



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 -Junio de 2005

Realizado por Jairo Alberto Betancourt Maldonado ¹ y Leonardo Fernández Acosta ², bajo la dirección de Juan Carlos Giraldo Valencia³.

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 Salud⁴ de manera directa o indirecta⁵. 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 previa⁶. d) Las EPS tienen dentro de sus obligaciones, la de evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos⁷ 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 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

1 Economista, Especialista en Finanzas Públicas - Asesor y Consultor en Seguridad Social Integral.

2 Administrador de Empresas.

3 Director General ACHC. Médico y cirujano de la Universidad de Caldas, diplomado en evaluación e impacto de proyectos sociales, CEPAL, Especialista en alta dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la ESAP y Máster en administración de salud de la Universidad Javeriana.

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

5 Artículo 177, Ibidem.

6 Artículo 168, Ibidem, y reiterado por el artículo 67 de la Ley 715 de 2001

7 Literal c, artículo 180, Ibidem.



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 -Junio de 2005

mecanismos de contención de costos o apalancamiento financiero 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 salud⁸, son un factor que incide en 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 SGSSS., el Gobierno Nacional expidió los decretos 050 de 2003 y 3260 de 2004 en los que 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 otros⁹ y no fija un término para la solución definitiva.

La primera norma en mención regía solamente para el Régimen Subsidiado, la segunda aplica para EPS y ARS, restándole importancia que esta práctica nociva la ejercen el resto de pagadores de servicios de salud, en especial entidades del Estado y el Operador Fiduciario del FOSYGA.

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 tercer informe que evidencia la problemática de las glosas como una práctica indebida y contraria

⁸ 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.

⁹ Decreto 050 de 2003 artículo 39 y Decreto 3260 de 2004 artículo 9 numeral 4.



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 -Junio de 2005

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 registrados en los dos primeros informes (42 subcategorías agrupadas en 11 categorías mas 11 agrupaciones en la categoría de Diversos motivos), dejando abierta la posibilidad que los reportantes incluyeran categorías que consideraran no contempladas. Dentro de los registros reportados resultó una nueva categoría que refiere a "Cambio de fecha, factura o cuenta de cobro".

Dentro de las categorías ya establecidas surgieron nuevas subcategorías como "Factura de materiales médico quirúrgicos e insumos" y "sin visto y demás relacionadas con auditoria" las cuales se incluyeron dentro de la categoría de "Sin soporte o sin autorización". El concepto de "no reconocimiento de la estancia" asociado a otro concepto NO reconocido que anteriormente se clasificaron como "Diversos Motivos" en esta ocasión se registraron en "No reconoce", ampliando las subcategorías de análisis de este ítem.

Categorías

1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA: En esta categoría se agregan los valores de factura y glosa que no registran concepto, los reportado como "Glosas varias" y "otras causales" y las que según el reportante no presentan especificación.

2. NO RECONOCE: Aquí se clasifican 15 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 que se deben cobrar adicionalmente de acuerdo al manual tarifario, parte incluida, urgencias, orden de servicio, servicio capitado, controles, honorarios médicos, ambulancia o transporte de paciente, interconsulta y pertinencia medica. Además de la estancia se tiene esta subcategoría asociada a negación de elementos médico quirúrgicos,



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 -Junio de 2005

honorarios, procedimientos y urgencias. Como glosas administrativas en esta categoría se registra el no reconocimiento de la autorización, del soporte del Comité Técnico Científico, el cobro extemporáneo o la caducidad de la glosa. Finalmente incluye el no reconocimiento de la factura por que el usuario presenta mora, entro otros no reconocimientos.

3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN: Incluye estrictamente lo enunciado en la categoría. En esta ocasión se presentaron dos nuevas subcategorías que corresponden a "factura de materiales médico quirúrgicos e insumos" y "sin visto bueno y demás relacionadas con auditoria".

4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR: Incluye estrictamente lo enunciado en la categoría.

5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO: Consolida lo enunciado en la categoría, eliminando cualquier criterio económico que se parezca al contenido de la categoría 6, excepto las glosas por copagos, cuotas moderadoras, cuotas de recuperación o recaudo por bonos que aplican para cada Plan de Beneficios contratado.

6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO: Contiene lo enunciado en la categoría más los reportes donde se indica que el valor cobrado está incluido en la tarifa, diferente a lo enunciado en la categoría NO RECONOCE.

7. 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.

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

9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO: Esta nueva categoría registra lo enunciado en la categoría.

10. DIVERSOS MOTIVOS: Consolida los reportes de facturas que presentan dos o más motivos de glosa, a excepción de lo enunciado en "No reconoce", 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.



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004 -Junio de 2005

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. 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.

13. SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS: Contiene los reportes que fueron glosados en relación al Sistema de información RIPS.

3. RESULTADOS

El presente informe se elaboró con información de 37 instituciones que remitieron información completa, donde el 78.4% son IPS de naturaleza jurídica privada y el restante 21.6% pública, concentrando el 83.8% en instituciones de mediana y alta complejidad. (Ver Tabla N°1)

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

Naturaleza Jurídica	Complejidad	N°	Part % Total	Part por NJ	Complejidad	N°	Part% por Nivel
Privado	Alta	21	56,8%	72,4%	Alta	24	64,9%
	Mediana	7	18,9%	24,1%	Mediana	7	18,9%
	Baja	1	2,7%	3,4%	Baja	6	16,2%
Total privado		29	78,4%	100,0%	TOTAL	37	100,0%
Público	Alta	3	8,1%	37,5%			
	Baja	5	13,5%	62,5%			
Total público		8	21,6%	100,0%			
TOTAL IPS		37	100,0%				

Estas 37 instituciones reportaron una facturación afectada por glosa¹⁰ en \$158.570 millones, donde el monto de la glosa ascendió a \$20.344 millones para el año 2004, el cual corresponde a un 12.8%, menor al presentado en el segundo informe (22.7%) (Ver Tabla N° 2)

Con base en la experiencia de los dos años anteriores, el reporte de este periodo continuó siendo más detallado por factura, aunque no superó al registro del informe anterior, es así como se pasó de 6.916 registros a 58.858 y 41.624 por cada periodo de estudio respectivamente.

