



**ESTUDIOS TECNICOS**  
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN  
**CUARTO INFORME DE GLOSAS**  
ACHC SI-0004 - Diciembre de 2007

Realizado por Jairo Alberto Betancourt Maldonado<sup>1</sup> bajo la dirección de Juan Carlos Giraldo Valencia<sup>2</sup>.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El sector salud en Colombia tomó preponderancia en la economía del país a partir de la reforma de 1993 otorgando participación a inversionistas del sector privado en la provisión de un bien público con garantía constitucional como es la salud. Según las cuentas de salud de Colombia, el gasto total nacional en el año 1993 fue del 6.2% del Producto Interno Bruto, en 1997 ascendió a 9.6% y en el 2003 se ubicó en 7.8%<sup>3</sup>. El dinamismo que le imprimió la reforma al sector salud aspiraba irrigar recursos de manera equitativa a todos los participantes de la cadena de producción del sector en la provisión de salud a los nacionales, no obstante el complejo desarrollo de las relaciones de mercado permitió la concentración de poder en los actores que administran directamente los recursos, ejercido inicialmente por las entidades administradoras de planes de beneficios y posteriormente por los demás responsables del pago de servicios de salud, es así como las entidades estatales en todos los niveles de la administración y el operador fiduciario del FOSYGA copiaron esta práctica que con el tiempo agudizó el freno en el flujo de recursos hacia los prestadores de servicios de salud, obligando que el gobierno nacional a través del tiempo expidiera una serie de normas<sup>4</sup> para mitigar el impacto nocivo por exceso de objeciones o glosas sobre la facturación de servicios de salud y equilibrara las relaciones entre prestadores y pagadores.

Los afectados por esta práctica denuncian que la glosa se convirtió un mecanismo de los responsables del pago de servicios de salud<sup>5</sup> para apalancarse financieramente a costa de los prestadores, atentando contra su liquidez y estabilidad financiera. 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.

Debido a las dificultades en materia contractual y extra-contractual entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud, las cuales se fueron agudizando en el lapso de la vigencia del

---

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

2 Director General ACHC.

3 Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003, El gasto nacional en salud y su financiamiento, Barón Leguizamón Gilberto, Ministerio de la Protección Social – Departamento Nacional de Planeación, Bogotá Colombia, Marzo de 2007. Pg 96.

4 Decreto 050 de 2003, Decreto 3260 de 2004 y Decreto 4747 de 2007

5 Entidades Promotoras de Salud Públicas y Privadas que administran los regimenes contributivo y subsidiado, Aseguradoras SOAT y que brindan otras coberturas en salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Operador Fiduciario del FOSYGA, Entes Territoriales y otras entidades del Estado, etc.



**ESTUDIOS TECNICOS**  
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN  
**CUARTO INFORME DE GLOSAS**  
ACHC SI-0004 - Diciembre de 2007

sistema general de seguridad social en salud, sumada la reiterada práctica de glosar las cuentas, el Gobierno Nacional con el fin de dar solución al estancamiento del flujo de recursos durante la vigencia de la reforma ha expedido tres decretos que incluyen los mecanismos y el tiempo para resolver las glosas. El tema es tan crítico que incluso lo contempla la ley 1122 de 2007.

Para la confección de la reciente norma expedida, el Ministerio de Protección Social convocó a los diversos participantes del sistema para exponer las dificultades mas apremiantes identificando que la mayoría confluían en temas que afectaban el normal flujo de recursos e incluyó el tema de las glosas, indicando que estas no aplicarán por falla en el sistema de información del pagador responsable o por falta de oportunidad en la autorización de la entidad pagadora posterior a una atención de urgencias, entre otros aspectos.

Se espera que al amparo de esta norma, se ejerza la suficiente vigilancia y control para proscribir esta práctica, normalizar el flujo de recursos y las relaciones entre prestadores y pagadores.

## **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 tres informes anteriores (48 subcategorías agrupadas en 13 categorías), dejando abierta la posibilidad que los reportantes incluyeran categorías que consideraran no contempladas. Dentro de los registros reportados no resultaron nuevas categorías. En las categorías ya establecidas se mantuvo el criterio para las subcategorías "Factura de materiales médico quirúrgicos e insumos" y "sin visto bueno y demás relacionadas con auditoría" en la categoría de "Sin soporte o sin autorización".

#### **Categorías**

**1. 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



**ESTUDIOS TECNICOS**  
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN  
**CUARTO INFORME DE GLOSAS**  
ACHC SI-0004 -Diciembre de 2007

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, 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.

