORIA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
DIVERSOS MOTIVOS	65,9%	61,4%	79,4%
NO RECONOCE	6,0%	10,5%	9,2%
MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	5,9%	10,0%	3,1%
SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	4,5%	1,0%	2,4%
DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	6,3%	8,5%	2,2%
SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	4,9%	5,2%	2,1%
PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0,4%	0,1%	0,5%
EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	3,1%	2,0%	0,5%
NO EXPLICADA	1,8%	0,2%	0,3%
TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0,1%	0,4%	0,1%
DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	1,2%	0,7%	0,1%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%

3.2.1. Por naturaleza jurídica

El 74.9% de las entidades pagadoras de servicios de salud son naturaleza privada, estas concentran el 85.7% del valor de las glosas.

En comparación al reporte del año pasado, la participación respecto de número de registros y valor de la factura son homogéneos.



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Marzo de 2003

TABLA N° 10
Valor de las Glosas por naturaleza Jurídica

NATURALEZA JURIDICA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	PART % DE LA GLOSA EN EL VALOR DE LA FACTURA
PRIVADA	47.266	119.529.369.680	26.936.873.947	22,5%
PUBLICA	11.567	18.840.395.651	4.481.578.534	23,8%
DERECHO ESPECIAL	25	26.329.976	20.644.872	78,4%
TOTAL	58.858	138.396.095.307	31.439.097.352	22,7%

NATURALEZA JURIDICA	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
PRIVADA	80,3%	86,4%	85,7%
PUBLICA	19,7%	13,6%	14,3%
DERECHO ESPECIAL	0,0%	0,0%	0,1%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%

CONCLUSIONES

El valor total de las glosas en una muestra de 27 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud asciende a \$31.439 millones, sobre una facturación afectada por este problema de \$138.396.1 millones. La proporción del valor de la glosa en relación con el valor total de las facturas afectadas es del 22.7%, ligeramente menor al primer informe.

La multicausalidad o Diversos Motivos son la primera causa de glosas, estas ascienden a \$9.587 millones de una facturación por \$35.314.1 millones. Entre los motivos más comunes se encuentra la negación del servicio o no reconocimiento asociado con alguna causa de tipo económico como diferencia en tarifas, doble cobro o mal facturado.

El no reconocimiento de los servicios atendidos por las Instituciones Prestadoras de Salud, es la segunda causa general de glosas y la primera causa por parte de las EPS, con el 26.3% y 34.9% respectivamente.

El Estado a través del Operador Fiduciario del FOSYGA continúa siendo el causante del detrimento financiero de los prestadores por esta misma práctica, de tal manera que éste presenta un 71.4% del valor de la glosa sobre las facturas afectadas por esta causa.



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004. Marzo de 2003

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 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. Marzo de 2003

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

N°	CATEGORIA DE LA GLOSA	N°	SUBCATEGORIA DE GLOSA
1	DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	1	DIFERENCIA EN TARIFAS
		2	MAYOR VALOR
		3	MENOR VALOR
2	DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	4	DOBLE COBRO
		5	SOBREFACTURADO
		6	INCLUIDO EN TARIFA POR TARIFARIO
3	EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	7	PROCEDIMIENTO NO POS
		8	MATERIAL NO POS - (ORTESIS, PRÓTESIS Y DEMAS)
		9	MEDICAMENTO NO POS
		10	NO CUMPLE PERIODOS DE COTIZACIÓN
4	MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	11	MAL DILIGENCIADA
		12	MAL FACTURADO
		13	MAL FACTURADO POR COPAGO , C.M., C.R. O BONOS
		14	NO POS - SIN DEFINIR
5	NO EXPLICADA	15	SIN MOTIVO
		16	SIN REPORTE
		17	INDEFINIDA
		18	SIN ESPECIFICACIÓN
6	NO RECONOCE	19	PROCEDIMIENTO
		20	ESTANCIA
		21	MEDICAMENTOS
		22	URGENCIAS
		23	ELEMENTOS O INSUMOS
		24	CONSULTA
		25	CONTROLES
		26	HONORARIOS
		27	ADICIONAL A LA TARIFA DEL PROCEDIMIENTO POR TARIFARIO
		28	A CONCILIAR
		29	AMBULANCIA
		30	SERVICIO CAPITADO
		31	ORDEN DE SERVICIO
		7	PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN
33	PACIENTE DE OTRO RÉGIMEN		
34	PACIENTE NO AFILIADO		
8	POLIZAS SOAT	35	POLIZA FALSA
		36	TOPE DE POLIZA
		37	SIN POLIZA
9	SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	38	SIN AUTORIZACIÓN
		39	SIN SOPORTE
10	SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	40	SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS
11	TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	41	CORRESPONDE A OTRA ENTIDAD
		42	PROVEEDOR DIFERENTE
12	DIVERSOS MOTIVOS		UNA FACTURA - DOS MOTIVOS
			UNA FACTURA - TRES MOTIVOS
			UNA FACTURA - CUATRO MOTIVOS
			UNA FACTURA - CINCO MOTIVOS
			UNA FACTURA - SEIS MOTIVOS
			UNA FACTURA - NUEVE MOTIVOS
			UNA FACTURA - DIEZ MOTIVOS
			PAQUETE DE FACTURAS - TRES MOTIVOS
			PAQUETE DE FACTURAS - CUATRO MOTIVOS
			PAQUETE DE FACTURAS - DIEZ MOTIVOS
	NO ESPECIFICADOS - OTROS MOTIVOS		