¹⁰ 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
TERCER INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004 -Junio de 2005

TABLA N° 2
Categorías de Glosa
Ordenado por valor de glosa (Valor absoluto)

CATEGORIA GLOSA	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % de la Glosa en el Valor de la Factura
1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	9.579	68.538.462.368	7.126.984.498	10,4%
2. NO RECONOCE	10.469	34.095.743.407	4.375.383.839	12,8%
3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	6.412	12.052.466.641	3.016.932.442	25,0%
4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	7.454	19.977.582.086	2.001.045.777	10,0%
5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	2.996	5.463.692.930	1.156.723.280	21,2%
6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	1.982	6.719.247.297	606.107.192	9,0%
7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	848	2.543.548.242	446.172.593	17,5%
8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	129	424.224.561	424.224.561	100,0%
9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	221	334.356.961	334.356.961	100,0%
10. DIVERSOS MOTIVOS	337	6.130.715.151	298.080.950	4,9%
11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	445	679.270.802	246.483.163	36,3%
12. POLIZAS SOAT	468	424.112.108	112.684.468	26,6%
13. SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	7	680.918	680.918	100,0%
SIN CLASIFICAR	277	1.186.018.400	198.573.649	16,7%
Total general	41.624	158.570.121.873	20.344.434.291	12,8%

(Participación %)

CATEGORIA GLOSA	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	23,0%	43,2%	35,0%
2. NO RECONOCE	25,2%	21,5%	21,5%
3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	15,4%	7,6%	14,8%
4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	17,9%	12,6%	9,8%
5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	7,2%	3,4%	5,7%
6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	4,8%	4,2%	3,0%
7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	2,0%	1,6%	2,2%
8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0,3%	0,3%	2,1%
9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	0,5%	0,2%	1,6%
10. DIVERSOS MOTIVOS	0,8%	3,9%	1,5%
11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	1,1%	0,4%	1,2%
12. POLIZAS SOAT	1,1%	0,3%	0,6%
13. SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	0,0%	0,0%	0,0%
SIN CLASIFICAR	0,7%	0,7%	1,0%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%

En una agregación por rangos de glosa sobre la facturación reportada, se observa que el 55.2% de la facturación total está objetada por valores inferiores al 5% y el 16.1% por valores inferiores al 9.9%. Sumados estos dos rangos, el 71.3% de la



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 -Junio de 2005

facturación esta afectada por valores inferiores al 10% de la factura, lo que destaca en la primera franja que se glosa cuantiosos recursos por ínfimos valores (1.8%). (ver tabla N° 3)

TABLA N° 3
Rangos de glosa en el valor de la factura

Rangos de Glosa	Glosas reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % de la glosa en la factura
de 0,1 a 4.9	10.357	87.591.652.209	1.539.257.252	1,8%
de 5 a 9.9	5.395	25.516.956.843	1.789.068.473	7,0%
de 10 a 49.9	12.411	34.604.438.059	7.428.721.033	21,5%
de 50 a 100	13.461	10.857.074.763	9.587.387.533	88,3%
Total general	41.624	158.570.121.873	20.344.434.291	12,8%

(Participación %)

Rangos	Glosas reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
de 0,1 a 4.9	24,9%	55,2%	7,6%
de 5 a 9.9	13,0%	16,1%	8,8%
de 10 a 49.9	29,8%	21,8%	36,5%
de 50 a 100	32,3%	6,8%	47,1%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%

La primera causa de glosa, según las instituciones reportantes no presenta explicación o no registra motivo alguno. Ante esta constante, se consultó con tres de las 28 IPS que reportaron mayoritariamente este concepto, constatando que muchas de las entidades glosadoras objetan algunos ítem de la factura sin explicar el motivo y sin dejar espacio a discutir o aclarar el respectivo valor o registro. En el numeral 3.2. sobre entidades glosadoras por tipo de negocio se ampliará la descripción de las entidades que tipifican dicho comportamiento.

El valor de la glosa por la categoría "Sin reporte, no explicada o no especificada" asciende a \$7.127 millones sobre una facturación total de \$68.538 millones, es decir el 10.4% del valor las facturas por dicho concepto (Ver Tabla N° 2). Respecto de los dos anteriores estudios, este concepto ocupó el cuarto y séptimo lugar y ha variado en su composición como se observa en la tabla 4.



