

**Análisis de las glosas por pertinencia en el año 2022 de la E.S.E Hospital Regional de
García Rovira**

Alvaro Portilla Portilla y Yuli Mabel Castellanos Caballero

Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Auditoría de Salud

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ciencias Administrativas, Económicas y Contables

Especialización de Auditoría de Salud

2025

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a nuestros padres, quienes confiaron en nuestras capacidades para lograr este aporte a nuestra alma mater, a nuestros hermanos e hijos, quienes nos apoyaron en todos los momentos difíciles para lograr el objetivo propuesto, así como a todos los docentes que fueron nuestra guía y ejemplo a seguir para hoy día decir que lo logramos.

Agradecimientos

Agradecemos a todos y cada una de las personas que participaron en este proceso de formación, como fueron nuestros docentes, compañeros de estudio, tutor de tesis y evaluadores, ya que, de no ser por ellos, no hubiésemos logrado esta meta con la idoneidad y calidad esperada.

Contenido

Introducción	28
1. Análisis de las glosas por pertinencia en el año 2022 de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.....	30
1.1 Planteamiento del problema	30
1.2 Justificación.....	31
1.3 Objetivos	33
2. Marco referencial.....	34
2.1 Antecedentes	34
2.2 Marco teórico	40
2.3 Marco conceptual	47
2.4 Marco legal.....	63
3. Método.....	64
Detalles del diseño metodológico y el procedimiento de recolección de datos	66
4. Resultados.....	70
4.1. Hallazgos destacados y planes de mejora sugeridos.	78
5. Discusión	81
6. Conclusiones.....	83
Referencias.....	85

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Marco conceptual</i>	47
Tabla 2. <i>Soporte legal</i>	63
Tabla 3. <i>Cronograma de actividades</i>	69
Tabla 4. <i>Valor total en pesos glosado por todas las causas y glosas del año 2022</i>	70
Tabla 5. <i>Valor en pesos aceptado por todas las glosas y glosas por pertinencia en el año 2022</i>	74
Tabla 6. <i>Evidencia de hallazgos, planes de mejora y cumplimiento de objetivos</i>	78

Lista de figuras

Figura 1. <i>Lista de chequeo de historias clínicas orientada a evitar glosas en las instituciones de salud.</i>	46
Figura 2. <i>Respuesta Glosa diciembre 2022</i>	65
Figura 3. <i>Del diseño metodológico</i>	66
Figura 4. <i>Documentos de respaldo</i>	67
Figura 5. <i>Población y Muestra</i>	68
Figura 6. <i>Variables clave en el instrumento.</i>	68
Figura 7. <i>Frecuencia de presentación de glosas por pertinencia vs otras causas</i>	71
Figura 8. <i>Porcentaje de aceptación respecto a la frecuencia de presentación</i>	72
Figura 9. <i>Causas de no pertinencia</i>	72
Figura 10. <i>Causales de aceptación de las glosas por pertinencia</i>	73
Figura 11. <i>Representatividad del valor glosado por pertinencia</i>	75
Figura 12. <i>Representación porcentual de la perdida atribuible a glosas por pertinencia</i>	75
Figura 13. <i>Comparativo en pérdidas en glosas por pertinencia vs otras causales</i>	77

Resumen

Problema: durante los últimos cuatro años, el hospital E.S.E. HR García Rovira ha incrementado notablemente la prestación de servicios, lo que ha llevado a un aumento proporcional en las glosas por pertinencia. Sin un sistema eficiente para gestionar estas glosas, la institución ha experimentado pérdidas económicas significativas. *Objetivo:* este estudio analizó la frecuencia y el impacto económico de las glosas por pertinencia en 2022, estableciendo una línea base histórica para identificar estrategias de mejora en la gestión de estas inconsistencias. *Método:* se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, evaluando las glosas reportadas en 2022. La información fue recopilada de los archivos de auditoría del hospital, definiendo su frecuencia, aceptación y pérdidas económicas. *Resultados:* durante 2022, se presentaron 12,109 glosas; de estas, 159 (1.33%) fueron por pertinencia, representando una pérdida económica de \$7,075,539, equivalente al 34.1% del total de pérdidas. *Discusión:* aunque las glosas por pertinencia fueron pocas, su impacto económico fue considerable. Se propone fortalecer la capacitación del personal, el cumplimiento de guías clínicas y la auditoría concurrente para reducir su frecuencia.

Palabras clave: glosas, pertinencia, auditoría, salud, facturación

Abstract

Problem: Over the past four years, the E.S.E. HR García Rovira hospital has significantly increased its services, resulting in a proportional rise in pertinent glosses. The lack of an efficient management system for these glosses has caused substantial economic losses. *Objective:* This study examined the frequency and financial impact of relevance glosses in 2022 to establish a historical baseline and identify improvement strategies for managing these discrepancies. *Method:* A quantitative, descriptive, and retrospective study was conducted, analyzing glosses reported in 2022. Data were gathered from the hospital's audit files, focusing on frequency, acceptance, and economic losses. *Results:* In 2022, 12,109 glosses were reported; 159 (1.33%) were due to relevance, causing a financial loss of \$7,075,539, accounting for 34.1% of total losses. *Discussion:* Although relevance glosses were few, their financial impact was significant. Strengthening staff training, adherence to clinical guidelines, and concurrent auditing is recommended to reduce their occurrence.

Keywords: Glosses, relevance, audit, health, billing

Glosario

Accesibilidad: conforme al Decreto 1011, se refiere a la capacidad del usuario para acceder para recibir atención en salud dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en 2006.

Acciones coyunturales: dado lo descrito por el MSPS y el decreto 1011, desde el 2006, se trata de una serie de procedimientos y herramientas o mecanismos de auditoría que se deben implementar de manera mandataria, y de forma retrospectiva por la organización y los individuos, con el propósito de identificar, reportar y analizar incidentes desfavorables en los procesos de atención. Estas acciones buscan aplicar medidas inmediatas para solucionar los problemas detectados y prevenir su repetición en el futuro.

Acciones de seguimiento: desde el 2006, el decreto 1011 del MSPS. las define como un sistema compuesto por procesos (procedimientos), acciones y herramientas (mecanismos) de auditoría que deben ser implementados por los individuos y la organización en la gestión de los servicios de salud que presta, enfocado en los procedimientos identificados como prioritarios, con el propósito de asegurar el cumplimiento de estándares de calidad.

Acciones preventivas: conforme al Decreto 1011 del MSPS., se refiere a un conjunto estructurado de actividades, métodos, mecanismos o herramientas de auditoría, que ejecutan por los individuos o la institución obligatoriamente, con relación al área de la salud y sus servicios prestados. Estas acciones se enfocan en procesos prioritarios con el fin de asegurar la calidad de estos.

Aceptación de glosas: de acuerdo con el Decreto 441 del MSPS la glosa puede considerarse aceptada de manera implícita si el prestador no responde en el límite temporal definido establecidos desde el 2011 dada la Ley 1438 y su artículo 57, respecto a las objeciones planteadas,

a lo sumo igual se considera que un proveedor de atención acepta una glosa explícitamente al notificarlo formalmente a la entidad encargada del desembolso.

Aceptación de la factura de venta: desde el 2022 y conforme al Decreto 441, expedido por el MPS, se considera que una factura de venta ha sido aceptada implícitamente si, tras los plazos fijados en el 2011 en la Ley 1438 y su art. 57, no se formulan glosas ni se comunica decisión alguna sobre su levantamiento total o parcial, del mismo modo dicha factura de venta se considera aceptada de manera explícita cuando la institución encargada del desembolso notifica su aprobación a el prestador o proveedor.

Acuerdo de voluntades: según el Decreto 1011 (Colombia, Ministerio de Protección Social, 2006), se entienden como un conjunto estructurado de actividades, procesos o herramientas para la auditoría aplicadas a los procesos críticos o priorizados establecidos por la entidad. Estas son ejecutadas por la organización y su personal obligatoriamente antes de la prestación a los usuarios del servicio, con el objetivo de asegurar que la prestación de este cumpla con los parámetros de calidad.

Atención en salud: hace referencia, desde el 2006, según el Decreto 1011 del MSPS., a la oferta de servicios destinados a los usuarios para su salud, integrados en los procesos del sistema de gestión de calidad. Estos servicios comprenden acciones, procedimientos y atenciones asistenciales orientadas a las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, asegurando cobertura para toda la población.

Auditoría externa: de acuerdo con el Decreto 1011 del ministerio antes mencionado, consiste en un análisis estructurado y objetivo llevado a cabo por una entidad externa e independiente de la organización evaluada. Su propósito principal es supervisar el cumplimiento de los procesos relacionados con la auditoría interna y las prácticas de autocontrol, empleando el

enfoque del segundo nivel de auditoría. Adicionalmente, las entidades encargadas de adquirir servicios de salud están obligadas a implementar este tipo de auditorías.

Auditoría interna: según el Decreto 1011, se describe como un proceso de evaluación sistemática llevado a cabo dentro de la misma institución, pero por una instancia separada del área auditada. Su finalidad es fomentar una cultura de autocontrol en la organización. Este tipo de auditoría puede no ser necesaria en instituciones que han alcanzado un alto nivel de autocontrol, donde este reemplaza completamente las acciones típicas de la auditoría interna.

Autocontrol: dado el 1011, autocontrol se define como el proceso mediante el cual cada integrante de la entidad planifica, lleva a cabo, supervisa y ajusta las actividades en las que interviene, asegurándose de que estas cumplan los estándares de aseguramiento de la calidad establecidos tanto por las directrices de la institución como por la normativa reinante.

Autorización: dada la resolución 3047 del MSPS, del 2008, se define como el proceso mediante el cual la entidad pagadora formaliza la aprobación de los servicios requeridos por el beneficiario, ya sea mediante un documento oficial o un registro generado. Esto se realiza conforme a los acuerdos establecidos entre el proveedor de atención y la organización encargada del desembolso. Si dicha entidad no emite una respuesta dentro de los plazos fijados por la normativa vigente, se aceptará como respaldo la copia de la solicitud remitida a la entidad correspondiente o a la autoridad de salud departamental o distrital pertinente.

Calidad en la atención en salud: de acuerdo con el Decreto 1011, se define como La provisión de atención sanitaria, tanto a nivel individual como comunitario, asegurando accesibilidad y equidad. Esta atención debe brindarse con un nivel profesional de excelencia, considerando un equilibrio adecuado entre los riesgos, beneficios, y costes, con el objetivo principal de alcanzar la satisfacción y adherencia de los asistidos.

Complementariedad y concurrencia: en concordancia con la Ley 1438 (Min Salud Colombia, 2011), Se dispone que las diversas partes o actores involucradas en el sistema y en todos los niveles del territorio, deben coordinarse y complementarse mediante la implementación de acciones y la utilización conjunta de recursos para alcanzar los objetivos del SGSSS.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica: dado el Decreto 1011, estas condiciones se refieren a los requerimientos fundamentales de infraestructura y procesos asociados con la salud, que los prestadores de servicios deben cumplir en todos y cada uno de los servicios ofertados en salud. Estas condiciones son consideradas esenciales y adecuadas para minimizar los riesgos más significativos que puedan impactar la salud, la vida o el bienestar de los usuarios dentro del ámbito de la atención sanitaria.

Continuidad: este concepto hace referencia al nivel en que los usuarios reciben las intervenciones necesarias mediante una serie organizada y coherente de acciones basadas en principios científicos, dado el decreto 1011. Adicionalmente, la 1438, ley del 2011 establece que cada individuo inscrito en el SGSSS. posee el derecho a la continuación en el sistema, salvo excepciones, garantizando su calidad de vida e integridad.

Corresponsabilidad: en correspondencia con lo definido en la Ley 1438 (Min Salud Colombia, 2011), este principio implica que cada persona tiene la obligación de velar por su salud, la de su núcleo familiar y su comunidad, así como de preservar un entorno saludable. Además, se espera un uso eficiente y racional de recursos del SGSSS, cumpliendo con los deberes de colaboración, la solidaridad, y la participación. Las entidades, tanto públicas como privadas, deben fomentar el cumplimiento y previamente la comprensión de dicho principio.

Descentralización administrativa: según lo descrito en la Ley 1438, este concepto instaure que la gestión dentro del SGSSS debe ser descentralizada, comprometiendo de forma activa a las autoridades sanitarias en los diversos ámbitos regionales.

Devoluciones, Glosas y Respuestas, Manual único: según lo dispuesto en el Decreto 441, este manual, emitido por el MSPS, regula los procedimientos relacionados con devoluciones, glosas y sus respectivas respuestas, desde el 2022; regula la denominación y codificación de causas para devoluciones y glosas en las facturas. Dicho manual debe ser adoptado obligatoriamente en los acuerdos de voluntades que se rigen desde el 2011 en el artículo 57 de la Ley 1438, así como en aquellos donde su aplicación haya sido pactada.