**2. 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.

**3. 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.

**4. 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".

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

**6. 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.

**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.



**ESTUDIOS TECNICOS**  
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN  
**CUARTO INFORME DE GLOSAS**  
ACHC SI-0004 -Diciembre de 2007

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

**9. 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.

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

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

### 3. RESULTADOS

Para el presente informe se recepcionó información de 41 afiliados que ofertan 3.836 camas hospitalarias correspondiente al 7.4% del total de camas del país. El 51.2% de estas IPS que respondieron son de naturaleza privada y el restante 48.8% pública. Los niveles III y IV representan el 48.8% de la muestra, seguido por el nivel II con un 29.3%. (Ver Tabla N°1)

**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	6	14.6%	28.6%	I	9	22.0%
	III y IV	15	36.6%	71.4%	II	12	29.3%
<b>Sub total privado</b>		<b>21</b>	<b>51.2%</b>	<b>100,0%</b>	III y IV	20	48.8%
Público	I	9	22.0%	45.0%	<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0%</b>
	II	6	14.6%	30.0%			
	III y IV	5	12.2%	25.0%			
<b>Sub total público</b>		<b>20</b>	<b>48.8%</b>	<b>100,0%</b>			
<b>TOTAL IPS</b>		<b>41</b>	<b>100,0%</b>				



**ESTUDIOS TECNICOS**  
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN  
**CUARTO INFORME DE GLOSAS**  
ACHC SI-0004 -Diciembre de 2007

Estas 41 instituciones reportaron una facturación afectada por glosa<sup>6</sup> de \$305.031 millones, donde el monto de la glosa ascendió a \$25.887 millones para mediados del año 2007, el cual corresponde a un 8.5% de dicha facturación, porcentaje menor al reportado en los tres informes anteriores, que presentaron 24.0% en el 2002, 22.7% en 2003 y 12.8% en 2005. (Ver Tabla N° 2)

El **no reconocimiento** de los servicios médico hospitalarios paso a ser la primera causa de glosa dentro de los que en su orden se destaca el no reconocimiento de urgencias, procedimientos, elementos o insumos, estancias y honorarios. Esta categoría participa del 32.6% de la facturación afectada, del 28.4% del valor glosado y del 18.7% del valor de las facturas afectadas por glosa<sup>7</sup>. (Ver Tablas N° 2 y 3)

En las subcategorías que comprende la negación de servicios, se puede establecer que la auditoria de cuentas continúa involucrándose en las decisiones médicas, al margen del concepto que 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 persona<sup>8</sup>, 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.

La multicausalidad representada por "**diversos motivos**" es el segundo motivo de glosa, con el 14.8% de la facturación afectada, el 18.1% del valor glosado y el 14.0% del valor de las facturas afectadas por esta situación. El 38.5% de los registros de facturas afectadas por diversos motivos presentaron 3 motivos, las facturas glosadas con 4 y 5 motivos representan el 15.3% y 12.6% respectivamente. Los motivos más comunes son la negación del servicio o no reconocimiento, asociado con alguna causa de tipo administrativo o de dinero como diferencia en tarifas, doble cobro o mal facturado.

---

6 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.

7 La lectura de los resultados se presentan describiendo la participación de la categoría de glosa en la facturación total afectada seguida de la participación del valor de la glosa y la participación de los registros reportados por cada concepto de glosa.

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



**ESTUDIOS TECNICOS**  
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN  
**CUARTO INFORME DE GLOSAS**  
 ACHC SI-0004 -Diciembre de 2007

De igual manera, se continúa negando la facturación por atención de urgencias argumentando que dicho servicio no era crítico o vital. 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.

**TABLA N° 2**  
**Categorías de glosa**

Ordenado por valor de la glosa (Valor absoluto y participación)