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 -Junio de 2005

Gráfico N° 1
Registro de glosas

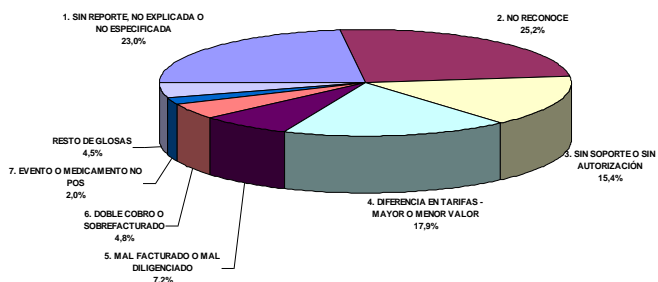


Gráfico N° 2
Valor de las Facturas

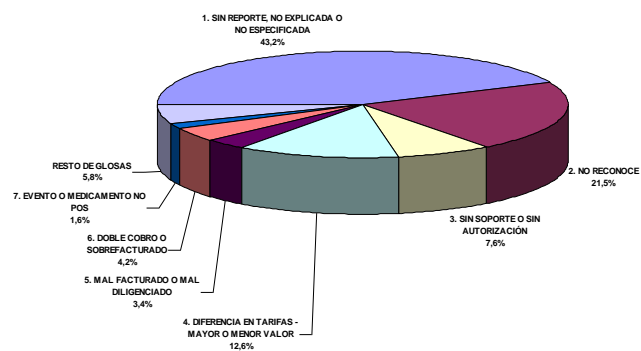
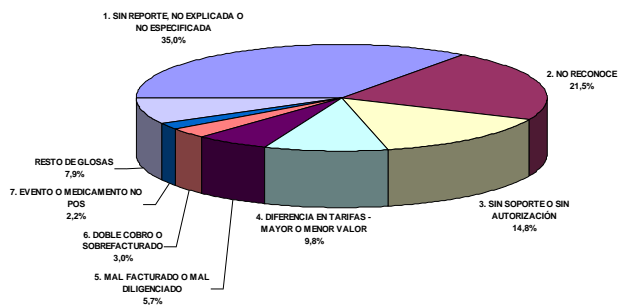


Gráfico N° 3
Valor de la Glosa





ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 -Junio de 2005

TABLA N° 4
Categoría de Glosa - SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA
Ordenado por Serie del Informe

Lugar	n	Serie del Informe	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % en el Valor de la Factura
4	28	1er Informe – Enero-Febrero de 2002	808	2.658.444.709	987.785.741	37.2%
7	27	2º Informe – Marzo-Abril de 2003	1.056	1.924.865.863	363.979.015	18.9%
1	37	3er Informe – Julio- Agosto de 2005	9.579	68.538.462.368	7.126.984.498	10,4%

(Participación % respecto del Total reportado en cada informe)

Serie del Informe	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
1er Informe – Enero-Febrero de 2002	11.7%	7.6%	11.8%
2º Informe – Marzo-Abril de 2003	1.8%	1.4%	1.2%
3er Informe – Julio- Agosto de 2005	23.0%	43.2%	35,0%

Bajo la óptica del volumen de glosas, se establece que el 23.0% de los registros representan el 43.2% de la facturación total y el 35.0% del valor total de las glosas, incrementándose la participación de los objeciones sin explicación a través del tiempo, afectando una facturación importante con menores valores respecto de la factura.

La segunda causa por valor de las glosas corresponde al “no reconocimiento” de los servicios médico hospitalarios dentro de los que en su orden se destaca la parte incluida en tarifas a juicio del glosador, estancias, procedimientos, elementos e insumos, rechazo de factura por pertinencia médica y honorarios, urgencias, transporte de pacientes, soportes del Comité Técnico Científico, interconsultas y controles. Las glosas de “no reconocimiento” de orden administrativo se encuentran los valores a conciliar, ordenes de servicios o autorizaciones, superación en la caducidad de la glosa o cobro extemporáneo y no reconocimiento de servicios por usuarios en mora y usuarios capitados.

Respecto de las atenciones de urgencias, las entidades glosadoras 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, estableciendo la figura de “consulta prioritaria” servicios que presentan menores tarifas respecto de la Consulta de Urgencia.

El valor de la glosa por la categoría “No reconoce” asciende a \$4.375 millones sobre una facturación total de \$34.096 millones, es decir el 12.8% del valor las facturas por este concepto. Esta categoría participa del 21.5% del valor glosado y del 21.5% del valor de las facturas afectadas por glosa. (Ver Tablas N° 2 y 5).



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004 -Junio de 2005

TABLA N° 5
Categoría de Glosa – NO RECONOCE
Ordenado por Serie del Informe

Lugar	n	Serie del Informe	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % en el Valor de la Factura
1	28	1er Informe – Enero-Febrero de 2002	1.264	18.307.105.850	3.147.720.458	17.2%
2	27	2º Informe – Marzo-Abril de 2003	7.330	32.961.368.361	8.268.072.775	25.1%
2	37	3er Informe – Julio- Agosto de 2005	10.469	34.095.743.407	4.375.383.839	12.8%

(Participación % respecto del Total reportado en cada informe)

Serie del Informe	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
1er Informe – Enero-Febrero de 2002	18.3%	52.5%	37.5%
2º Informe – Marzo-Abril de 2003	12.5%	23.8%	26.3%
3er Informe – Julio- Agosto de 2005	25.2%	21.5%	21.5%

Esta categoría de glosa ocupó el primer lugar en el primer informe y el segundo lugar en el segundo y presente informe. Aunque se aumenta el registro por este concepto, se disminuye la participación en el valor total de la factura y de la glosa. La afectación del valor de la glosa sobre la factura también disminuye.

En las subcategorías relacionadas con la negación en el pago de servicios asistenciales, se establece que la auditoria de cuentas se involucra directamente en las decisiones médicas, anteponiendo conceptos económicos al bienestar del paciente y a la ética medica. La racionalidad económica es la de producir y distribuir riqueza para el bienestar de la sociedad, por lo mismo, la economía y la administración no son fines en si mismos sino medios para el desarrollo humano¹¹, es así como se debe concebir el reconocimiento de los servicios de salud prestados en el marco del modelo de aseguramiento.

Igualmente, 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 para establecer las solicitudes de apoyo diagnóstico, formulaciones, Interconsultas, remisiones y la determinación de la limitación o no de la capacidad laboral de una persona¹², bajo estas premisas, la auditoria debe orientarse por la calidad y la

¹¹ Tomado de : Ética en la gestión de los servicios de salud – Ética Médica, Vélez Correa Luis Alfonso, Corporación para investigaciones Biológicas, Tercera edición – Medellín Colombia, 2003 Pg. 136.

¹² Tomado de las Guías de Procedimientos Internos - Metro Salud , Medellín, marzo de 1996.



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 -Junio de 2005

resolutividad 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.