Devolución: por la Resolución 3047 (Ministerio Social de la Protección, 2008), este término se refiere a una no conformidad que afecta completamente un documento de facturación por la provisión de atención sanitaria, señalado por la organización encargada del desembolso durante su evaluación inicial, lo que impide su aceptación como formalmente presentado. Las causas de devolución están claramente definidas e incluyen situaciones la falta de capacidad para efectuar el pago, la inexistencia de autorización, la ausencia de epicrisis, la omisión de la hoja de registro de urgencias, así como facturas o documentos equivalentes que no cumplan con las normativas legales establecidas, servicios electivos sin autorización o previamente cancelados. En adición, la entidad responsable debe notificar todas las razones específicas para la devolución del pago al momento de realizarla.

Eficiencia: de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 (Colombia, 1993), este término alude a la gestión adecuada de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles, atendiendo tanto a criterios sociales como económicos, con el objetivo de garantizar que los beneficios proporcionados sean entregados de manera oportuna, idónea y suficiente.

Empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB): conforme al Decreto 1011 (Colombia, Ministerio de Protección Social, 2006), este término incluye a las Entidades Promotoras de Salud pertenecientes tanto al Régimen Subsidiado; (también conocidas como Administradoras del Régimen Subsidiado; como al Régimen Contributivo, además incluye a las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Adaptadas.

Empresas sociales del estado (ESE): con arreglo a la 100, esta ley de 1993 establece que estas entidades públicas descentralizadas; llamadas “Empresas Sociales del Estado – E.S.E.”; son responsables de los servicios de salud, esta prestación de servicios bien sea por parte del Estado a nivel nacional o de los entes regionales y/o en los territorios. Las E.S.E., según corresponda, cuentan con personería jurídica, autonomía administrativa, con recursos y patrimonio propios, siendo su creación posible a través de Ley, concejos municipales o las asambleas departamentales.

Entidades promotoras de salud (EPS): por la ley 100, estas entidades tienen la responsabilidad de afiliar y registrar a los usuarios, así como la gestión de los aportes recolectados, responsabilidad asignada por el Fondo de Solidaridad y Garantía, constituye una de sus competencias principales. Su labor fundamental es coordinar y asegurar, de forma directa o a través de terceros, la entrega del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados. Además, deben transferir al Fondo de Solidaridad y Garantía la diferencia entre las cotizaciones recibidas y el monto asignado a las Unidades de Pago por Capitalización, según el Título III, que se establece en la mencionada 100.

Entidades responsables del pago de servicios de salud (ERP): por el Decreto 441 del MSPS desde el 2022, estas entidades tienen a su cargo la planificación y administración de los contratos y pagos dirigidos a los prestadores de servicios y a los proveedores relacionadas con tecnologías para la salud, con la finalidad de cubrir las demandas de la población a su cargo, se consideran parte de las ERP a las Administradoras de Riesgos Laborales en el sector salud, las

Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Entidades Adaptadas y las administraciones regionales que establezcan convenios para llevar a cabo acciones dirigidas tanto a nivel individual como comunitario.

Énfasis del PAMEC para una IPS: con base en lo planteado en el Decreto 1011, estas instituciones deben implementar criterios, estándares e indicadores que definan los niveles de aseguramiento de la calidad esperados en sus procesos de la atención relacionada con salud. A partir de estos parámetros, para el aseguramiento de la calidad, se llevan a cabo medidas de prevención, monitoreo y respuesta inmediata, basadas en una la sistemática y continua evaluación, para verificar coherencia entre dichos estándares y las resultas alcanzadas, asegurando así el cumplimiento de las normativas tanto de la institución, como de la ley.

Equidad: en correspondencia con la Ley 1438 (Min Salud Colombia, 2011), el SGSSS debe asegurar a todo afiliado el acceso al Plan de Beneficios, sin importar sus posibilidades de pago o circunstancias individuales. Asimismo, se busca evitar que servicios no pertinentes, basados en criterios técnicos y científicos, comprometan los recursos destinados a garantizar la prestación de los servicios al resto de la población para su atención.

Factura de venta a título valor: dado el Decreto 441, una factura de venta aceptada ya sea de manera expresa o implícita, establece una obligación de pago que la convierte en un título valor exigible por los montos aceptados. Esto será válido siempre que se cumplan los requerimientos estipulados en el Código de Comercio y tributariamente con el estatuto, así como otras normativas aplicables.

Frente a las desviaciones de la nota técnica, mecanismos de ajuste de riesgo: según lo establecido en el Decreto 441 MSPS, estos mecanismos tienen como objetivo mitigar el impacto financiero ocasionado por las variaciones identificadas durante la implementación de los acuerdos

establecidos. Dichas variaciones pueden influir en la frecuencia de uso de los servicios, las características demográficas de la población atendida o los costos proyectados, en comparación con lo planteado en la nota técnica, la cual se basa en la caracterización inicial de la población acordada por las partes. Los mecanismos de ajuste de riesgo son definidos como las medidas necesarias para ajustar los modelos de pago prospectivo, garantizando su eficacia y equidad.

Glosa: en el contexto de la salud, la Resolución 3047 de 2008 del MSPS describe este término como una discrepancia o desviación que puede afectar parcial o completamente el monto de una factura vinculada a la provisión de atención sanitaria. Esta irregularidad es identificada por la entidad responsable del pago durante su revisión integral y debe ser gestionada y resuelta por el prestador de servicios.

Glosa por pertinencia: dada la definición en la Resolución 3047 (Ministerio Social de la Protección, 2008), este tipo de glosa se aplica cuando los diagnósticos son ilegibles, incompletos o carecen de suficiente detalle en las notas médicas o paramédicas asociadas a la atención brindada. Del mismo modo, se genera cuando no hay congruencia entre las ayudas diagnósticas solicitadas o los tratamientos prescritos con la historia clínica y, evaluados bajo las guías de atención o el criterio razonado de la auditoría médica.

Glosas aceptadas y su aplicación de pagos: de acuerdo con el decreto expedido en el 2022 por el MSPS, el número 441; este concepto establece que cuando una glosa es aceptada y el servicio glosado ya ha sido pagado, el monto correspondiente se descontará de las facturas pendientes de pago previamente aceptadas. La entidad pagadora debe notificar proveedor o al prestador, sobre las facturas afectadas en un plazo de cinco (5) días hábiles tras la aceptación, ya sea explícita o implícita. Si no se realiza esta notificación en el tiempo indicado, el prestador o proveedor puede aplicar directamente el pago a dichas facturas en los quince (15) días siguientes;

días hábiles; informando a la entidad con el objetivo de que ajuste los registros contables y presupuestales correspondientes. En caso la no existencia de facturas pendientes, la entidad garante puede solicitar la devolución del monto pagado por la glosa aceptada, así como los intereses de mora calculados conforme a lo detallado desde el 2022 en la Ley 1281 y su art. 4, a partir de la fecha del pago al prestador o proveedor.

Glosas por autorización: según lo dispuesto en la Resolución 3047 del MSPS, desde el 2008; este tipo de glosa se aplica en situaciones donde se detecta facturación de servicios mediante documentos o firmas alterados. Asimismo, puede generarse cuando los servicios facturados por el proveedor de atención sanitaria no poseen la autorización correspondiente o no concuerdan con lo previamente admitido por la entidad pagadora. Además, se aceptan como autorizadas aquellas solicitudes remitidas a las autoridades de salud departamentales o distritales en casos donde no se ha logrado establecer contacto con la entidad responsable del pago o esta no ha dado respuesta en los plazos previstos por la normativa vigente.

Glosas por cobertura: con relación a lo definido en la Resolución 3047 (Ministerio Social de la Protección, 2008), estas glosas forman parte esencial de otro servicio, pero se cobran por separado, o deben ser asumidos por otra entidad debido a que no se han agotado los topes establecidos o estos han sido superados y surgen cuando se facturan servicios que no están contemplados en el plan correspondiente.

Glosas por facturación: según lo estipulado en la Resolución 3047 del Ministerio de la Protección Social (2008), este tipo de glosa surge cuando no se descontaron de la factura conceptos previamente cubiertos por el usuario, como copagos, aportes moderadores o tiempos de carencia. También puede originarse ante fallos administrativos en los procedimientos de facturación descritos en el manual correspondiente. Adicionalmente, estas glosas se generan cuando hay

inconsistencias entre los servicios facturados y los efectivamente proporcionados, ya sea en términos de tipo o cantidad.

Glosas por soportes: dada la Resolución 3047 (Ministerio Social de la Protección, 2008) y sus definiciones, este tipo de glosa ocurre cuando los documentos de respaldo presentan correcciones, resultan ilegibles, están incompletos, o se generan por ausencia de soportes.

Glosas por tarifas: dada la 3047, estas glosas se producen cuando hay discrepancias entre los valores facturados y los valores previamente acordados en los convenios o contratos.

Igualdad: En concordancia con lo establecido en la Ley 1438 (Min Salud Colombia, 2011), este principio asegura que todos los individuos que residen en Colombia puedan acceder a la Seguridad Social en Salud sin ser objeto de segregación por motivos como sexo, cultura, raza, origen racial o nacional, orientación religiosa, colocación sexual, grupo etario o situación socioeconómica, respetando además la prioridad constitucional de los niños y sus derechos.

Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS): las IPS tal como lo establecen la Ley 100 y el Decreto 1298, están diseñadas para proporcionar a los afiliados a los servicios asociados con la salud del SGSSS y pueden o no estar vinculadas a las Entidades Promotoras de Salud. Las IPS son entidades que pueden ser de carácter oficial, mixto, privado, comunitario o solidario. El Estado tiene la facultad de implementar mecanismos que fomenten su desarrollo, incluyendo la creación de líneas de crédito para apoyar instituciones de tipo comunitario y solidario, además de los grupos de práctica profesional.

La gestión de las IPS debe basarse en los fundamentos de calidad, sus principios, y la eficiencia, asegurando autonomía administrativa, técnica y financiera. Estas instituciones tienen como función principal brindar servicios dentro de los niveles de atención a los beneficiarios y cotizantes, cumpliendo con los principios y medidas estipulados por ley. Además, corresponde

promover la libre competencia, garantizando a los usuarios acceso a información veraz, suficiente y oportuna, mientras se previene el uso indebido de una posición ventajosa en el sistema.

Integralidad: la Ley 100 (Colombia, 1993) describe la integralidad como un principio que establece que cada persona aportará conforme a sus capacidades y se le proporcionará lo requerido para gestionar las situaciones que esta Ley ampara. La Ley describe la integralidad como el alcance total de la cobertura frente a eventualidades que afectan la salud, la estabilidad financiera y, en términos generales, la calidad de vida de la población en su conjunto.

Intersectorialidad: por Ley 1438 (Min Salud Colombia, 2011) se describe la intersectorialidad como la colaboración organizada entre distintos sectores y entidades, tanto de forma directa como indirecta, para abordar de forma articulada y constante, los factores que impactan en las condiciones de salud de la población.

Irrenunciabilidad: en conformidad con lo establecido por la Ley 1438 (Min Salud Colombia, 2011), la irrenunciabilidad se refiere al carácter inalienable del derecho a la Seguridad Social en Salud, lo que significa que este no puede ser rechazado ni parcial ni totalmente por quienes lo poseen.

Modalidad de pago: dado lo establecido en el Decreto 441 MSPS, la modalidad de pago es el acuerdo entre las partes que define la unidad de pago, considerando tecnologías y los servicios incluidos, Las tasas de utilización en los pagos anticipados, los sucesos, la población destinataria y las condiciones de salud que deben ser gestionadas, así como otros elementos acordados entre las partes.

Nota técnica: este instrumento especifica los servicios y tecnologías relacionadas con la salud, la frecuencia proyectada de su utilización, los costos unitarios y el costo global para un grupo de población o de riesgo. En este contexto, conforme a lo dispuesto en el Decreto 441 del

MSPS, se define la nota técnica Como una herramienta que fomenta la claridad y la eficacia entre las partes que establecen un acuerdo mutuo. Conjuntamente, toma en cuenta las posibles situaciones durante su ejecución y el periodo de duración pactado, sirviendo como base para determinar la tarifa final, ya sea por usuario-tiempo o de forma global, según la modalidad de pago acordada.

Obligatoriedad: desde el 2021 en la 1438, ley del MSPS, se determina que todas las personas que residen en Colombia están obligadas a inscribirse en el SGSSS.

Oportunidad: dado lo descrito en el Decreto 1011, este concepto está vinculado con la manera en que los servicios ofertados, se organizan Basándose en las necesidades demandadas y con el grado de coordinación institucional necesario para asegurar ese acceso, en ese sentido la oportunidad se define como la capacidad del usuario para acceder a los servicios necesarios sin demoras que puedan comprometer su salud o su vida.

Pago Global prospectiva: se define el pago global prospectivo como un modelo de pago anticipado que consiste en acordar una suma fija para cubrir los servicios o tecnologías en salud destinados a un grupo específico de personas durante un periodo determinado, esto de acuerdo con lo definido en el Decreto, según el cual este pago Se modifica según el grado de riesgo en salud y las fluctuaciones en los volúmenes poblacionales previstos en el acuerdo establecido entre las partes.

Pago individual por caso, atención integral, paquete o canasta: este modelo de pago se relaciona con un evento, condición o conjunto de problemas de salud vinculados, gestionados mediante un esquema definido de servicios y tecnologías en el ámbito sanitario. Conforme a lo indicado en el Decreto 441, este tipo de pago corresponde a un enfoque integral de atención,

definido como paquete o canasta, y se basa en una modalidad prospectiva donde se acuerda con antelación un monto fijo por cada caso atendido.