CATEGORIA GLOSA	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa	Part % de la Glosa en el Valor de la Factura
1. NO RECONOCE	11.411	99.473.258.847	7.360.506.941	7,4%
2. DIVERSOS MOTIVOS	8.558	45.057.928.087	4.676.898.900	10,4%
3. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	7.438	53.093.089.078	4.141.903.085	7,8%
4. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	11.044	34.988.549.124	3.779.486.565	10,8%
5. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	11.248	33.462.885.645	2.209.014.979	6,6%
6. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	4.727	14.544.658.502	1.984.661.895	13,6%
7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	2.975	14.646.369.401	509.108.921	3,5%
8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	346	813.687.189	327.900.661	40,3%
9. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	2.404	6.407.786.613	327.900.661	5,1%
10. POLIZAS SOAT	367	711.976.290	155.321.366	21,8%
11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	326	610.265.392	146.692.401	24,0%
12. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	102	203.421.797	138.063.436	67,9%
13. SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	61	305.132.696	43.144.824	14,1%
SIN CLASIFICAR	143	711.976.290	86.289.648	12,1%
<b>Total general</b>	<b>61.151</b>	<b>305.030.984.952</b>	<b>25.886.894.281</b>	<b>8,5%</b>

CATEGORIA GLOSA	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
1. NO RECONOCE	18,7%	32,6%	28,4%
2. DIVERSOS MOTIVOS	14,0%	14,8%	18,1%
3. SIN REPORTE, NO EXPLICADA O NO ESPECIFICADA	12,2%	17,4%	16,0%
4. SIN SOPORTE O SIN AUTORIZACIÓN	18,1%	11,5%	14,6%
5. DIFERENCIA EN TARIFAS - MAYOR O MENOR VALOR	18,4%	11,0%	8,5%
6. MAL FACTURADO O MAL DILIGENCIADO	7,7%	4,8%	7,7%
7. EVENTO O MEDICAMENTO NO POS	4,9%	4,8%	2,0%
8. PACIENTE NO AFILIADO, DE OTRA EPS O DE OTRO REGIMEN	0,6%	0,3%	1,3%
9. DOBLE COBRO O SOBREFACTURADO	3,9%	2,1%	1,3%
10. POLIZAS SOAT	0,6%	0,2%	0,6%
11. TRANSFIERE CTA A OTRA EPS, IPS, ARS o ASEG SOAT	0,5%	0,2%	0,6%
12. CAMBIO DE FECHA, FACTURA O CUENTA DE COBRO	0,2%	0,1%	0,5%
13. SISTEMA DE INFORMACIÓN RIPS	0,1%	0,1%	0,2%
SIN CLASIFICAR	0,2%	0,2%	0,3%
<b>Total general</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

**TABLA N° 3**  
**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%
1	41	4er Informe – Noviembre- Diciembre de 2007	11.411	99.473.258.847	7.360.506.941	7,4%

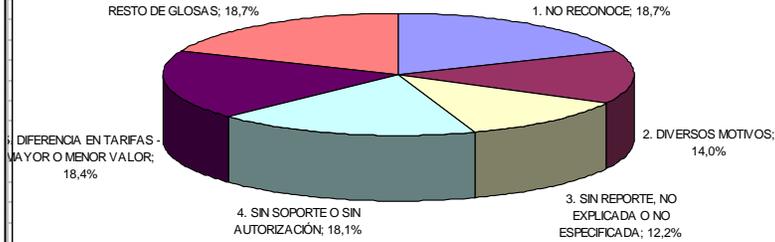
(Participación % respecto del Total reportado en cada informe)

Serie del Informe	Glosas Reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
1er Informe – Enero-Febrero de 2002	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%
4er Informe – Noviembre- Diciembre de 2007	18,7%	32,6%	28,4%

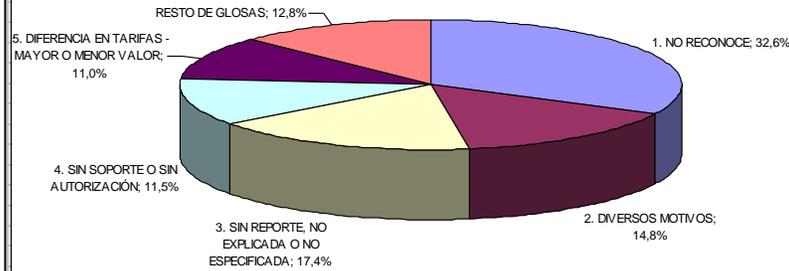


**ESTUDIOS TECNICOS**  
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN  
**CUARTO INFORME DE GLOSAS**  
ACHC SI-0004 -Diciembre de 2007