La tercera causa corresponde a facturas glosadas bajo el concepto de "Sin soporte o sin autorización". En esta categoría se agregó el concepto de "Factura de materiales médico quirúrgicos e insumos" al establecer que EPS y aseguradoras solicitan anexar la factura de compra de prótesis, materiales de osteosíntesis o insumos. Se agrego también la subcategoría "Sin el visto bueno y demás relacionadas con auditoria" al detectar glosas por motivo de factura o cuenta sin auditar, sin firma o visado del auditor, e incluso paraclínicos facturados sin autorización de auditoria.

El valor de la glosa por la categoría "Sin soporte o sin autorización" asciende a \$3.017 millones sobre una facturación total de \$12.052 millones, es decir el 25.0% del valor las facturas por este concepto. Esta categoría participa del 14.8% del valor glosado y del 7,6% del valor de las facturas afectadas por glosa. (Ver Tablas N° 2 y 6).

Esta categoría ha ocupado el tercer lugar en los tres informes de glosa. La participación promedio del valor total de la glosa es de 14,6% sin presentar marcadas diferencias, en tanto que los registros y la participación del valor total de la facturación afectada por este concepto presenta diferencias importantes. La afectación del valor de la glosa sobre la factura ascendió en 3.6 puntos este informe.

TABLA N° 6
Categoría de Glosa – SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN
Ordenado por Serie del Informe

Lugar	n	Serie del Informe	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % en el Valor de la Factura
3	28	1er Informe – Enero-Febrero de 2002	1.818	3.730.798.182	1.159.789.132	31.1%
3	27	2º Informe – Marzo-Abril de 2003	7.356	22.247.589.264	4.771.561.455	21.4%
3	37	3er Informe – Julio- Agosto de 2005	6.412	12.052.466.641	3.016.932.422	25.0%

(Participación % respecto del Total reportado en cada informe)

Serie del Informe	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
1er Informe – Enero-Febrero de 2002	26.3%	10.7%	13.8%
2º Informe – Marzo-Abril de 2003	12.5%	16.1%	15.2%
3er Informe – Julio- Agosto de 2005	15.4%	7.6%	14.8%

La cuarta causa de glosas corresponde a la categoría "Diferencia en tarifas – mayor o menor valor", esta ha ascendido un puesto en cada informe, manteniendo un nivel estable en los registros, pero creciendo su participación en el valor total de la factura y el valor total de la glosa.



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004 -Junio de 2005

TABLA N° 7
Categoría de Glosa – DIFERENCIA EN TARIFAS – MAYOR O MENOR VALOR
Ordenado por Serie del Informe

Lugar	n	Serie del Informe	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % en el Valor de la Factura
6	28	1er Informe – Enero-Febrero de 2002	1.327	2.369.817.710	386.679.891	16.3%
5	27	2º Informe – Marzo-Abril de 2003	10.653	18.646.123.694	3.513.898.708	18.8%
4	37	3er Informe – Julio- Agosto de 2005	7.454	19.977.582.086	2.001.045.777	10.0%

(Participación % respecto del Total reportado en cada informe)

Serie del Informe	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
1er Informe – Enero-Febrero de 2002	19.2%	6.8%	4.6%
2º Informe – Marzo-Abril de 2003	18.1%	13.5%	11.2%
3er Informe – Julio- Agosto de 2005	17.9%	12.6%	9.8%

La causa mas relevante es el registro de mayor valor (55.8% en esta subcategoría), en tanto que el desacuerdo en tarifas corresponde al 54.4% del valor de la glosa en esta subcategoría.

Las cuatro categorías descritas representan el 75.2% del valor total de las glosas y el 80.3% del valor total de facturación afectada. El resto de categorías se muestran en la tabla N° 1. Algunas categorías no descritas redujeron su participación por valor de glosa respecto a las presentadas en el informe anterior, principalmente "diversos motivos".

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

Las Instituciones reportantes de alto nivel de complejidad concentran el 87.5% del valor total de las glosas, el 83.3% de la facturación afectada por glosa y el 93.5% de los reportes. La afectación de la factura por glosa en los niveles de alta y baja complejidad superan en más de cinco puntos al agregado de las instituciones de mediana complejidad. (Ver Tabla N° 8)

TABLA N° 8
Glosa por nivel de atención, valor de la factura y la glosa

NIVEL DE COMPLEJIDAD	N° de IPS	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	Part % en el valor de la Factura
ALTA	24	38.911	132.092.770.238	17.791.628.405	13,5%
MEDIANA	6	1.326	21.812.652.668	1.770.493.398	8,1%
BAJA	7	1.387	4.664.698.967	782.312.488	16,8%
Total general	37	41.624	158.570.121.873	20.344.434.291	12,8%

(Participación %)

NIVEL DE COMPLEJIDAD	N° de IPS	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
ALTA	64,9%	93,5%	83,3%	87,5%
MEDIANA	16,2%	3,2%	13,8%	8,7%
BAJA	18,9%	3,3%	2,9%	3,8%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004 -Junio de 2005

En comparación con los dos informes anteriores, este indicador en las IPS de alta complejidad bajó pasando de 21.6% en 2002, 22,9% en 2003 a 13.5% en el presente informe, con igual comportamiento se observa en las IPS de mediana complejidad (62.0% en 2002, 19,8% en 2003 y 8.1 en el presente informe)

TABLA N° 9
Participación del valor de la glosa y la factura por nivel de complejidad y categoría