Pago por capitación: se define este pago como una modalidad prospectiva que se utiliza para cubrir el posible requerimiento de un conjunto de servicios y herramientas tecnológicas de atención sanitaria de nivel básico, conforme al Decreto 441 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022), por lo que este modelo implica un pago anticipado y fijo por usuario, destinado a un grupo de personas designado y previamente determinado, a lo largo de un periodo definido.

Pago por evento: en este esquema, las partes acuerdan un valor fijo que se paga por cada unidad suministrada, destinada a atender los requerimientos específicos de salud de un individuo. Se describe este pago por evento como un modelo retrospectivo que se utiliza para cubrir los servicios y tecnologías en salud prestados.

Pago prospectivo: en el mismo decreto, se indica que este modelo permite calcular previamente un pago fijo, ya sea por caso, individuo o de manera global, aplicando a situaciones con características similares en los procesos de atención. Entonces, se define el pago prospectivo como una modalidad en la que se establece de antemano el costo y la frecuencia esperada del uso de un conjunto de servicios y recursos tecnológicos para la atención en salud.

Pago retrospectivo: es una modalidad que se realiza después de concluido el proceso de atención, de acuerdo con el mismo decreto. En este esquema, el monto final a pagar no se determina previamente, ya que depende de la frecuencia con la que se utilicen los servicios y la tecnología requerida para la atención.

Participación social: consiste en la participación de las comunidades, representada por los usuarios de la seguridad social, para su intervención en aspectos relacionados con la ordenación,

supervisión, administración y vigilancia tanto de las entidades como de la totalidad del sistema, de acuerdo con la Ley 100 (Colombia, 1993)

Pertinencia: es el nivel en que los beneficiarios reciben la atención necesaria, optimizando el uso de los recursos disponibles, esto de acuerdo con 1011, decreto del MSPS, en el que además esto se realiza conforme a la evidencia científica, asegurando que los efectos secundarios sean inferiores a los beneficios esperados.

Plan de beneficios en salud (PBS): constituyen el grupo de prestaciones a las que cada afiliado al SGSSS tiene acceso para garantizar su atención en salud, esta definición en concordancia con la Ley 100 (Colombia, 1993)

Prestadores servicios salud (PSS): son las entidades sanitarias, los profesionales autónomos y los servicios de transporte especializado para pacientes, siempre que estén inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y cuenten con la respectiva autorización para operar, según lo dispuesto en el Decreto 441 del MSPS. Además, se excluyen aquellas entidades cuyos servicios no están financiados por recursos del SGSSS, debido a que su finalidad social es distinta.

Prevalencia de derechos: se establece que corresponde a la familia, al Estado y a la sociedad la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención en salud, la protección y el cuidado de las mujeres gestantes o en edad reproductiva, así como de los niños, niñas y adolescentes, dada la Ley 1438 (Min Salud Colombia, 2011). El objetivo es proteger su vida, bienestar, integridad física y principios morales, además de fomentar su desarrollo integral y conforme. En adición, el suministro de estos servicios se ajustará a los ciclos de vida establecidos en esta normativa y conforme a los beneficios del Plan.

Prevención: se define la prevención como la aplicación de un enfoque precautorio en la gestión de riesgos, el análisis de procesos y la entrega de atención sanitaria, según la Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011).

Progresividad: es el proceso gradual mediante el cual, en el Plan de Beneficios, se actualizan las prestaciones comprendidas, esto dada la definición en la Ley 1438 (Min Salud Colombia, 2011).

Proveedores de tecnologías en salud (PTS): hace referencia a cualquier individuo o entidad, ya sea de carácter natural o jurídico, que lleve a cabo actividades relacionadas con la gestión, almacenamiento, comercialización o distribución de tecnologías en salud. Según lo establecido en el Decreto 441 del MSPS, este término también incluye a operadores logísticos, gestores farmacéuticos, instituciones académicas, organizaciones sin ánimo de lucro y otras entidades privadas que desarrollen estas labores.

Rectoría del sector salud: la Ley 1438 del 2011 del MSPS; ministerio que actúa como el ente rector encargado de esta área; determina que la responsabilidad de liderar, orientar y coordinar las actividades relacionadas con el sector salud recae en el MSPS.

Red de prestación de servicios: es un sistema compuesto por prestadores de salud localizados en una misma área geográfica, que trabajan de manera estructurada y funcional bajo los principios de complementariedad y subsidiariedad. Según lo dispuesto en el Decreto 4747 del 2007 del MSPS, este modelo sigue las directrices de referencia y contrarreferencia definidas por la entidad encargada del pago, con el propósito de asegurar una atención sanitaria de calidad, accesible, continua, oportuna, integral y eficiente, ajustándose a las necesidades de la población.

Referencia y contrarreferencia: este asegura el cumplimiento de los principios de aseguramiento de la calidad, la continuidad y la integralidad en los servicios de salud, en alineación

con la organización de las Redes Integrales para los Prestadores de Servicios Sanitarios establecidas por la entidad encargada del pago. Según el Decreto 441 del 2022 MSPS, la referencia y contrarreferencia se define como los procedimientos, procesos y actividades, tanto de índole técnico como administrativo, que garantizan una atención adecuada y efectiva para los pacientes.

Régimen contributivo: el contiguo de disposiciones que reglamentan la incorporación de individuos y familias al SGSSS, de acuerdo con la Ley 100 (Colombia, 1993). Esta afiliación se realiza mediante el pago de una cotización económica, ya sea de forma individual, familiar o financiada en conjunto entre el afiliado y su contratante.

Régimen subsidiado: comprende las reglas que normalizan la incorporación de las personas al SGSSS en Colombia, mediante una cotización que se financia total o parcialmente mediante recursos fiscales o de contribución solidaria, según lo dispuesto en la Ley 100 (Colombia, 1993) en la que se establece el régimen subsidiado.

Respuesta a glosa y devoluciones: es el mensaje transmitido por el proveedor de atención sanitaria para atender y resolver la devolución de la glosa emitida por la entidad a cargo del pago, esta definición de acuerdo con la Resolución 3047 de 2008 (Ministerio Social de la Protección, 2008).

Riesgo primario: se refiere a la fluctuación inevitable en la frecuencia o gravedad de un evento o condición médica dentro del grupo poblacional designado, que genera un impacto financiero para quien asume dicho riesgo, este riesgo según el 441 del 2022, decreto del MSPS, donde además se especifica que debe considerarse en la nota técnica cuando sea pertinente.

Riesgo técnico: este tipo de riesgo tiene un impacto financiero para quien lo asume y debe ser contemplado en la nota técnica, cuando corresponda. De acuerdo con el mismo decreto antes mencionado, se define el este riesgo como la variación en la usanza de recursos durante el acceso

a servicio de salud, en la aparición de complicaciones o en la severidad, atribuible a factores no predecibles o no amparados por evidencia científica.

Seguridad del usuario - paciente: consisten en un conjunto de herramientas estructurales, procedimientos, métodos y recursos basados en evidencia científica, creados para minimizar el riesgo de incidentes adversos durante la prestación de servicios de salud o mitigar sus efectos en caso de que ocurran, esta definición de acuerdo con el Decreto 1011 (Colombia, Ministerio de Protección Social, 2006) que describe la seguridad del paciente.

Sistema de Auditoría para el Fortalecimiento de la Calidad en la Atención en Salud (PAMEC): en concordancia con los lineamientos del 1011 del MSPS, desde el 2006, se entiende como un mecanismo continuo y estructurado diseñado para analizar y mejorar la calidad de los servicios asociados con la salud. Este proceso se enfoca en garantizar que la atención brindada cumpla con los estándares establecidos, respondiendo a las expectativas y necesidades de los usuarios.

Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social (SOGCS): se entiende como un sistema compuesto por instituciones, normativas, requisitos, mecanismos y procedimientos estructurados desarrollados por el sector salud para asegurar, mantener y mejorar la calidad de los servicios sanitarios en el país. Esto se establece en el Decreto 1011, que regula el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS).

Solidaridad: es el principio basado en la colaboración entre individuos, generaciones, sectores económicos, territorios y comunidades, fundamentado en la idea de que quienes poseen mayores recursos deben apoyar a quienes tienen menos. Según lo estipulado en la Ley 100 (Colombia, 1993), los fondos públicos destinados al sistema de Seguridad Social deben priorizar

a las poblaciones más vulnerables, siendo el Estado el responsable de garantizar este principio mediante su participación, supervisión y gestión.

Soportes de cobro: según el Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022), los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías están obligados a presentar a las entidades responsables de pago las facturas respaldadas por los documentos establecidos por el Ministerio de Salud. Además, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es un soporte indispensable para la validación y pago de estas facturas, y debe cumplir con las normas vigentes definidas por dicho Ministerio.

Sostenibilidad: de acuerdo con la Ley 1438 (Min Salud Colombia, 2011) se establece que las prestaciones reconocidas por el sistema deben ser financiadas exclusivamente con los recursos asignados por la ley, asegurando un flujo eficiente y ágil. Así mismo, la gestión de los fondos del sistema no debe comprometer el flujo de recursos disponibles. Finalmente se establece que, las decisiones dentro del SGSSS es mandatorio tener en cuenta la viabilidad financiera.

Transparencia: es la implicación en las condiciones del servicio de salud prestado o por prestar, las interacciones entre diferentes actores del SGSSS, y la formulación de políticas sanitarias requieren ser públicas, claras y accesibles, en atención a la Ley 1438 (Min Salud Colombia, 2011).

Tramite de glosas: se dispone que las organizaciones encargadas de financiar los servicios de salud deben formular y comunicar glosas, las correspondientes factura por factura, En un plazo de 20 días hábiles posteriores a su entrega con la documentación solicitada, dada la Ley 1438 de 2011, en su artículo 57 (Min Salud Colombia, 2011), Estas glosas deben basarse en la codificación y alcance establecidos por la normativa vigente, y no es posible emitir nuevas glosas sobre la misma factura, excepto en caso de hechos nuevos identificados en la respuesta inicial.

Además, si las glosas son subsanables, el prestador dispone de un plazo adicional de 7 días hábiles para corregirlas y reenviar las facturas a la entidad correspondiente. Por su parte, los prestadores de servicios sanitarios tienen un término en días hábiles de 15 días, para responder a las glosas, ya sea aceptándolas o justificando su rechazo. Desde la recepción de dicha respuesta, la organización encargada del pago dispone de 10 días hábiles para determinar si elimina parcial o totalmente las glosas, o si estas se mantienen como definitivas.

Los montos correspondientes a las glosas que han sido eliminadas, de forma total o parcial, deben ser pagados en un plazo máximo de 5 días hábiles tras el levantamiento, Informando al proveedor la razón o el porcentaje de las glosas que no fueron eliminadas. Si persiste el desacuerdo una vez cumplidos plazos establecidos, se puede acudir a organismo a nivel nacional a cargo de la regulación, la Superintendencia, para una resolución, ya sea mediante conciliación o por vía jurisdiccional, según la elección del prestador y conforme a lo estipulado legalmente.

En última instancia, corresponde al Gobierno Nacional regular los mecanismos destinados a desincentivar o sancionar el uso inadecuado del proceso de glosas por parte de las entidades encargadas del pago.

Unidad: se refiere a la combinación de políticas, entidades, sistemas, procesos y beneficios, diseñada con el objetivo de alcanzar las metas establecidas para la seguridad social, esta definición de acuerdo con la Ley 100 (Colombia, 1993)

Universalidad: es el principio que asegura la salvaguarda de todos los individuos, sin distinción alguna, a lo largo de todas las etapas de su existencia, según la Ley 100 (Colombia, 1993).

Introducción

En la constituyente de 1991, el artículo número 49, funda es un servicio público la salud y este es responsabilidad del estado, cuyo soporte legal está la ley 100 (Colombia, 1993), de acuerdo con la que rige actualmente el sistema para la salud en Colombia dando origen a las E.S.E, como I.P.S. estatales, con presupuesto propio, personería jurídica, soportando una viabilidad y sostenibilidad financiera, prestando servicios de salud con calidad, oportunidad y eficiencia. Esta ley, también creo a las E.P.S, actualmente llamadas también entidades responsables de pago (E.R.P), como las administradoras de recursos estatales, hacia sustentar el funcionamiento de los sistemas de salud y el respectivo pago a las I.P.S. Aunado a esto, en la 1751 ley del 2015, en el art. número dos, se establece que el derecho a la salud es “*autónomo e irrenunciable*” a nivel colectivo e individual, con el estado asumiendo una prestación de servicios con equidad, calidad, universalidad, oportunidad, garantizando un resultado con eficacia y eficiencia en el acceso al servicio de atención en el sistema de salud en Colombia, siendo la prestación de este servicio de naturaleza pública, esenciales de carácter obligatorio, donde el estado es el ente rector que ejerce la supervisión, vigilancia, coordinación y control garantizando así la salud en todo el territorio colombiano.