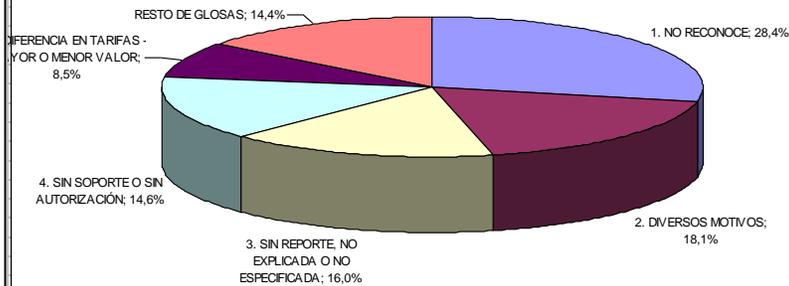
**Gráfico N° 1**  
**Participación en el reporte de Glosas**



**Gráfico N° 2**  
**Participación en el Valor de la Factura**



**Gráfico N° 3**  
**Participación en el Valor de la Glosa**





**ESTUDIOS TECNICOS**  
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN  
**CUARTO INFORME DE GLOSAS**  
 ACHC SI-0004 -Diciembre de 2007

**TABLA N° 4**  
**Categoría de Glosa – DIVERSOS MOTIVOS**  
**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
2	28	1er Informe – Enero-Febrero de 2002	361	5.205.357.054	1.861.069.027	35,7%
1	27	2º Informe – Marzo-Abril de 2003	21.208	35.314.089.711	9.586.956.683	27,1%
10	37	3er Informe – Julio- Agosto de 2005	337	6.130.715.151	298.080.950	4,9%
2	41	4er Informe – Noviembre- Diciembre de 2007	8.558	45.057.928.087	4.676.898.900	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	5,2%	14,9%	22,2%
2º Informe – Marzo-Abril de 2003	36,0%	25,5%	30,5%
3er Informe – Julio- Agosto de 2005	0,8%	3,9%	1,5%
4er Informe – Noviembre- Diciembre de 2007	14,0%	14,8%	18,1%

La tercera categoría corresponde a las glosas “sin reporte, no explicada o no especificada”, donde las instituciones indican que los pagadores no presentan explicación o motivo alguno por la glosa, 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.

El valor de la glosa por esta categoría “Sin reporte, no explicada o no especificada” ascendió a \$4.142 millones sobre una facturación total de \$53.093 millones, es decir el 7.8% (Ver Tablas N° 2 y 5).

**TABLA N° 5**  
**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%
3	41	4er Informe – Noviembre- Diciembre de 2007	7.438	53.093.089.078	4.141.903.085	7,8%

(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	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%
4er Informe – Noviembre- Diciembre de 2007	12,2%	17,4%	16,0%

En una agregación por rangos de glosa sobre la facturación reportada, se observa que el 72.1% de la facturación total está objetada por valores inferiores al 4.9% y el 9.8% por valores entre el 5 y el 9.9%. Sumados estos dos rangos, el 81.8% de la 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 (1.3%). (ver tabla N° 6)



**ESTUDIOS TECNICOS**  
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN  
**CUARTO INFORME DE GLOSAS**  
 ACHC SI-0004 -Diciembre de 2007

**TABLA N° 6**  
**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	20.993	219.833.345.852	2.807.414.777	1,3%
de 5 a 9,9	7.984	29.778.290.479	2.120.940.973	7,1%
de 10 a 49,9	17.055	41.599.571.658	8.958.730.112	21,5%
de 50 a 100	15.119	13.819.776.963	11.999.808.421	86,8%
<b>Total general</b>	<b>61.151</b>	<b>305.030.984.952</b>	<b>25.886.894.281</b>	<b>8,5%</b>

Rangos	(Participación %)		
	Glosas reportadas	Valor de la Factura	Valor de la Glosa
de 0,1 a 4,9	34,3%	72,1%	10,8%
de 5 a 9,9	13,1%	9,8%	8,2%
de 10 a 49,9	27,9%	13,6%	34,6%
de 50 a 100	24,7%	4,5%	46,4%
<b>Total general</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

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

El 48.8% de las Instituciones reportantes que corresponden al nivel III y IV de atención concentran el 82.1% del valor total de las glosas, el 88.1% de la facturación afectada por glosa y el 84.6% de los reportes. Esta relación de las proporciones permite inferir 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° 7)

**TABLA N° 7**  
**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	9	1.458	7.210.291.445	588.156.699	8,2%
II	12	7.944	28.939.177.968	4.045.582.179	14,0%
III y IV	20	51.749	268.881.515.539	21.253.155.403	7,9%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>61.151</b>	<b>305.030.984.952</b>	<b>25.886.894.281</b>	<b>8,5%</b>

(Participación Porcentual)

NIVEL DE ATENCIÓN	N° DE IPS	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
I	22,0%	2,4%	2,4%	2,3%
II	29,3%	13,0%	9,5%	15,6%
III y IV	48,8%	84,6%	88,1%	82,1%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

### 3.2. Entidades glosadoras por tipo de negocio

Las Entidades Promotoras de Salud que administran el **régimen contributivo** presentan una glosa del 10.1% sobre el valor de la factura. Este tipo de entidad registra un 32.8% de registros de glosa, un 23.5% del valor total de la facturación afectada y un 28.1% del valor glosado. Estas entidades redujeron su participación en los registros y montos facturados y glosados.