Nivel de COMPLEJIDAD	Categoría de la GLOSA	GLOSA REPORTADA	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % en el valor de la Factura
ALTA	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	23,3%	40,8%	34,3%	11,3%
	2. NO RECONOCE	25,7%	24,0%	23,3%	13,0%
	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	15,6%	8,5%	16,1%	25,5%
	4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	17,3%	14,6%	10,5%	9,6%
	5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	7,5%	3,8%	5,8%	20,6%
	6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	4,8%	4,3%	2,6%	8,0%
	7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	1,9%	1,8%	1,9%	14,4%
	9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	0,6%	0,3%	1,9%	100,0%
	11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	1,1%	0,5%	1,4%	36,5%
	SIN CLASIFICAR	0,7%	0,9%	1,1%	16,7%
	12. POLIZAS SOAT	1,1%	0,3%	0,6%	27,4%
	8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0,2%	0,0%	0,4%	100,0%
	10. DIVERSOS MOTIVOS	0,1%	0,2%	0,3%	19,8%
13. SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Total ALTA COMPLEJIDAD		100,0%	100,0%	100,0%	13,5%
MEDIANA	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	10,4%	52,1%	29,0%	4,5%
	8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	1,4%	1,5%	18,9%	100,0%
	2. NO RECONOCE	26,8%	10,4%	11,8%	9,3%
	10. DIVERSOS MOTIVOS	10,8%	24,1%	10,7%	3,6%
	6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	7,5%	4,5%	8,2%	14,8%
	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	22,8%	3,5%	7,4%	17,0%
	7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	6,0%	1,0%	6,2%	50,5%
	5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	3,7%	1,7%	3,8%	17,8%
	4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	8,9%	1,1%	3,6%	28,1%
	11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0,5%	0,1%	0,3%	26,4%
	12. POLIZAS SOAT	1,3%	0,1%	0,1%	9,5%
	Total MEDIANA COMPLEJIDAD		100,0%	100,0%	100,0%
BAJA	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	27,1%	71,4%	65,3%	15,3%
	4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	44,3%	9,3%	9,4%	16,9%
	10. DIVERSOS MOTIVOS	11,8%	13,9%	7,8%	9,5%
	5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	2,3%	1,6%	7,5%	79,2%
	8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	1,2%	0,6%	3,4%	100,0%
	2. NO RECONOCE	9,0%	2,3%	3,4%	24,1%
	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	1,6%	0,8%	2,7%	59,7%
	7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	2,0%	0,1%	0,3%	41,8%
	12. POLIZAS SOAT	0,3%	0,0%	0,1%	100,0%
	11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0,4%	0,0%	0,0%	100,0%
	SIN CLASIFICAR	0,1%	0,0%	0,0%	39,4%
	6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	0,1%	0,0%	0,0%	100,0%
Total BAJA COMPLEJIDAD		100,0%	100,0%	100,0%	16,8%
Total general					12,8%

En los tres niveles de complejidad la no explicación o sin reporte es la primera causa de glosas, con una mayor participación por este concepto en el nivel bajo El no reconocimiento pierde peso en la medida que baja el nivel de complejidad. La



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 -Junio de 2005

glosa por evento o medicamento no POS afecta el 50.5% del valor de la facturación en el nivel medio de complejidad.

3.2. Entidades glosadoras por tipo de negocio

Las Entidades Promotoras de Salud presentan el mayor valor de glosas con el 55.2%, este tipo de glosador afecta el 10.6% de la facturación, presentando una disminución respecto de los dos informes anteriores.

El Estado es el segundo tipo de glosador participando del 13.5% del valor total de glosas y 8.1% del total de facturación reportado. Este tipo de entidad es de las que mas afectan la factura por glosas con un 21.4%, jalonado principalmente por el Operador Fiduciario del FOSYGA quien registra glosa por el 52.6% de la facturación. (Ver Tabla N° 5) El 82.0% de los motivos de glosa lo concentran en su orden el no reconocimiento (42.2%), sin reporte o no explicada (22.2%) y la mala facturación o mal registro (13.6%).

El régimen subsidiado representa el 13.0% del valor total de las glosas y una afectación sobre facturación del 17.5%. El no reconocimiento es la primera causa de glosa en este participante del sistema.

En el ramo de las Aseguradoras, el SOAT es el negocio que mas afecta el valor de la factura con una glosa del 19.2%.

Las entidades que afectan más del 32% de valor de la factura por glosa son las Administradoras de Riegos Profesionales, las Empresas por planes para sus empleados y el Operador Fiduciario del FOSYGA.

En una mirada de las categorías de glosa por tipo de entidad, el mayor motivo por valor de glosa de las EPS y las Aseguradoras es la no explicación de las glosas, mientras que las entidades del Estado y las Administradoras del Régimen Subsidiado es el no reconocimiento. La categoría "sin soporte o sin autorización" representa el 22.5% en las Aseguradoras ocupando el segundo lugar de causalidad. (Ver anexo 6)



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004 -Junio de 2005

TABLA N° 10
Entidades glosadoras por tipo de negocio

Tipo de Negocio	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % en el valor de la Factura
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	22.767	106.425.813.982	11.231.625.236	10,6%
PLANES COMPL Y MED PREP	5.512	16.997.195.554	1.676.163.346	9,9%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	13.759	74.027.672.346	7.952.424.903	10,7%
SIN CLASIFICAR	3.496	15.400.946.082	1.603.036.988	10,4%
ESTADO	3.000	12.863.335.381	2.750.762.350	21,4%
ENTE TERRITORIAL	283	8.549.655.464	1.324.758.128	15,5%
FOSYGA	1.291	1.431.916.169	753.271.318	52,6%
OTRAS ¹³	1.426	2.881.763.748	672.732.904	23,3%
ASEGURADORA	8.775	15.651.309.454	1.960.446.271	12,5%
POLIZAS DE SALUD Y VIDA	2.316	5.242.805.618	468.765.316	8,9%
SIN CLASIFICAR	1.434	4.857.487.963	424.948.624	8,7%
SOAT	5.025	5.551.015.873	1.066.732.331	19,2%
REGIMEN SUBSIDIADO	4.368	15.169.541.689	2.653.041.051	17,5%
IPS¹⁴	1.617	4.582.531.706	1.189.640.303	26,0%
RIESGOS PROFESIONALES	851	891.153.946	291.536.266	32,7%
EAS	54	178.394.229	33.227.859	18,6%
MAGISTERIO	136	339.950.126	99.642.286	29,3%
EMPRESA	27	13.116.817	5.141.399	39,2%
SIN CLASIFICAR	29	2.454.974.544	129.371.270	5,3%
Total general	41.624	158.570.121.873	20.344.434.291	12,8%