Dado que los recursos en salud son finitos, el cuidado de estos es exhaustivo, por tal razón existen múltiples auditorias tanto de las I.P.S, como de las E.R.P, con el fin de lograr la máxima efectividad del sistema, optimizando la facturación, la gestión de cuentas médicas y glosas en salud, a fin de unificar criterios en cuanto a los soportes necesarios para el pago oportuno y total, disminuyendo y/o evitando un detrimento patrimonial para la I.P.S. Según lo establece la resolución 3047 (Ministerio Social de la Protección, 2008), hay diversos causales de glosas en salud, siendo una de ellas las glosas por pertinencia, afectando negativamente el interés económico

de una I.P.S. Dichas objeciones están directamente relacionadas con el profesional en salud y un actuar desinteresado sin tener un soporte apropiado en las guías de práctica clínica, aunado a un mal diligenciamiento en la historia del usuario y una débil justificación médica, pudiendo poner en riesgo fiscal y financiero a las I.P.S cuando no se gestionan de forma adecuada, o no se tiene un control exhaustivo de las mismas para prevenirlas, por tal razón se deben desarrollar estrategias para su disminución, siendo una de estas estrategias, la auditoria médica, a fin de controlar, monitorizar, mejorar la calidad en el registro y en la prestación del servicio, para de esta forma, impactar positivamente en la gestión de las mismas.

Ante esto, las I.P.S sean públicas o privadas, están expuestas a un riesgo prevenible en cuanto a pérdida de recursos económicos si no hacen una gestión optima de las glosas por pertinencia, por lo cual es deber de estas empresas, conocer a fondo las estadísticas, así como el impacto en dinero que causan estas objeciones a fin de evitarlas, es por esta razón, que se justifica conocer la presentación, así como la pérdida económica de las glosas por pertinencia presentadas en el año 2022 en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira y definir posibles estrategias de mejora para la E.S.E a fin de lograr una gestión apropiada, impactando positivamente en la eficiencia organizacional, así como creando un referente comparativo en el tiempo, partiendo de datos propios y reales de esta I.P.S.

1. Análisis de las glosas por pertinencia en el año 2022 de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira

1.1 Planteamiento del problema

El hospital en la provincia de García Rovira que es de segundo nivel de complejidad – la E.S.E, ubicada en Málaga Santander, es una I.P.S de segundo nivel de complejidad con ciertos servicios de complementariedad de tercer nivel, siendo también centro de referencia de la provincia para 13 municipios, con una población objetivo según (Ferreira, 2021) de 173.714 personas, esta E.S.E ha presentado un crecimiento ostensible en el último cuatrienio, dado por la ampliación en su portafolio, aumento de su talento humano y capacidad instalada, cambio de su sistema de información de historias clínicas, así como múltiples acuerdos de voluntades con las principales E.R.P de la región, traduciéndose en una mayor venta de servicios, más rotación de profesionales en salud, y por ende mayor riesgo de glosas por pertinencia, implicando un aumento en el detrimento patrimonial para la institución, violando la eficiencia como principio en el manejo de recursos de sanidad, que en caso de su no gestión, puede poner a la organización en riesgo fiscal y financiero por una causa evitable, por tal motivo se decide realizar el estudio y crear un precedente, para que esta E.S.E cuente con una base para la generación del histórico de glosas por pertinencia médica.

¿Cuál es la presentación y la perdida en dinero de las glosas por pertinencia en la ESE Hospital Regional de García Rovira en el año 2022?

1.2 Justificación

Al realizar una revisión literaria al respecto, en cuanto a la presentación de glosas por pertinencia, es variable, mas no despreciable, ya que al revisar tres estudios se encontró que en el estudio realizado por (López et al., 2022) titulado “*Plan de mejoramiento para disminuir el porcentaje de las glosas, a nivel institución de complejidad nivel alto, en la ciudad de Bogotá*” identificó una frecuencia de glosas del 6.9%, lo cual se considera un porcentaje bajo en el contexto de la gestión hospitalaria. Este hallazgo resalta la importancia de implementar estrategias de mejora continua que permitan mantener e incluso reducir estos niveles, optimizando los procesos administrativos y asegurando la sostenibilidad financiera de la institución.

El porcentaje reportado evidencia un desempeño favorable, pero también señala áreas de oportunidad para reforzar el control de calidad en la facturación, la documentación y la comunicación entre los actores involucrados.

La experiencia documentada en este estudio puede servir como referencia para otras instituciones con características similares., si se compara con lo encontrado por (Ruth et al., 2016) en su estudio relacionado con la gestión y/o administración de glosas para proveedores de servicios de salud quien encontró que las glosas por pertinencia fueron el 12.8% del total de glosas, evidenciando un aumento en la frecuencia de presentación casi del 100% comparado con el primer estudio.

Al contrastar la información previa con el análisis llevado a cabo por Morales et al. (2021), titulado 'Causas de glosas en una entidad de II nivel de complejidad en el municipio de Pereira, Risaralda, durante el segundo semestre del año 2020, donde las glosas por pertinencia fueron el 19.6% del total de la muestra, queda en evidencia la variabilidad e importancia en la presentación de las glosas por pertinencia, lo cual se traduce directamente en una perdida evitable de recursos

económicos, así como una falla en el aseguramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, poniendo en riesgo no solo a la organización, sino también a los usuarios.

El hospital en la provincia de García Rovira - E.S.E. HR al ser una I.P.S, no es la excepción en cuanto a la presentación de glosas por pertinencia, más sin embargo, no existe un histórico completo de glosas por pertinencia médica, no cuenta con datos propios, actualizados ni reales en cuanto a la presentación y pérdidas económicas ocasionadas por estas objeciones, tampoco tiene establecido de forma documental opciones de mejora para gestionarlas, lo cual a futuro afecta negativamente la transformación y crecimiento que ha tenido esta institución, por tal razón, es de vital importancia realizar un análisis cuantitativo retrospectivo de la presentación y costos en dinero para la institución de las glosas por pertinencia para posteriormente formular estrategias de mejora que puedan ser aplicadas a futuro por parte de la auditoria médica, con la finalidad de disminuir o prevenir estas objeciones que lesionan la economía de la institución, manteniendo así una sostenibilidad financiera optima y segura, además, estos datos propios de la institución, servirán de comparativo para evaluar el impacto del equipo de auditoria así como la adherencia del talento humano en ejecución y contener a tiempo posibles desviaciones, aplicando oportunamente planes de mejora, logrando de esta forma una adecuada gestión tanto financiera como de calidad en la prestación de servicios sanitarios, siempre en vanguardia para la aplicación de las guías para la práctica clínica vigentes, motivo por el cual se decide trabajar con la información de glosas para identificar la presentación y las perdidas en dinero de las glosas por pertinencia tomando como línea base el año 2022 para la entrega de esta información a la ESE HRGR.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Identificar la de presentación y las pérdidas en dinero de las glosas por pertinencia en el año 2022 en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, por medio de un corte transversal retrospectivo, como base para opciones de mejora y creando un precedente de comparación a futuro.

1.3.2 Objetivos específicos

Cuantificar el número total de glosas por pertinencia presentadas en el año 2022 en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.

Determinar las principales causas de las glosas asociadas con pertinencia, en el hospital en la provincia de García Rovira - E.S.E. HR, durante el año 2022.

Estimar el impacto económico de las glosas por pertinencia en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, cuantificando las pérdidas financieras ocasionadas.

Analizar los procesos internos vinculados con el manejo de las cuentas médicas, así como la administración de las glosas, destacando puntos susceptibles para la optimización.

Proponer acciones de mejora basadas en los hallazgos, que contribuyan a la reducción de las glosas y las pérdidas económicas en años futuros.

2. Marco referencial

2.1 Antecedentes

Las glosas en salud tienen relevancia no solamente en Colombia, sino a nivel internacional, ya que comprometen los recursos del sistema, por tal razón se tiende a estudiar el tema para de esta manera definir cómo mejorar de forma continua como se evidencia en el estudio realizado por (Vigna et al., 2020) “*Disallowance analysis through the audit of accounts performed by nurses: an integrative review*”, cuyo objetivo fue revisar la producción científica en relación con el análisis de glosas mediante auditorías de cuentas realizadas por personal de enfermería, mediante una revisión integral de la literatura con una muestra seleccionada de 10 artículos, los cuales fueron publicados en Brasil, 80% de estos fueron en el contexto hospitalario, con un abordaje cuantitativo en el 50% de los casos y un enfoque descriptivo en el 60%, siendo prevalentes los estudios que investigaron la ocurrencia y causas de glosas, con el fin de esclarecer las de mayor impacto, así como plantear alternativas para optimizar los procesos asociados con auditoría para las cuentas ejecutadas por el personal de enfermería., concluyendo en la importancia de realizar una análisis apropiado de las glosas para mejorar el uso eficiente de recursos y lograr el aseguramiento de calidad en los servicios de salud. Ya al adentrarse en literatura nacional se encuentran varios estudios como antecedente a nuestra investigación respecto a las glosas y como gestionirlas.

Según (Passos Simancas et al., 2020) en “*Facturación y cuentas medicas en el sector público: Información contable en un hospital público*”, realizo el análisis de las acciones relacionadas con procesos facturables y cuentas medicas de dicho E.S.E Hospital Local, teniendo como objetivo, el diagnostico organizacional como herramienta para la administración de los las acciones asociadas con las cuentas médicas, tales como emisión de facturas, con el objetivo de identificar las problemáticas existentes, en cuanto a la presentación de las glosas u objeciones que

al final ocasionaban un problema de sostenibilidad financiera para la institución, ya que esto retrasaba el flujo de recursos así como pérdida de dinero, en servicios que ya se prestaron y que por inconsistencias tanto en el proceso de las cuentas médicas, como en el de facturación, no se pagaban, transfiriendo al final esta carga al usuario ya que una institución desfinanciada no puede prestar un servicio adecuado ni de calidad. Posterior a la intervención se encontró que el problema de sostenibilidad financiera de la E.S.E, es el mismo que se presenta a nivel nacional, asociándose a un desconocimiento de la normatividad vigente, dada por la falta de socialización de estos documentos, generando así incertidumbre en el personal a la hora de gestionar o evitar las glosas.

(Passos Simancas et al., 2020) concluyeron en su estudio que el 50% de los entrevistados indicaron que no existía una relación clara entre la identificación del usuario y el régimen de seguridad social al que pertenecían, lo que derivaba en errores de facturación. Además, un 20% de los participantes no respondió debido a un desconocimiento de la información, y el 10% manifestó no estar familiarizado con la cobertura del Plan de Beneficios en Salud (anteriormente llamado POS).

Por otra parte, (Passos Simancas et al., 2020) en el estudio reveló que un 60% de los entrevistados desconocía los acuerdos de voluntades entre la IPS y la ERP, lo que también generaba glosas por falta de información. Asimismo, el 60% de los participantes ignoraba la importancia del control para prevenir glosas por pertinencia, asumiendo erróneamente que las facturas serían pagadas independientemente de las objeciones o hallazgos en el proceso de auditoría.

Un hallazgo destacado fue que el 90% de los entrevistados coincidieron en la necesidad de contar con una herramienta de apoyo que facilite el proceso de emisión de facturas y asociados, así como las cuentas, con el objetivo de reducir las glosas.

Con base en estos resultados, los autores concluyeron que es esencial trabajar en la unificación de criterios y en la socialización de la información, lo cual permitiría estructurar y presentar de manera adecuada las cuentas médicas y la facturación de servicios. Esto no solo mejoraría los procesos, sino que también evitaría las glosas recurrentes. Finalmente, destacaron la importancia de garantizar un buen flujo de información, además de implementar capacitaciones y socialización de la normativa vigente para reducir las objeciones en la gestión de facturación y cuentas médicas.

Según Chavarría (2018), en su estudio titulado “Desarrollo e implementación de una herramienta para la validación de cuentas médicas y gestión de glosas en el sector salud en Colombia”, el objetivo principal fue verificar el nuevo instrumento para la auditoría que permitía optimizar la gestión de cuentas, glosas y objeciones. Este enfoque buscaba mejorar el acatamiento de los estándares de salud de acuerdo con el sistema obligatorio de garantía del sector en las I.P.S y E.P.S.

El estudio siguió un diseño exploratorio mixto desarrollado en tres fases. En la primera fase, se identificaron las principales causas de glosas en las I.P.S, lo que permitió establecer un diagnóstico inicial de las equivocaciones en procesos de auditoría y facturación. En la segunda fase, se diseñó una herramienta orientada a facilitar la auditoría de las facturas antes de ser enviadas a las E.P.S. Este mecanismo buscaba minimizar errores y evitar las causales comunes de glosas. Además, la herramienta incorporó un módulo para generar indicadores que respaldaran facilitar la gestión eficiente de las glosas y a su vez el tomar decisiones basadas en datos.

Finalmente, en la tercera fase, el instrumento fue evaluado y validado por un grupo de expertos. Durante este proceso, se incorporaron seis módulos destinados a parametrizar aspectos clave, como contratos, facturas, soportes y tarifas, además de gestionar las glosas y generar

indicadores en tiempo real. Este diseño permitió cumplir con los objetivos del estudio, ofreciendo una solución integral para mejorar la calidad y eficiencia en la gestión de las cuentas y la reducción de glosas.