Las Empresas Promotoras de Salud que administran el **régimen subsidiado** incrementaron su participación en los registros y montos de la facturación y valor de glosa, pasando de 10.5% a 36.2% de registros, 9,6% a 45.5% en la



**ESTUDIOS TECNICOS**  
**AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN**  
**CUARTO INFORME DE GLOSAS**  
**ACHC SI-0004 -Diciembre de 2007**

facturación afectada y de 13.0% a 40.5% del monto glosado. A pesar del incremento en la participación, la porción glosada paso de 17.5% en el 2005 a 7.5% en el presente informe.

Las entidades del Estado incrementaron su participación en la facturación total afectada por glosa pasando de 8.1% en el 2005 a 17.4% en este informe, sin embargo redujeron la porción glosada de 21.4% a 6.5%. Dentro de este tipo de glosador, los Entes Territoriales participan del 63.4% del monto glosado, del 47.6% del la facturación afectada y del 34.6% de los registros. El Operador Fiduciario del FOSYGA a pesar de tener baja participación en los registros, presenta una glosa el 27.9% sobre la facturación.

**TABLA N° 8**  
**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
REGIMEN CONTRIBUTIVO	20.052	71.666.206.567	7.262.041.073	10,1%
REGIMEN SUBSIDIADO	22.134	138.875.696.137	10.471.558.987	7,5%
ESTADO	2.728	53.054.550.195	3.449.237.287	6,5%
ESTADO-ENTE TERRITORIAL	943	25.232.106.544	2.185.362.833	8,7%
ESTADO-FOSYGA	236	1.248.313.643	347.855.868	27,9%
OTRAS	1.549	26.574.130.008	916.018.587	3,4%
IPS	3.496	18.859.341.877	1.363.565.149	7,2%
IPS	2.486	17.684.359.422	1.131.156.186	6,4%
IPS-CAPITADORA	1.010	1.174.982.455	232.408.963	19,8%
ASEGURADORAS	7.768	16.159.111.337	2.211.757.655	13,7%
ASEGURADORA-SOAT	4.961	9.474.922.953	1.230.585.374	13,0%
ASEGURADORA-POLIZAS DE SALUD Y VIDA	1.275	2.910.594.168	293.551.715	10,1%
ASEGURADORA-SIN CLASIFICAR	1.532	3.773.594.216	687.620.566	18,2%
PLANES COMPLEMENTARIOS Y MED PREP	3.337	3.485.362.183	369.997.320	10,6%
RIESGOS PROFESIONALES	696	1.233.007.081	343.270.975	27,8%
MAGISTERIO	123	581.097.633	129.918.412	22,4%
EMPRESAS	74	200.532.134	105.568.370	52,6%
SIN CLASIFICAR	743	916.079.808	179.979.053	19,6%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>61.151</b>	<b>305.030.984.952</b>	<b>25.886.894.281</b>	<b>8,5%</b>

TIPO DE NEGOCIO	GLOSAS REPORTADAS	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA
REGIMEN CONTRIBUTIVO	32,8%	23,5%	28,1%
REGIMEN SUBSIDIADO	36,2%	45,5%	40,5%
ESTADO	4,5%	17,4%	13,3%
ESTADO-ENTE TERRITORIAL	1,5%	8,3%	8,4%
ESTADO-FOSYGA	0,4%	0,4%	1,3%
OTRAS	2,5%	8,7%	3,5%
IPS	5,7%	6,2%	5,3%
IPS	4,1%	5,8%	4,4%
IPS-CAPITADORA	1,7%	0,4%	0,9%
ASEGURADORAS	12,7%	5,3%	8,5%
ASEGURADORA-SOAT	8,1%	3,1%	4,8%
ASEGURADORA-POLIZAS DE SALUD Y VIDA	2,1%	1,0%	1,1%
ASEGURADORA-SIN CLASIFICAR	2,5%	1,2%	2,7%
PLANES COMPLEMENTARIOS Y MED PREP	5,5%	1,1%	1,4%
RIESGOS PROFESIONALES	1,1%	0,4%	1,3%
MAGISTERIO	0,2%	0,2%	0,5%
EMPRESAS	0,1%	0,1%	0,4%
SIN CLASIFICAR	1,2%	0,3%	0,7%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>