(Participación %)

Tipo de Negocio	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	54,7%	67,1%	55,2%
PLANES COMPL Y MED PREP	13,2%	10,7%	8,2%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	33,1%	46,7%	39,1%
SIN CLASIFICAR	8,4%	9,7%	7,9%
ESTADO	7,2%	8,1%	13,5%
ENTE TERRITORIAL	0,7%	5,4%	6,5%
FOSYGA	3,1%	0,9%	3,7%
OTRAS	3,4%	1,8%	3,3%
ASEGURADORA	21,1%	9,9%	9,6%
POLIZAS DE SALUD Y VIDA	5,6%	3,3%	2,3%
SIN CLASIFICAR	3,4%	3,1%	2,1%
SOAT	12,1%	3,5%	5,2%
REGIMEN SUBSIDIADO	10,5%	9,6%	13,0%
IPS	3,9%	2,9%	5,8%
RIESGOS PROFESIONALES	2,0%	0,6%	1,4%
EAS	0,1%	0,1%	0,2%
MAGISTERIO	0,3%	0,2%	0,5%
EMPRESA	0,1%	0,0%	0,0%
SIN CLASIFICAR	0,1%	1,5%	0,6%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%

¹³ Las Otras Entidades del Estado corresponde a Policía Nacional, Fondo de Previsión Social del Congreso y el Sena.

¹⁴ 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
TERCER INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004 -Junio de 2005

TABLA N° 11
Empresas Promotoras de Salud

CATEGORIA GLOSA	Glosas reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % del al glosa en la factura
1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	5.949	53.972.018.283	4.926.474.047	9,1%
3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	2.728	6.529.455.235	1.748.568.206	26,8%
2. NO RECONOCE	5.688	20.689.944.740	1.611.255.976	7,8%
4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	4.514	13.555.786.956	1.290.556.507	9,5%
5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	1.926	3.800.692.363	493.021.817	13,0%
6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	1.094	4.410.225.957	371.859.014	8,4%
9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	84	241.008.126	241.008.126	100,0%
7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS SIN CLASIFICAR	375	1.670.829.035	217.160.248	13,0%
	142	874.479.244	121.662.985	13,9%
11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	147	413.159.080	82.246.578	19,9%
8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	30	66.305.220	66.305.220	100,0%
10. DIVERSOS MOTIVOS	76	184.998.892	59.499.609	32,2%
12. POLIZAS SOAT	7	16.229.932	1.325.985	8,2%
13. SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	7	680.918	680.918	100,0%
TOTAL	22.767	106.425.813.982	11.231.625.236	10,6%

(Participación %)

CATEGORIA GLOSA	Glosas reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	26,1%	50,7%	43,9%
3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	12,0%	6,1%	15,6%
2. NO RECONOCE	25,0%	19,4%	14,3%
4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	19,8%	12,7%	11,5%
5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	8,5%	3,6%	4,4%
6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	4,8%	4,1%	3,3%
9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	0,4%	0,2%	2,1%
7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS SIN CLASIFICAR	1,6%	1,6%	1,9%
	0,6%	0,8%	1,1%
11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0,6%	0,4%	0,7%
8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0,1%	0,1%	0,6%
10. DIVERSOS MOTIVOS	0,3%	0,2%	0,5%
12. POLIZAS SOAT	0,0%	0,0%	0,0%
13. SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL	100,0%	100,0	100,0



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004 -Junio de 2005

TABLA N° 12
Estado

CATEGORIA GLOSA	Glosas reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % del al glosa en la factura
2. NO RECONOCE	603	4.229.984.796	1.269.560.396	30,0%
1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	676	2.366.739.168	611.934.233	25,9%
5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	331	626.885.921	374.350.195	59,7%
3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	775	1.343.028.609	318.771.941	23,7%
10. DIVERSOS MOTIVOS	28	3.635.448.346	66.321.158	1,8%
4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	167	208.888.849	26.693.800	12,8%
9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	79	24.907.853	24.907.853	100,0%
6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	136	314.372.908	17.400.508	5,5%
11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	30	19.714.246	17.117.154	86,8%
8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	14	12.168.306	12.168.306	100,0%
12. POLIZAS SOAT	43	15.423.703	5.036.360	32,7%
SIN CLASIFICAR	28	62.808.079	4.501.826	7,2%
7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	90	2.964.597	1.998.620	67,4%
TOTAL	3.000	12.863.335.381	2.750.762.350	21,4%

(Participación %)

CATEGORIA GLOSA	Glosas reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
2. NO RECONOCE	20,1%	32,9%	46,2%
1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	22,5%	18,4%	22,2%
5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	11,0%	4,9%	13,6%
3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	25,8%	10,4%	11,6%
10. DIVERSOS MOTIVOS	0,9%	28,3%	2,4%
4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	5,6%	1,6%	1,0%
9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	2,6%	0,2%	0,9%
6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	4,5%	2,4%	0,6%
11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	1,0%	0,2%	0,6%
8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0,5%	0,1%	0,4%
12. POLIZAS SOAT	1,4%	0,1%	0,2%
SIN CLASIFICAR	0,9%	0,5%	0,2%
7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	3,0%	0,0%	0,1%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 -Junio de 2005