En la investigación llevada a cabo por Chavarría, Tatiana (Chavarría Chavarría, 2018) se concluyó que la integralidad en la herramienta de auditoría propuesta fue importante para la optimización de los procesos implicados, así como se encontró que beneficia la toma de decisiones de forma acertada en cuanto a gestión de la glosa, impactando así en una recuperación de cartera positiva para la institución, mejorando los indicadores de gestión y de la optimización en la gestión de recursos dentro de las instituciones.

Dado el impacto que tienen las glosas en las I.P.S, según (Torres et al., 2020) en *“Estrategias para la disminución de las glosas en la E.S.E Hospital Comunal las Malvinas de Florencia- Caquetá”*, llevaron a cabo un estudio con el propósito de desarrollar estrategias dirigidas a identificar y prevenir las glosas relacionadas con la provisión de servicios del sector, buscando así mejorar la administración y el aprovechamiento de los recursos disponibles en la E.S.E. por medio de un enfoque cuantitativo, a través de un estudio descriptivo observacional de tipo transversal retrospectivo de las causales y presentación de las glosas, recolectando la información de las fuentes primarias que fueron, los líderes y coordinadores del proceso de facturar, revisar cuentas y administrar glosas, así como de las fuentes secundarias que para el estudio se consideraron como las contenidas en la normatividad vigente, los informes de auditoría médica en cuanto a sus hallazgos y actividades realizadas además de las bases de datos institucionales respecto al tema.

Los investigadores (Torres et al., 2020), encontraron que el 56% de los entrevistados desconocía que era una glosa, el 68% no sabían que estas se presentaban asociadas a los

procedimientos y servicios que la E.S.E ofertaba, el 73% no tenía conocimiento de las tres principales causas de glosas, el 36% indicaba no saber la causal de glosa por pertinencia, un 73% de las personas encuestadas desconocía la afectación que puede tener la glosa al pago de sus honorarios, así como el 72% desconoce el manual de facturación y glosas de esta empresa. Concluyendo de esta forma, que en la E.S.E intervenida se presentaba un gran desconocimiento en todos estos ámbitos, incluyendo la contratación vigente con que contaba la institución en cuanto a prestación de servicios, así como se desconocían los procesos que se deben realizar para la gestión adecuada de las glosas incluyendo sus casuales. Como estrategia de mejora, los autores propusieron, realizar un adecuado plan de capacitaciones por parte de la alta gerencia, con una difusión de la información de forma masiva hacia el personal asistencial y administrativo, donde se aclaren los conceptos desde las causales de glosas, socializar el impacto económico que estas tienen en la institución y sus colaboradores, dar pautas para prevenirlas, ya que de esta forma se logra un uso eficiente de los recursos, así como se aumenta el recaudo de cartera generando una sostenibilidad financiera en la institución.

Para (E. Cadavid y Morelo, 2020) en “*Análisis de las principales causas de glosas en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá año 2020*”, las glosas son una problemática en todas las entidades sociales del estado a nivel nacional, motivo por el cual llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar las razones que originan glosas en la entrega de atención médica en la E.S.E de Tarazá, la metodología que los investigadores usaron fue un tipo de tesis descriptiva y retrospectiva revisando los datos del departamento de facturas referente a las causales de glosas y sus implicaciones del año 2020.

Una vez se realizó este análisis, se encontró que el 23.39% de la facturación se glosó con una aceptación del 2.07% y un 21.32% no aceptado, siendo la glosa por pertinencia la que más se

vinculó en las atenciones a los SOAT, más sin embargo los autores no clarifican el porcentaje de glosas por pertinencia de la totalidad de glosas presentadas. De lo anterior concluyeron en la afección que suponen las glosas para los recursos financieros de la I.P.S.

Además de proponer un programa de capacitaciones al personal de facturación para gestionar las glosas disminuyendo los errores administrativos, además de esto, también vieron necesario implementar un programa de auditoria para hacer seguimiento a las glosas y su impacto a fin de generar conciencia en el personal asistencial y administrativo para disminuirlas.

Otro equipo de investigación que vio importancia en las glosas y su gestión fue (De la Ossa et al., 2022) en “*Gestión de glosas y su impacto financiero en una institución prestadora de servicios de salud en el municipio de Puerto Libertador, 2020*”, teniendo como objetivo del estudio sobre la gestión de glosas y su repercusión financiera en la entidad de atención médica ubicada en Puerto Libertador, como metodología usaron un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo con información de las glosas presentadas en el primer trimestre de 2020, dentro de las causales encontradas de glosas, la pertinencia correspondió al 14% con un impacto financiero del 1.3% del total de la facturación, en otras palabras quiere decir que por cada 100 glosas que se presentan, 14 glosas son por pertinencia como agente causal, si lo llevamos a dinero \$100.000.000 de pesos en glosas, \$1.300.000 se pierden o se retrasan en recuperarse por no ser pertinentes. De esta intervención se concluyó, la importancia en la gestión adecuada de las glosas dado el detrimento patrimonial que ocasionan, así como mejorar la capacitación al personal, el fortalecimiento de las auditorías internas, realizar reinducción e inducción a todo el talento humano, concientizándolo de la importancia de la gestión de facturación y registros médicos en cuentas, todo para disminuir los diferentes motivos de glosas encontradas entre estas las de pertinencia.

2.2 Marco teórico

2.2.1 Concepto de marco teórico

El marco teórico es la base fundamental para realizar la sustentación de un estudio, revisando los diferentes hallazgos aportados por diversos autores a fin de dar pie a una nueva investigación que permita obtener resultados que puedan complementar o porque no controvertir, la información actual.

2.2.1.1 Elaboración del marco teórico. La salud en Colombia según la respetiva constitución (Constituyente, 1991) dados los artículos 48, 49 y 50, establece como un servicio a cargo del estado que además es de carácter público, quien deberá garantizar como regente, la prestación del mismo, manteniendo los compendios como solidaridad, universalidad, y eficiencia, además de reglamentar toda la normatividad, para que las instituciones de carácter público o privado, que hacen parte de correspondiente sistema de salud las cumplan de forma apropiada, en otras palabras, este articulo pone al estado como garante de la salud de todos los individuos que residen en territorio colombiano, teniendo funciones como inspección, vigilancia, control, coordinación y gestión de recursos del sistema. Esto se amplía más en lo descrito por ley 100 (Colombia, 1993) en la cual se establece un régimen integral de seguridad social, dados los principios constitucionales mencionados con anterioridad, además de buscar la integralidad en el cubrimiento de las contingencias, la unidad en la gestión administrativa, respetando la participación ciudadana dentro de este sistema para ejercer control y fiscalización de los recursos, todo con el fin de lograr el adecuado uso de los dineros públicos, propendiendo por la oportunidad,

accesibilidad y la cobertura universal de forma obligatoria de todos los habitantes del territorio colombiano sin que haya discriminación alguna, garantizando salud para todos.

Fundamentado como un sistema descentralizado, autónomo y solidario, contando con recursos mixtos, creando dos regímenes que aun prevalecen, en el régimen subsidiado, dirigido a personas que carecen de capacidad económica para realizar aportes donde la mayor parte del dinero para financiar el sistema es de carácter estatal y el régimen contributivo (personas con capacidad de pago).

También se crean las Entidades Promotoras de Salud (EPS), cuya ocupación es garantizar la afiliación universal y obligatoria al sistema, además de administrar los servicios prestados en salud, así como dineros de forma eficiente para la sostenibilidad financiera del sistema, por tal razón, fungen también como Entidades Responsables de Pago (ERP) a las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS), allí también con intervención del estado, ya que para asegurar los servicios a prestar, se crean las empresas sociales de estado (E.S.E), que son IPS de naturaleza pública con patrimonio propio y personería jurídica, las cuales deben ostentar una viabilidad financiera por medio de la venta de servicios del sector, con calidad para usuarios del sistema, siendo de vital importancia, contar con un uso no restringido pero si costo – efectivo de los mismos, ya que como se ha mencionados los recursos destinados a la salud poseen una naturaleza pública, son finitos y con una exigencia de efectividad, por tanto, hay un extensivo plan de auditorías para optimizar el control fiscal de estos, según 780, decreto del MSPS del 2016.

Según (Osorio et al., 2002), La auditoría médica tuvo sus inicios a principios del siglo XX en América del Norte, con el propósito de optimizar la calidad de la atención sanitaria, posteriormente se difunde a todo el continente americano, propendiendo siempre por realizar una revisión exhaustiva, continua y crítica de los registros clínicos donde se detalla la atención prestada

a los pacientes, a fin de establecer opciones de mejora para llegar a la calidad deseada, Dado que existe una correlación directa entre la calidad de la atención y la precisión del registro.

Pero no basta solo con saber la función de la auditoria médica, sino las condiciones que debe tener el profesional que la realiza, como lo refiere el autor, debe tener independencia en su labor, contar con el apoyo de la alta gerencia para ejecutar el proceso de forma libre y sin coacción, debe ser objetivo, ético y honesto, además de tener todos los conocimientos técnicos, legales y científicos que le den la experticia a su labor.

Con el fin de cumplir las diferentes etapas del proceso de auditoria médica, como son, la planeación, la ejecución, la socialización de hallazgos, recomendaciones y oportunidades de mejora, para por último realizar la entrega del informe escrito, donde se plasman todas las actividades realizadas en la auditoria a fin de dejar constancia de la intervención y darle soporte a la alta gerencia para la toma de decisiones de forma objetiva.

Según (Rencoret, 2003), El auditor médico, está involucrado en todos los procesos que se realizan en un hospital en cuanto al servicio o los servicios prestados, sirviendo como puente con el equipo administrativa a fin de lograr el cumplimiento de los aspectos legales, éticos, científicos, de calidad y de efectividad (suma de eficiencia y eficacia) los servicios prestados de salud, ya que su función permite reconocer los errores y causas de los mismos a fin de intervenirlos de forma activa y precoz, propendiendo por generar conciencia de mejora en todas los proceso organizacionales y compromiso con el paciente a fin de fomentar una cultura de seguridad en la atención.

Se refiere a la auditoria medica como una instancia más educativa que punitiva, con el fin de aprender de los errores Y alcanzar la excelencia en la provisión de atención médica, destacando además la relevancia de los diversos ámbitos de actuación de un auditor médico, entre estos están

los aspectos financieros de la organización, ya que por medio del programa de auditorías, se puede establecer una relación costo – beneficio, realizando los correctivos necesarios para lograr la eficiencia y sostenibilidad económica de la institución. Por tal razón, la auditoria médica, es un proceso vital en el correcto funcionamiento organizacional, para lograr la calidad con efectividad.

Colombia no es la excepción, ya que la ley 100, transformo el sistema de salud, convirtiéndolo en un conjunto de múltiples empresas que trabajan para un fin común, las cuales, aparte de asegurar los servicios del sector y su prestación, deben demostrar una viabilidad económica con un eficiente manejo de los recursos, por tal razón el decreto 4747 MSPS, dejo el precedente, toda vez que es allí donde se presenta la regulación de las modalidades de contratación y pagos, de la ERP a la IPS, estipulando en su artículo 22 la creación del “*manual único de glosas, devoluciones y respuestas*” que es obligatorio para la adopción de todas las instituciones del sistema de salud, donde se consignan las causas de estas objeciones , así como define la temporalidad y el trámite que se debe realizar para subsanarlas, pero no es sino hasta el 2008 donde se objetiva el documento dada la resolución 3047 MSPS, estableciéndose los anexos y soportes necesarios para presentar una factura por parte de la entidad prestadora al pagador, deja claro además de esto, las diferentes causales de glosa, dentro de las cuales se encuentran las glosas por pertinencia, siendo una causa frecuente y evitable de perdida de dinero para la IPS, por tal razón, siempre se debe buscar intervenciones que puedan disminuir su presentación, potenciando la atención con calidad en salud y manejo eficiente de los recursos.

Según (Arango Cardona, 2010), una mala gestión de la calidad en salud tiene impactos negativos en la sostenibilidad financiera de una IPS, esta situación se presenta en procesos que se realizan de forma inapropiada y no se corrigen a tiempo o se deja que sucedan de forma repetitiva, dando como resultado perdida de dinero a causa de facturación inadecuada, reproceso para

corrección de soportes, glosas a la facturación por diversas causales que se consignan en la resolución 3047 (Ministerio Social de la Protección, 2008), requerimientos por los entes de control, eventos adversos, demandas judiciales, entre otras situaciones que ponen en riesgo económico a la organización. Por tal razón, es de vital importancia tener un conocimiento propio de las fallencias que presenta cada institución prestadora de servicios, en las diferentes problemáticas mencionadas con anterioridad a fin de enfocar los esfuerzos para disminuirlas y/o evitarlas, logrando así un manejo eficiente de los recursos. Este menoscabo financiero, relacionado principalmente con las glosas en salud, es tan relevante que tiene una directriz clara para su manejo, ya que una gestión tardía o inadecuada de la misma, compromete el recaudo de cartera de la IPS afectando directamente la viabilidad fiscal de la misma más aún, si es de índole público donde los recursos son más limitados y controlados.