**ESTUDIOS TECNICOS**  
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN  
**CUARTO INFORME DE GLOSAS**  
ACHC SI-0004 -Diciembre de 2007

## CONCLUSIONES

El valor total de las glosas en una muestra de 41 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud asciende a \$25.887 millones, sobre una facturación afectada por este problema de \$305.031 millones. La proporción del valor de la glosa en relación con el valor total de las facturas afectadas es del 8.5%, porcentaje menor al reportado en los tres informes anteriores, que presentaron 24.0% en el 2002, 22.7% en 2003 y 12.8% en 2005.

El no reconocimiento de los servicios médico hospitalarios paso a ser la primera causa de glosa dentro de los que en su orden se destaca el no reconocimiento de urgencias, procedimientos, elementos o insumos, estancias y honorarios. Esta categoría participa del 32.6% de la facturación afectada, del 28.4% del valor glosado y del 18.7% del valor de las facturas afectadas por glosa.

La multicausalidad representada por "diversos motivos" es el segundo motivo de glosa, con el 14.8% de la facturación afectada, el 18.1% del valor glosado y el 14.0% del valor de las facturas afectadas por esta situación. El 38.5% de los registros de facturas afectadas por diversos motivos presentaron 3 motivos, las facturas glosadas con 4 y 5 motivos representan el 15.3% y 12.6% respectivamente. Los motivos más comunes son la negación del servicio o no reconocimiento, asociado con alguna causa de tipo administrativo o de dinero como diferencia en tarifas, doble cobro o mal facturado.

La tercera categoría corresponde a las glosas "sin reporte, no explicada o no especificada", donde las instituciones indican que los pagadores no presentan explicación o motivo alguno por la glosa, 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. El valor de la glosa por esta categoría "Sin reporte, no explicada o no especificada" ascendió a \$4.142 millones sobre una facturación total de \$53.093 millones, es decir el 7.8%.

El 81.8% de la facturación se glosa por valores inferiores al 10% de la factura, lo que destaca en la primera franja que se glosa cuantiosos recursos por ínfimos valores (1.3%). Fraccionando los rangos, el 72.1% de la facturación total está objetada por valores inferiores al 4.9% y el 9.8% por valores entre el 5 y el 9.9%.

Las Entidades Promotoras de Salud que administran el **régimen contributivo** presentan una glosa del 10.1% sobre el valor de la factura. Este tipo de entidad registra un 32.8% de registros de glosa, un 23.5% del valor total de la facturación



**ESTUDIOS TECNICOS**  
AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN  
**CUARTO INFORME DE GLOSAS**  
ACHC SI-0004. - Diciembre de 2007

afectada y un 28.1% del valor glosado. Estas entidades redujeron su participación en los registros y montos facturados y glosados.

Las Empresas Promotoras de Salud que administran el **régimen subsidiado** incrementaron su participación en los registros y montos de la facturación y valor de glosa, pasando de 10.5% a 36.2% de registros, 9,6% a 45.5% en la facturación afectada y de 13.0% a 40.5% del monto glosado. A pesar del incremento en la participación, la porción glosada paso de 17.5% en el 2005 a 7.5% en el presente informe.

Las entidades del Estado incrementaron su participación en la facturación total afectada por glosa pasando de 8.1% en el 2005 a 17.4% en este informe, sin embargo redujeron la porción glosada de 21.4% a 6.5%. Dentro de este tipo de glosador, los Entes Territoriales participan del 63.4% del monto glosado, del 47.6% del la facturación afectada y del 34.6% de los registros. El Operador Fiduciario del FOSYGA a pesar de tener baja participación en los registros, presenta una glosa el 27.9% sobre la facturación.



**ESTUDIOS TECNICOS**  
 AREA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN  
**CUARTO INFORME DE GLOSAS**  
 ACHC SI-0004. - Diciembre de 2007

**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	
	16. AMBULANCIA o TRANSP PACIENTE	
G. NO RECONOCE	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	31. PACIENTE DE OTRA EPS
		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	