TABLA N° 13
Régimen Subsidiado

CATEGORIA GLOSA	Glosas reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % del al glosa en la factura
2. NO RECONOCE	1.042	4.393.245.689	703.093.271	16,0%
1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	1.034	2.205.096.654	441.785.750	20,0%
3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	515	1.860.183.113	347.026.606	18,7%
8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	45	320.126.227	320.126.227	100,0%
4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	686	2.057.047.413	246.787.051	12,0%
7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	299	734.425.468	197.013.028	26,8%
6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	218	925.031.028	138.931.675	15,0%
5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	344	517.585.777	116.885.237	22,6%
10. DIVERSOS MOTIVOS	134	2.022.871.428	103.686.006	5,1%
11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	36	45.341.931	25.967.654	57,3%
9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	1	8.820.145	8.820.145	100,0%
SIN CLASIFICAR	14	79.766.816	2.918.401	3,7%
TOTAL	4.368	15.169.541.689	2.653.041.051	17,5%

(Participación %)

CATEGORIA GLOSA	Glosas reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
2. NO RECONOCE	23,9%	29,0%	26,5%
1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	23,7%	14,5%	16,7%
3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	11,8%	12,3%	13,1%
8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	1,0%	2,1%	12,1%
4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	15,7%	13,6%	9,3%
7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	6,8%	4,8%	7,4%
6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	5,0%	6,1%	5,2%
5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	7,9%	3,4%	4,4%
10. DIVERSOS MOTIVOS	3,1%	13,3%	3,9%
11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0,8%	0,3%	1,0%
9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	0,0%	0,1%	0,3%
SIN CLASIFICAR	0,3%	0,5%	0,1%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004 -Junio de 2005

TABLA N° 14
Aseguradoras

CATEGORIA GLOSA	Glosas reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % del al glosa en la factura
1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	1.353	5.064.854.028	580.352.079	11,5%
3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	2.045	1.926.637.705	441.056.144	22,9%
2. NO RECONOCE	2.664	3.721.989.607	391.824.080	10,5%
4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	1.160	3.169.583.910	202.507.683	6,4%
12. POLIZAS SOAT	415	392.062.273	106.154.623	27,1%
5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	262	308.791.897	80.645.392	26,1%
9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	51	54.039.467	54.039.467	100,0%
6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	466	760.085.248	43.465.747	5,7%
11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	198	52.997.767	31.661.269	59,7%
SIN CLASIFICAR	64	110.759.532	14.766.130	13,3%
10. DIVERSOS MOTIVOS	52	54.530.422	9.400.637	17,2%
8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	26	3.383.016	3.383.016	100,0%
7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	19	31.594.582	1.190.004	3,8%
TOTAL	8.775	15.651.309.454	1.960.446.271	12,5%

(Participación %)

CATEGORIA GLOSA	Glosas reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	15,4%	32,4%	29,6%
3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	23,3%	12,3%	22,5%
2. NO RECONOCE	30,4%	23,8%	20,0%
4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	13,2%	20,3%	10,3%
12. POLIZAS SOAT	4,7%	2,5%	5,4%
5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	3,0%	2,0%	4,1%
9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	0,6%	0,3%	2,8%
6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	5,3%	4,9%	2,2%
11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	2,3%	0,3%	1,6%
SIN CLASIFICAR	0,7%	0,7%	0,8%
10. DIVERSOS MOTIVOS	0,6%	0,3%	0,5%
8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0,3%	0,0%	0,2%
7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	0,2%	0,2%	0,1%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 -Junio de 2005

3.2.1. De las Empresas Promotoras de Salud.



ESTUDIOS TECNICOS
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 -Junio de 2005

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.

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
TERCER INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004 -Junio de 2005

Anexo N° 1
Clasificación de las categorías y subcategorías de glosa
Por orden alfabético

CATEGORIA GLOSA	SUBCATEGORIA GLOSA
A. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	1. CAMBIO DE FACTURA
	2. CAMBIO DE FECHA
	3. CAMBIO DE CUENTA DE COBRO
B. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	4. DIFERENCIA EN TARIFAS
	5. MAYOR VALOR
	6. MENOR VALOR
C. DIVERSOS MOTIVOS	
D. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	7. INCLUIDOS EN LA TARIFA
	8. SOBREFACTURADO
E. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	9. MATERIAL NO POS
	10. MEDICAMENTO NO POS
	11. PERIODO DE CARENCIA
	12. PROCEDIMIENTO NO POS
F. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	13. MAL DILIGENCIADA
	14. MAL FACTURADO
	15. MAL FACTURADO POR COPAGO , C.M., C.R. O BONOS
G. NO RECONOCE	16. AMBULANCIA o TRANSP PACIENTE
	17. COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO - CTC
	18. CONTROLES
	19. ELEMENTO O INSUMO
	20. ESTANCIA
	21. HONORARIOS
	22. INTERCONSULTA
	23. PERTINENCIA MEDICA
	24. PROCEDIMIENTO
	25. URGENCIAS
	26. A CONCILIAR
	27. AUTORIZACIÓN
	28. COBRO EXTEMPORANEO
	29. ORDEN DE SERVICIO
	30. SERVICIO CAPITADO
	H. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN
32. PACIENTE DE OTRO REGIMEN	
33. PACIENTE NO AFILIADO	
I. POLIZAS SOAT	34. POLIZA FALSA
	35. SIN POLIZA O VENCIDA
	36. TOPE DE POLIZA
J. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	37. NO ESPECIFICADA
	38. NO EXPLICADA
	39. SIN MOTIVO
	40. SIN REPORTE
K. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	41. FACTURA DE MATERIALES MED QX E INSUMOS
	42. SIN AUTORIZACIÓN
	43. SIN SOPORTE
	44. SIN VoBo Y DEMAS RELACIONADAS CON AUDITORIA
L. SISTEMA DE INFORMACIÓN	45. RIPS – SISTEMA DE INFORMACIÓN
M. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	46. CORRESPONDE A OTRA ENTIDAD
	47. COBRAR A PACIENTE
	48. IPS CAPITADORA



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
ACHC SI-0004 -Junio de 2005