Según (Ruth et al., 2016), la recuperación de cartera por facturación glosada, es una dificultad grande a la cual se enfrentan las IPS, poniendo en riesgo la sostenibilidad financiera organizacional, encontrando dentro de las causales, que las glosas por pertinencia se presentaron en un 12.8% del total, dependiendo netamente del acto médico con un soporte técnico – científico inadecuado, asociada a debilidades institucionales como son el desconocimiento de guías, protocolos de manejo, el registro incongruente entre la historia clínica y las ordenes medicas dadas así como a la falta de socialización de la contratación vigente entre la IPS y la ERP a los colaboradores de la organización, por otra parte (Leyva et al., 2018), al realizar una caracterización de las diversas glosas, encontró que la principal causa de glosas fue el registro inadecuado de insumos y medicamentos en la historia clínica (causal de pertinencia) con el 43% y costando en un mes más de 80 millones de pesos en pérdidas para la institución. Por tal razón, para las IPS es de vital importancia contar con datos propios respecto a la presentación de las glosas y sus

casuales, entre estas la pertinencia, a fin de direccionar estrategias de impacto basado en un análisis real para disminuir las pérdidas causadas por estas objeciones, dando conciencia organizacional de lo que realmente hay detrás del proceso de facturación y cuentas médicas.

Es así como han formulado estrategias de prevención como las propuestas por (Calderón y Coronado, 2020), como la adecuada capacitación sobre el tema a todos los colaboradores de la organización, una buena inducción al puesto de trabajo, así como asegurar un adecuado flujo de la información. Ya direccionando estas intervenciones hacia la prevención de glosas por pertinencia, es vital entender su definición y sobre todo saber la importancia de estas en cuanto a costos y la presentación, e intervenirlas de una forma adecuada, la cual esta enlazada a mantener una socialización constante de los protocolos y guías de manejo institucionales, una franca medición de adherencia a estos, realizar una labor fuerte de auditoria concurrente, así como garantizar que toda la institución tenga clara la importancia en cuanto a las pérdidas que representan estas no conformidades, que al final se traducen en un daño fiscal para la E.S.E, comprometiendo así el progreso organizacional aunado a la exposición a eventos adversos, demandas, muertes entre otras, por no realizar una adecuada gestión encaminada a la disminución y prevención de las glosas por pertinencia, teniendo como eje fundamental la actualización académica, la educación continuada del talento humano y gestión oportuna y precoz de las falencias encontradas en las historias clínicas de los usuarios atendidos en dicha organización.

Según (Muñoz, 2013), la organización, fortalecimiento y capacitación del talento humano, para identificar posibles causa de glosas y subsanarlas a través de un correcta historia clínica, con un riguroso control en su diligenciamiento y pertinencia médica, listas de chequeo aplicadas en la historia clínica, ayudas diagnóstica, formatos y soportes de la atención medica brinda, crean una adherencia, evitando que pasen por alto los ítems de una correcta historia clínica en la práctica

clínica, generando así un trabajo sistemático, el cual ayuda a disminuir la prestación de glosas por pertinencia. Un ejemplo de esta lista de chequeo:

Figura 1. Lista de chequeo de historias clínicas orientada a evitar glosas en las instituciones de salud.

Variable a evaluar	Cumple	No cumple	Porcentaje	Total
Fecha y Hora				
Antecedentes				
Anamnesis				
Motivo de consulta				
Enfermedad actual				
Revisión por sistemas				
Análisis				
Tratamiento				
Justificación de medicamentos No Pos				
Diagnostico código CIE 10				
Plan de manejo				
Dosis y presentación de medicamentos				
Diferencia entre los servicios prestados vs los facturados				
Medicamentos ordenados vs medicamentos soportados				
Insumos utilizados vs insumos justificados				
Presenta enmendaduras y tachones la historia clínica				
Soportes de los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos realizados				
Soporte de medicamentos e insumos de alto costo				
TOTAL				

2.2.1.1.1 Función del marco teórico. Esa revisión de literaria permite ver el problema desde diferentes ángulos, según los enfoques dados por los estudios que allí se consignan, dando así un panorama amplio de la evidencia actual como soporte a una nueva producción científica.

2.3 Marco conceptual

Dentro del marco conceptual que sustentan el entendimiento adecuado de este estudio se toman las definiciones encontradas en el soporte legal actual sin modificaciones o cambios, enfocando lo siguiente:

Tabla 1 *Marco conceptual*

Concepto y abreviatura que corresponda	Soporte bibliográfico que lo respalda	Definición
Entidad promotora de salud (EPS)	Ley 100 de 1993 (Colombia, 1993)	Estas son las responsables de gestionar la afiliación y el registro de sus usuarios, así como de recaudar las cotizaciones asignadas por el Fondo de Solidaridad y Garantía. Su principal función consiste en coordinar y asegurar, de forma directa o a través de terceros, la prestación del Plan Obligatorio de Salud para sus afiliados. Además, deben transferir, en los plazos establecidos por esta Ley, la diferencia entre los ingresos recaudados de las cotizaciones y el valor de las Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, regulado en el Título III de esta normativa.
Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)	Ley 100 de 1993 (Colombia, 1993) Decreto 1298 de 1994 (Social, 1995)	Estas se conciben como organizaciones de carácter público, mixto, privado, comunitario o solidario, dedicadas a brindar servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas entidades pueden o no encontrarse vinculadas a las Entidades Promotoras de Salud. Asimismo, el Estado tiene la facultad de impulsar su desarrollo mediante diversos mecanismos, entre ellos la apertura de líneas de crédito orientadas tanto a la conformación de grupos de práctica profesional como al fortalecimiento de aquellas instituciones de tipo comunitario y solidario. Estas IPS tienen como responsabilidad brindar atención en el nivel correspondiente a sus afiliados y beneficiarios, cumpliendo con los principios y lineamientos establecidos en esta Ley. Las IPS deben basar sus acciones en los principios fundamentales de calidad y eficiencia, contando con independencia en los aspectos administrativos, técnicos y financieros. Asimismo, fomentarán la libre competencia en sus actividades, asegurando a los usuarios información precisa, suficiente y accesible, mientras se evita cualquier aprovechamiento indebido de una posición privilegiada dentro del sistema.

Concepto y abreviatura que corresponde	Soporte bibliográfico o que lo respalda	Definición
Régimen contributivo	Ley 100 de 1993 (Colombia , 1993)	Este régimen constituye el conjunto de disposiciones que establecen cómo las personas y sus familias se unen al SGSSS. La afiliación se efectúa mediante el pago de cotizaciones individuales o familiares, o mediante una aportación económica inicial que puede ser financiada directamente por el afiliado o en colaboración con su empleador.
Régimen subsidiado	Ley 100 de 1993 (Colombia , 1993)	Este régimen abarca el conjunto de disposiciones que establecen cómo las personas se integran al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La afiliación se efectúa mediante cotizaciones que están total o parcialmente financiadas con fondos fiscales o de solidaridad, según lo definido en la presente Ley.
Principio de eficiencia	Ley 100 de 1993 (Colombia , 1993)	Implica la utilización óptima de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles desde una perspectiva social y económica, con el fin de asegurar que los beneficios proporcionados por la seguridad social se entreguen de forma adecuada, oportuna y suficiente.
Principio de universalidad	Ley 100 de 1993 (Colombia , 1993)	Implica asegurar la protección para todas las personas, sin discriminación alguna, en cada etapa de su existencia.
Principio de solidaridad	Ley 100 de 1993 (Colombia , 1993)	Es responsabilidad del Estado garantizar esta solidaridad dentro del régimen de Seguridad Social mediante su involucramiento, supervisión y gestión. Se destaca que Los fondos provenientes de los recursos públicos en el Sistema de Seguridad Social están destinados prioritariamente a los grupos poblacionales más vulnerables. Finalmente, este principio se refiere a la cooperación mutua entre individuos, distintas generaciones, sectores económicos, regiones y comunidades, fundamentada en el principio de apoyo de los más privilegiados hacia los menos favorecidos.
Principio de integralidad	Ley 100 de 1993 (Colombia , 1993)	Este principio se materializa en un sistema proporciona cobertura para todas las eventualidades que afectan la salud, la estabilidad económica y, en general, las condiciones de vida de toda la población. Para lograr este objetivo, cada individuo contribuirá de acuerdo con su capacidad y recibirá el apoyo necesario para enfrentar sus contingencias protegidas por esta Ley.”
Principio de unidad	Ley 100 de 1993 (Colombia , 1993)	El principio que implica la integración de políticas, entidades, sistemas normativos, procedimientos y beneficios destinados a lograr los objetivos de la seguridad social.

Concepto y abreviatura que corresponda	Soporte bibliográfico que lo respalda	Definición
Principio de participación social	Ley 100 de 1993 (Colombia, 1993)	Se refiere a la implicación activa de la comunidad, representada por los beneficiarios de la seguridad social, en aspectos como la organización, supervisión, administración y vigilancia de las instituciones y del sistema en general.
Plan de beneficios en salud (PBS) o anteriormente plan obligatorio de salud (POS)	Ley 100 de 1993 (Colombia, 1993)	Comprende la gama de servicios de atención en salud a los que cada afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud está autorizado a acceder.
Atención en salud	Decreto 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)	Se define como la totalidad de servicios proporcionados al usuario, dentro de los procesos específicos de aseguramiento y garantía del servicio. Esto abarca las actividades, procedimientos, procesos e intervenciones asistenciales que se desarrollan en las etapas de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidos a toda la población.
Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud (PAMEC)	Decreto 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)	PAMEC es un proceso estructurado y continuo destinado a evaluar y mejorar la calidad observada de la atención en salud proporcionada a los usuarios, en relación con los niveles de calidad anticipados, previstos o esperados y requeridos.
Calidad de la atención de salud	Decreto 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)	Esta atención debe proporcionarse con un nivel profesional de excelencia, manteniendo un equilibrio adecuado entre los beneficios, riesgos y costos, con el fin de promover la aceptación y satisfacción de los usuarios. La Calidad entonces se refiere a la prestación de servicios de salud para usuarios individuales y colectivos, garantizando accesibilidad y equidad.

Concepto y abreviatura que corresponda		Soporte bibliográfico que lo respalda		Definición
Condiciones de capacidad tecnológica científica	de y	Decreto de 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)		Estos requisitos son considerados adecuados y necesarios para mitigar los principales riesgos que podrían comprometer la vida o la salud de los usuarios durante la prestación de los servicios de salud. Estas condiciones entonces representan los requisitos fundamentales e ineludibles de infraestructura y procedimientos que deben cumplir los Prestadores de Servicios para cada servicio de Salud que ofrecen.
Empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB)		Decreto de 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)		Las EAPB comprenden a las Entidades Promotoras de Salud tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado (conocidas como Administradoras del Régimen Subsidiado), así como a las Entidades Adaptadas y a las Empresas de Medicina Prepagada. Estas entidades son responsables de gestionar y administrar los planes de beneficios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social (SOGCS)	de	Decreto de 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)		<i>“Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”.</i>
Principio de accesibilidad	de	Decreto de 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)		Es la facultad del usuario para acceder y hacer uso de los servicios de salud que ofrece el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Principio de oportunidad	de	Decreto de 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)		Está estrechamente relacionado con la organización de la oferta de servicios en función de la demanda existente y con el nivel de coordinación institucional necesario para gestionar eficazmente el acceso a dichos servicios. Este principio asegura que los usuarios puedan acceder a los servicios que requieren sin enfrentar demoras que puedan poner en peligro su vida o salud.
Seguridad del paciente	del	Decreto de 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)		Implica una combinación de estructuras, procesos, herramientas y metodologías respaldadas por evidencia científica, diseñadas para minimizar los riesgos de eventos adversos durante la atención médica y para atenuar sus posibles consecuencias.

Concepto y abreviatura que corresponda		Soporte bibliográfico que lo respalda	Definición
Principio pertinencia	de	Decreto 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)	Se refiere al nivel en que los usuarios acceden a los servicios que necesitan, optimizando el uso de los recursos basados en evidencia científica y asegurando que los efectos secundarios sean inferiores a los beneficios potenciales.
Principio continuidad	de	Decreto 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)	Este principio representa el grado en que los usuarios reciben las intervenciones necesarias a través de una serie de actividades coherentes y fundamentadas en el conocimiento científico de forma permanente y continua.
Principio autocontrol	de	Decreto 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)	Este principio insta a que cada integrante de la entidad prestadora planifica, ejecuta, revisa y ajusta los procedimientos en los que participa, garantizando que se realicen conforme a los estándares de calidad establecidos por la normativa vigente y por la organización.
Auditoría interna		Decreto 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)	Es un proceso de evaluación sistemática llevado a cabo dentro de la misma institución por una instancia independiente al proceso auditado. Su objetivo principal es fomentar en la organización una cultura sólida de autocontrol. En entidades con un alto desarrollo de autocontrol, esta evaluación puede no ser necesaria, ya que el autocontrol puede reemplazar por completo las acciones normalmente realizadas por la auditoría interna.”.
Auditoría externa		Decreto 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)	Este tipo de evaluación puede no estar presente en aquellas entidades que han alcanzado un alto nivel de autocontrol, de modo que este sustituye completamente las funciones que normalmente desempeñaría la auditoría interna. Su finalidad es promover que la organización desarrolle una cultura de autocontrol. Consiste en una revisión metódica realizada dentro de la propia institución por una entidad externa al proceso que se está auditando.
Acciones preventivas		Decreto 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)	Se refiere al cconjunto de métodos, actividades y mecanismos de auditoría aplicados a los procesos prioritarios establecidos por la entidad, que deben ser ejecutados por las personas y la organización antes de la atención a los usuarios, con el fin de asegurar la calidad de dicha atención.

Concepto y abreviatura que corresponda		Soporte bibliográfico que lo respalda	Definición
Acciones de seguimiento	de	Decreto 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)	Estas acciones son una serie de procedimientos, actividades y mecanismos de auditoría que deben ser implementados por las personas y la organización durante la prestación de sus servicios de salud, enfocándose en los procesos considerados prioritarios para el aseguramiento de su calidad.
Acciones coyunturales		Decreto 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)	Hacen referencia al conjunto de procedimientos, actividades y mecanismos de auditoría que deben ser realizados por las personas y la organización de manera retrospectiva, con el propósito de alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud, facilitando la implementación de intervenciones orientadas a resolver de inmediato los problemas detectados y prevenir su repetición”.
Énfasis del PAMEC para una IPS		Decreto 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)	Basándose en estos parámetros, las IPS llevarán a cabo acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales que consisten en una evaluación continua y sistemática de la conformidad entre dichos parámetros y los resultados obtenidos, asegurando así los niveles de calidad establecidos por las normativas legales e institucionales. Estas instituciones deben establecer criterios, indicadores y estándares que les permitan definir los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención.
Prestadores de servicios de salud	de	Decreto 4747 de 2007 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007)	Dado el presente decreto, también se incluyen a los profesionales de salud independientes y a los servicios de transporte especial para pacientes que cuentan con habilitación. Se definen así a las instituciones y grupos de práctica profesional que disponen de la infraestructura física necesaria para ofrecer servicios de salud y que están debidamente autorizados.

Concepto abreviatura corresponda	y que	Soporte bibliográfico que lo respalda	Definición
Entidades responsables de pago de servicios de salud (ERP)	de	Decreto 4747 de 2007 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007)	Estas entidades son encargadas de la planificación y gestión de la contratación y el pago a los prestadores de servicios de salud y a los proveedores de tecnologías en salud, con el objetivo de satisfacer las necesidades de salud de la población a su cargo. Se incluyen a las entidades territoriales que establezcan acuerdos de voluntades para intervenciones individuales o colectivas. Este tipo de entidades y las demás correspondientes a esta definición son consideradas como entidades encargadas del pago de los servicios del sector salud, así como las direcciones de salubridad a nivel departamental, distrital y municipal, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.
		Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	
Red de prestación de servicios		Decreto 4747 de 2007 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007)	El objetivo de esta red es asegurar la calidad de la atención sanitaria y proporcionar respuestas apropiadas a las necesidades de la población, garantizando accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en la utilización de los recursos. Consiste en una agrupación interconectada de proveedores de servicios de salud situados en una determinada área geográfica, que operan de manera organizada y coordinada dentro de un proceso de integración funcional guiado por los principios de complementariedad y subsidiariedad, así como por las directrices de referencia y contrarreferencia establecidas por la entidad encargada del pago.
Acuerdo voluntades	de	Decreto 4747 de 2007 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007)	Este tipo de acuerdo estará regulado por las leyes aplicables, la naturaleza legal de las partes involucradas y deberá cumplir con las formalidades que establezcan las normativas pertinentes. Además, en su definición representa el acto mediante el cual una parte se compromete con otra a dar, realizar o abstenerse de realizar determinada acción. Las partes pueden estar constituidas por una o múltiples personas físicas o jurídicas.

Concepto abreviatura corresponda	y que	Soprote bibliográfico que lo respalda	Definición
Glosa		Resolución 3047 de 2008 (Ministerio Social de la Protección, 2008)	Se trata de una discrepancia o una “una no conformidad” que impacta parcial o totalmente el monto de una factura por servicios asociados con el sector salud, estas son detectadas por la entidad encargada del pago durante una revisión exhaustiva, y que deben ser resueltas por el proveedor de servicios de salud.
Devolución		Resolución 3047 de 2008 (Ministerio Social de la Protección, 2008)	Al realizar una devolución, la entidad responsable del pago debe comunicar todas las causas de dicha devolución. Las razones para la devolución son específicas e incluyen falta de capacidad para el pago, ausencia de autorización, falta de epicrisis, omisión de la hoja de atención de urgencias o del odontograma, facturas o documentos equivalentes que no cumplen con los requisitos legales, servicios electivos no autorizados y servicios ya pagados. Cabe destacar entonces que por definición consiste en una discrepancia que afecta completamente el monto de una factura por servicios de salud, identificada por la entidad encargada del pago durante una revisión inicial, lo cual impide que la factura sea considerada como presentada.
Autorización		Resolución 3047 de 2008 (Ministerio Social de la Protección, 2008)	En caso de que la entidad responsable del pago no responda dentro de los plazos establecidos por la normativa vigente, una copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago o a la dirección departamental o distrital de salud será considerada suficiente como respaldo. Autorización implica la formalización mediante la emisión de un documento o la creación de un registro por parte de la entidad encargada del pago para proveer los servicios solicitados por el usuario, conforme a lo acordado entre el prestador de servicios de salud y dicha entidad.
Respuesta a glosa y devoluciones		Resolución 3047 de 2008 (Ministerio Social de la Protección, 2008)	La respuesta a glosa y devoluciones se refiere a la contestación que el proveedor de servicios de salud ofrece ante una glosa o devolución emitida por la entidad encargada del pago

Concepto abreviatura corresponda	y que	Soporte bibliográfico que lo respalda	Definición
Glosa pertinencia	por	Resolución 3047 de 2008 (Ministerio Social de la Proteccion, 2008)	Aplica cuando los diagnósticos resultan ilegibles, están incompletos o carecen de detalles suficientes en las notas médicas o paramédicas relacionadas con la atención brindada. Se denomina glosa por pertinencia a aquellas observaciones que surgen debido a la falta de coherencia entre la historia clínica del paciente y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento indicado, según lo establecido en las guías de atención o el criterio de la auditoría médica.
Glosas facturación	por	Resolución 3047 de 2008 (Ministerio Social de la Proteccion, 2008)	Las glosas por facturación ocurren cuando existen discrepancias entre el tipo y la cantidad de servicios prestados y los facturados, o cuando no se reflejan en la factura los conceptos ya pagados por el usuario, como copagos, cuotas moderadoras o periodos de carencia. También se presentan en caso de errores administrativos en los procesos de facturación establecidos en el manual.
Glosas por tarifas		Resolución 3047 de 2008 (Ministerio Social de la Proteccion, 2008)	Son observaciones que se generan cuando los valores facturados difieren de los previamente pactados entre las partes.
Glosas por soportes		Resolución 3047 de 2008 (Ministerio Social de la Proteccion, 2008)	Se refieren a las observaciones que surgen debido a la ausencia, alteración o falta de completitud en los documentos de respaldo o cuando estos son ilegibles.
Glosas autorización	por	Resolución 3047 de 2008 (Ministerio Social de la Proteccion, 2008)	Aplican cuando los servicios facturados no cuentan con la autorización requerida o no coinciden con lo autorizado por la entidad responsable del pago. También se presentan si se cobran servicios utilizando documentos o firmas alteradas. Las solicitudes enviadas a las direcciones departamentales o distritales de salud se consideran autorizadas cuando no se logra establecer contacto con la entidad responsable del pago o esta no responde dentro de los plazos normativos.

Concepto abreviatura corresponda	y que	Soporte bibliográfico que lo respalda	Definición
Glosa por cobertura		Resolución 3047 de 2008 (Ministerio Social de la Protección, 2008)	Se generan cuando se facturan servicios no incluidos en el plan correspondiente, aquellos que forman parte integral de otro servicio, pero se cobran de manera separada, o servicios que deben ser cubiertos por otra entidad al superar los límites establecidos.
Igualdad		Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	El acceso a la Seguridad Social en Salud se asegura para todas las personas residentes en Colombia sin ningún tipo de discriminación, ya sea por cultura, género, raza, origen, orientación sexual, religión, edad o situación económica, respetando la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.
Obligatoriedad		Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	Es obligatoria la afiliación SGSSS para todos los residentes en el territorio colombiano.
Prevalencia derechos	de	Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	Estos servicios se prestarán según los ciclos vitales establecidos en esta ley y dentro del Plan de Beneficios. La familia, el Estado y la sociedad tienen la responsabilidad de cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo o edad reproductiva, así como a los niños, niñas y adolescentes, para garantizar su vida, salud, integridad física y moral, y su desarrollo integral.
Equidad		Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	El SGSSS debe asegurar el acceso al Plan de Beneficios para todos los afiliados, sin importar su capacidad de pago o sus condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes comprometan los recursos destinados para la atención del resto de la población, siguiendo criterios técnicos y científicos.
Progresividad		Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	Se refiere al proceso gradual de actualización de las prestaciones contempladas en el Plan de Beneficios.
Sostenibilidad		Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	Las decisiones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben considerar criterios de sostenibilidad fiscal, y la administración de los fondos no debe interrumpir el flujo de recursos del sistema. Las prestaciones reconocidas por el sistema serán financiadas con los recursos designados por la ley, garantizando un flujo eficiente y continuo.

Concepto abreviatura corresponda	y que	Soporte bibliográfico que lo respalda	Definición
Transparencia		Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	Las condiciones para la prestación de servicios, las relaciones entre los actores del SGSSS y la formulación de políticas de salud deben ser públicas, claras y accesibles para todos.
Descentralización administrativa		Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	La gestión del SGSSS se organiza de forma descentralizada, integrando a las direcciones territoriales de salud como componentes esenciales de su administración.
Complementariedad y concurrencia		Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	Se promoverá que los actores involucrados en el sistema, a nivel territorial, trabajen de manera conjunta mediante la asignación de recursos y la ejecución de acciones que contribuyan al cumplimiento de los objetivos del SGSSS
Corresponsabilidad		Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	Las instituciones, tanto públicas como privadas, tienen la obligación de promover y asegurar la adopción y cumplimiento de este principio. Cada individuo tiene la responsabilidad de velar por su propio cuidado, el de su familia y comunidad, fomentar un ambiente saludable, utilizar de manera racional y adecuada los recursos del SGSSS y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración.
Irrenunciabilidad		Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable; no es posible renunciar a este derecho, ni total ni parcialmente.
Intersectorialidad		Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	Se refiere a la acción conjunta y coordinada de diversas organizaciones y sectores, que, de manera directa o indirecta, influyen en los determinantes sociales y el estado de salud de la población, a través de un enfoque integrado y continuo.
Prevención		Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	Es el enfoque anticipado que se aplica para gestionar la ocurrencia de posibles riesgos, evaluando los procedimientos y la prestación de servicios de salud, en la búsqueda de la conservación de la salud, entendida como ausencia de la enfermedad.
Continuidad		ey 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	Todo individuo que ingrese al SGSSS tiene derecho a permanecer en él, y no debe ser separada del sistema cuando su calidad de vida o integridad estén en riesgo.

Concepto y abreviatura que corresponda	Soporte bibliográfico que lo respalda	Definición
Rectoría del sector salud	Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	A cargo del Ministerio de Salud y protección, está la actuación como autoridad rectora del sector, por lo que es quien está a cargo de la dirección, orientación y liderazgo del Sector Salud.
Tramite de glosas	Ley 1438 de 2011 (artículo 57) (MinSalud Colombia, 2011)	El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos necesarios para desalentar o sancionar el abuso en el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago. Por su parte, el prestador de servicios de salud deberá responder a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando si las acepta o justificando su rechazo. La entidad responsable del pago tendrá diez (10) días hábiles para decidir si elimina parcial o totalmente las glosas, o si las mantiene como definitivas. Si, tras los quince (15) días, el prestador considera que la glosa puede ser subsanada, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para corregir la causa de la glosa no levantada y reenviar las facturas a la entidad responsable del pago. Los valores correspondientes a las glosas eliminadas parcial o totalmente deberán ser pagados dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a su levantamiento, informando al prestador sobre la justificación de las glosas o su proporción no eliminada. Si al vencimiento de los plazos sigue existiendo desacuerdo, se podrá recurrir a la Superintendencia Nacional de Salud, ya sea mediante conciliación o por vía jurisdiccional, según la elección del prestador, de acuerdo con lo establecido por la ley. En adición, las entidades encargadas de pagar los servicios de salud deberán, dentro de un plazo de veinte (20) días hábiles tras la presentación de la factura con los soportes necesarios, formular y comunicar las glosas correspondientes a los prestadores de servicios de salud, conforme a la codificación y alcance definidos por la normativa vigente. Una vez emitidas las glosas sobre una factura, no se podrán agregar nuevas, salvo que surjan hechos nuevos detectados en la respuesta a la glosa inicial.