Anexo N° 2
Clasificación de las categorías por tipo de negocio

TIPO DE NEGOCIO	CATEGORIA GLOSA	Glosas reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % del al glosa en la factura
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	5.949	53.972.018.283	4.926.474.047	9,1%
	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	2.728	6.529.455.235	1.748.568.206	26,8%
	2. NO RECONOCE	5.688	20.689.944.740	1.611.255.976	7,8%
TOTAL EPS		22.767	106.425.813.982	11.231.625.236	10,6%
ESTADO	2. NO RECONOCE	603	4.229.984.796	1.269.560.396	30,0%
	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	676	2.366.739.168	611.934.233	25,9%
	5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	331	626.885.921	374.350.195	59,7%
TOTAL ESTADO		3.000	12.863.335.381	2.750.762.350	21,4%
REGIMEN SUBSIDIADO	2. NO RECONOCE	1.042	4.393.245.689	703.093.271	16,0%
	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	1.034	2.205.096.654	441.785.750	20,0%
	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	515	1.860.183.113	347.026.606	18,7%
TOTAL REGIMEN SUBSIDIADO		4.368	15.169.541.689	2.653.041.051	17,5%
ASEGURADORA	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	1.353	5.064.854.028	580.352.079	11,5%
	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	2.045	1.926.637.705	441.056.144	22,9%
	2. NO RECONOCE	2.664	3.721.989.607	391.824.080	10,5%
TOTAL ASEGURADORA		8.775	15.651.309.454	1.960.446.271	12,5%
IPS	2. NO RECONOCE	272	714.683.471	357.468.602	50,0%
	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	328	2.094.200.884	325.490.999	15,5%
	4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	670	838.369.843	171.917.450	20,5%
TOTAL IPS		1.617	4.582.531.706	1.189.640.303	26,0%
RIESGOS PROFESIONALES	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	168	204.801.757	76.329.077	37,3%
	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	187	178.701.665	68.923.560	38,6%
	4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	222	95.685.797	51.860.229	54,2%
TOTAL RIESGOS PROFESIONALES		851	891.153.946	291.536.266	32,7%
EAS	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	19	128.961.653	23.415.513	18,2%
	2. NO RECONOCE	29	46.782.442	9.149.395	19,6%
	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	4	2.182.705	622.719	28,5%
TOTAL EAS		54	178.394.229	33.227.859	18,6%
MAGISTERIO	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	31	50.495.558	25.042.111	49,6%
	8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	4	17.506.316	17.506.316	100,0%
	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	25	57.214.152	15.292.526	26,7%
TOTAL MAGISTERIO		136	339.950.126	99.642.286	29,3%
EMPRESA	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	7	8.402.780	1.749.761	20,8%
	2. NO RECONOCE	10	2.956.306	1.633.907	55,3%
	9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	2	979.000	979.000	100,0%
TOTAL EMPRESA		27	13.116.817	5.141.399	39,2%
SIN CLASIFICAR	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	20	2.436.173.009	124.160.513	5,1%
	4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	1	10.380.043	4.285.592	41,3%
	6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	1	7.331.324	435.600	5,9%
TOTAL SIN CLASIFICAR		29	2.454.974.544	129.371.270	5,3%
TOTAL GENERAL		41.624	158.570.121.873	20.344.434.291	12,8%



ESTUDIOS TECNICOS
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN
TERCER INFORME DE GLOSAS
 ACHC SI-0004 -Junio de 2005

Anexo N° 2 A

Clasificación de las categorías por tipo de negocio (Participación %)

TIPO DE NEGOCIO	CATEGORIA GLOSA	Glosas reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	26,1%	50,7%	43,9%
	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	12,0%	6,1%	15,6%
	2. NO RECONOCE	25,0%	19,4%	14,3%
TOTAL EPS		54,7%	67,1%	55,2%
ESTADO	2. NO RECONOCE	20,1%	32,9%	46,2%
	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	22,5%	18,4%	22,2%
	5. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	11,0%	4,9%	13,6%
TOTAL ESTADO		7,2%	8,1%	13,5%
REGIMEN SUBSIDIADO	2. NO RECONOCE	23,9%	29,0%	26,5%
	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	23,7%	14,5%	16,7%
	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	11,8%	12,3%	13,1%
TOTAL REGIMEN SUBSIDIADO		10,5%	9,6%	13,0%
ASEGURADORA	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	15,4%	32,4%	29,6%
	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	23,3%	12,3%	22,5%
	2. NO RECONOCE	30,4%	23,8%	20,0%
TOTAL ASEGURADORA		21,1%	9,9%	9,6%
IPS	2. NO RECONOCE	16,8%	15,6%	30,0%
	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	20,3%	45,7%	27,4%
	4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	41,4%	18,3%	14,5%
TOTAL IPS		3,9%	2,9%	5,8%
RIESGOS PROFESIONALES	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	19,7%	23,0%	26,2%
	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	22,0%	20,1%	23,6%
	4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	26,1%	10,7%	17,8%
TOTAL RIESGOS PROFESIONALES		2,0%	0,6%	1,4%
EAS	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	35,2%	72,3%	70,5%
	2. NO RECONOCE	53,7%	26,2%	27,5%
	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	7,4%	1,2%	1,9%
TOTAL EAS		0,1%	0,1%	0,2%
MAGISTERIO	3. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	22,8%	14,9%	25,1%
	8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	2,9%	5,1%	17,6%
	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	18,4%	16,8%	15,3%
TOTAL MAGISTERIO		0,3%	0,2%	0,5%
EMPRESA	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	25,9%	64,1%	34,0%
	2. NO RECONOCE	37,0%	22,5%	31,8%
	9. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	7,4%	7,5%	19,0%
TOTAL EMPRESA		0,1%	0,0%	0,0%
SIN CLASIFICAR	1. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	69,0%	99,2%	96,0%
	4. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	3,4%	0,4%	3,3%
	6. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	3,4%	0,3%	0,3%
TOTAL SIN CLASIFICAR		0,1%	1,5%	0,6%
TOTAL GENERAL		100,0%	100,0%	100,0%