Concepto abreviatura corresponda	y que	Soporte bibliográfico que lo respalda	Definición
Mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica	de	Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Son medidas establecidas en los esquemas de pago prospectivo destinadas a reducir el impacto financiero generado por las variaciones presentadas durante la implementación del acuerdo de voluntades. Estas variaciones pueden influir en la frecuencia de uso, la población atendida y los costos finales de atención, en comparación con lo anticipado en la nota respectiva y según la caracterización poblacional inicialmente reconocida por las partes.
Modalidad de pago		Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Es la forma y el compromiso acordados en los acuerdos de voluntades que permiten definir la unidad de pago, considerando los servicios y tecnologías incluidos, las frecuencias de uso en los pagos prospectivos, la población objetivo, los eventos y las condiciones de salud atendidas, así como otros aspectos que las partes acuerden.
Nota técnica		Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Es un instrumento que respalda la tarifa final acordada globalmente o por usuario-tiempo, según la modalidad de pago. Esta nota promueve la transparencia y eficiencia entre las partes que firman el acuerdo de voluntades. Detalla de manera específica los servicios y tecnologías de salud, su frecuencia estimada de uso, sus costos individuales y el costo total para un grupo de población o de riesgo, considerando la duración pactada y las situaciones que puedan presentarse durante su implementación.
Proveedores de tecnologías en salud (PTS)	de	Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Incluye a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas actividades. Entonces se refiere a cualquier individuo o entidad jurídica que se dedique a la disposición, almacenamiento, venta o distribución de tecnologías de salud.
Referencia contrarreferencia	y	Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Asegura los principios de calidad, continuidad e integralidad de los servicios en función de la organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud definidas por la entidad encargada del pago. Entonces consiste en un conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que facilitan la prestación adecuada de servicios de salud a los pacientes.

Concepto abreviatura corresponda	y que	Soporte bibliográfico que lo respalda	Definición
Riesgo primario		Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Este tipo de riesgo debe ser incluido en la nota técnica cuando sea aplicable. Es la variación en la incidencia o severidad inevitable de un evento o condición médica dentro de la población asignada, que impacta financieramente a quien asume este riesgo.
Riesgo técnico		Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Este riesgo tiene un impacto financiero para quien lo asume y debe ser incluido en la nota técnica cuando corresponda y se refiere a la variación en el uso de recursos en la atención en salud, en la aparición de complicaciones o en la severidad de estas, asociada a factores no previsibles en la atención o no respaldados por evidencia científica.
Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta		Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Asociado a un evento, condición o condiciones de salud relacionadas, que son atendidas con un conjunto específico de servicios y tecnologías de salud, esta es una modalidad de pago prospectiva en la que se acuerda de antemano un monto fijo para cada caso atendido,
Pago prospectiva	Global	Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	La frecuencia de uso se ajusta según el nivel de riesgo en salud y los cambios en los volúmenes poblacionales estimados en el acuerdo de voluntades. Entonces es la modalidad de pago para un grupo determinado de personas, donde se acuerda de antemano una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías de salud a esa población durante un período definido.
Pago por capitación		Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Se da cuando las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período determinado. Es una modalidad de pago prospectiva aplicada a la prestación o provisión de una demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías de salud de baja complejidad.
Pago por evento		Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Modalidad de pago retrospectiva aplicada a la prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para atender los requerimientos de salud de una persona.

Concepto abreviatura corresponda	y que	Soporte bibliográfico que lo respalda	Definición
Pago prospectivo		Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	<i>Cuando se define por anticipado el valor a pagar, esta es la modalidad prospectiva, dicho valor se espera por la tasa de uso de tecnología y servicios para la salud y los costos asociados, además de la suma de servicios, que dan la posibilidad de establecer el valor previamente del pago para cada caso, a nivel global o personal, puesto que los atributos son similares en el proceso de prestación del servicio de salud.</i>
Pago retrospectivo		Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	<i>En este caso el pago se da de forma posterior a la finalización de la prestación del servicio. Si bien no se conoce de manera anticipada el monto final a causar, este sujeto a la tasa de uso de las tecnologías y servicios de salud.</i>
Prestadores de servicios de salud (PSS)	de	Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Son reconocidos como prestadores de servicios de salud las instituciones dedicadas a esta labor, los profesionales de la salud independientes y los servicios de transporte especializado para pacientes, siempre que estén registrados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y cuenten con la habilitación correspondiente. Quedan excluidas las entidades cuyo objeto social sea diferente, ya que sus servicios no se financian con los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
Soportes de cobro		Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud constituye un respaldo obligatorio para la presentación y liquidación de las facturas de venta, el cual será verificado conforme a las normativas establecidas por el Ministerio. Los proveedores de servicios de salud y de tecnologías en salud deben remitir a las entidades encargadas del pago las facturas de venta acompañadas de los respaldos establecidos por el MSPS, sin necesidad de proporcionar documentación adicional.
Aceptación glosas	de	Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Esta aceptación por parte del prestador de servicios de salud se realiza de manera explícita cuando esta entidad comunica su aprobación a la entidad encargada del pago. Alternativamente, se considera implícita si, una vez vencidos los plazos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el prestador de servicios de salud no responde a las glosas presentadas.

Concepto y abreviatura que corresponda	Soporte bibliográfico que lo respalda	Definición
Aceptación de la factura de venta	Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	De manera implícita, se considera aceptada si, después de los plazos estipulados en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, la entidad no emite ni comunica glosas al prestador o proveedor, ni se pronuncia sobre la eliminación total o parcial de las mismas. La entidad responsable del pago acepta una factura de venta de forma expresa cuando informa al prestador o proveedor sobre su aprobación.
Factura de venta a título valor	Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Sujeto al cumplimiento de los requisitos adicionales establecidos en el Código de Comercio, el Estatuto Tributario y la normativa aplicable, este documento se refiere a que cuando una factura de venta es aceptada, ya sea de forma explícita o implícita, se establece la obligación de pago indicada en ella y se convierte en un título valor exigible por los montos aceptados.
Manual único de devoluciones, glosas y respuestas	Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Este manual es de cumplimiento obligatorio en los acuerdos de voluntades que se encuentren bajo el marco del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, así como en aquellos acuerdos donde se haya acordado su implementación. La asignación de nombres y la clasificación de los motivos para la devolución y glosa de facturas se realizará siguiendo las directrices establecidas en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas emitido por el MSPS
Aplicación de pagos glosas aceptadas	Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Cuando una glosa es aprobada y ya se ha efectuado un pago previo por los servicios correspondientes, este monto se descontará de las facturas de venta aceptadas que aún estén pendientes de pago. La entidad responsable del pago tiene un plazo de cinco (5) días hábiles desde la aceptación, ya sea explícita o implícita, para notificar al prestador de servicios de salud o al proveedor de tecnología en salud sobre las facturas afectadas. Si este plazo expira sin que la entidad haya informado, el prestador o proveedor dispone de quince (15) días hábiles adicionales para aplicar el pago a las facturas aceptadas de manera tácita o expresa y debe comunicar a la entidad responsable la aplicación de estos pagos, facilitando así los ajustes presupuestales y contables necesarios. En caso de que no existan facturas de venta pendientes de pago, la entidad responsable del pago tiene el derecho de solicitar la devolución del monto pagado correspondiente a la glosa aceptada, así como el reconocimiento de intereses moratorios. Estos intereses serán calculados de acuerdo con lo establecido en el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002, aplicándose desde la fecha en que se realizó el pago al prestador o proveedor.

Nota: soportes legales mencionados en la tabla de los cuales se adaptó el concepto

2.4 Marco legal

Dentro del soporte legal que sustentan la eficiencia en el manejo de los recursos en salud, así como la gestión y causales de las glosas se pueden relacionar los siguientes soportes:

Tabla 2. Soporte legal

Soporte legal	Fecha	Descripción
Constitución política de Colombia	Julio 04 de 1991	<i>“De los derechos sociales, económicos y culturales”, artículos 48,49,50</i>
Ley 100 de 1993 (Colombia, 1993)	Diciembre 23 de 1993	<i>“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”</i>
Decreto 1298 de 1994 (Social, 1995)	Junio 22 de 1994	<i>“Por el cual se expide el estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.</i>
Decreto 1011 de 2006 (Colombia Ministerio de Protección Social, 2006)	Abril 03 de 2006	<i>“Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”</i>
Decreto 4747 de 2007 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007)	Diciembre 07 de 2007	<i>“Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.”</i>
Ley 1122 de 2007 (Ley 1122 de 2007, 2007)	Enero 09 de 2007	<i>“Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</i>
Resolución 3047 de 2008 (Ministerio Social de la Protección, 2008)	Febrero 23 de 2009	<i>“Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007 y se dictan otras disposiciones”</i>
Ley 1438 de 2011 (MinSalud Colombia, 2011)	Enero 19 de 2011	<i>“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”</i>
Ley 1751 de 2015 (Colombia, 2015)	Febrero 16 de 2015	<i>“Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”</i>
Decreto 780 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)	Mayo 6 de 2016	<i>“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”</i>
Decreto 441 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)	Marzo 28 de 2022	<i>“Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud”</i>

Soporte legal	Fecha	Descripción
Resolución 2284 de 2023 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)	Diciembre 28 de 2023	<i>“Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones”</i>

Nota: Recopilación de la información propia de los autores

3. Método

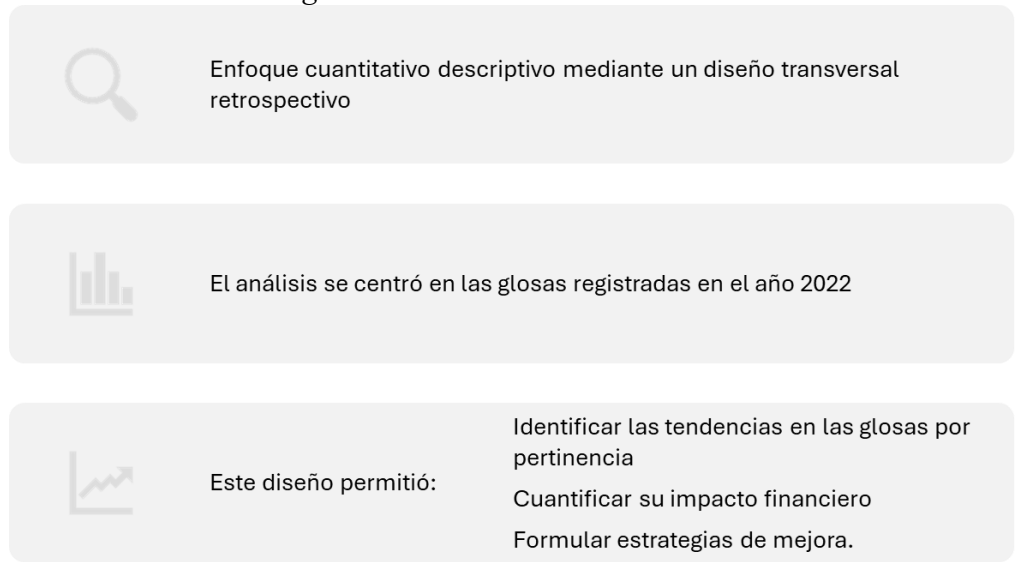
Esta propuesta de investigación se llevó cabo por medio de un estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo por medio de un corte transversal retrospectivo, donde se revisaron todas las glosas de una base de datos Excel con un total de 12109 y se filtraron las glosas por pertinencia con un total de 159 que se presentaron en el año 2022 en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, con el fin de determinar su presentación, costo real en cuanto a pérdida de dinero para la IPS y se formularon estrategias de mejora para aplicación futura por parte de la institución en la cual se realizó el estudio. Como criterios de inclusión de este estudio se tuvo en cuenta como muestra para análisis las glosas por pertinencia que se presentaron en el año 2022 en la E.S.E y que se encontraban reportadas por el equipo a cargo de la auditoria en sus repositorios de datos, y sus cuentas sin importar si están conciliadas, aceptadas o levantadas, teniendo en cuenta su agente causal. Como criterios de exclusión se tomaron todas las glosas que no se ajustaron a los parámetros anteriormente mencionados.

[illegible]

Detalles del diseño metodológico y el procedimiento de recolección de datos

3.1. Enfoque Metodológico. El enfoque seleccionado para el estudio permitió un análisis detallado del universo de glosas seleccionado, correspondiente al año 2022. Por su parte el análisis realizado, no solo permitió identificar las correspondiente a pertinencia, sino establece el impacto y este sirve como punto de partida para estrategias de mejora sostenibles para la institución, como se detalla en la figura a continuación.

Figura 3. *Del diseño metodológico*



En síntesis, este estudio proporcionó un marco analítico robusto para comprender las glosas por pertinencia, sus causales, impactos y mitigación en futuras vigencias.

3.2. Documentos de respaldo. Los papeles de trabajo utilizados en las etapas iniciales del proyecto incluyeron:

Figura 4. *Documentos de respaldo*



Base de datos central de glosas:

Un archivo Excel con 12,109 registros correspondientes a todas las glosas del año 2022.

Cada registro incluía información detallada, como número de factura, valor inicial, motivo de glosa, valor aceptado y ERP responsable.



Informes de auditoría interna:

Documentos que respaldaron la clasificación y validación de las glosas por pertinencia, asegurando la trazabilidad y coherencia de los datos.



Reportes financieros:

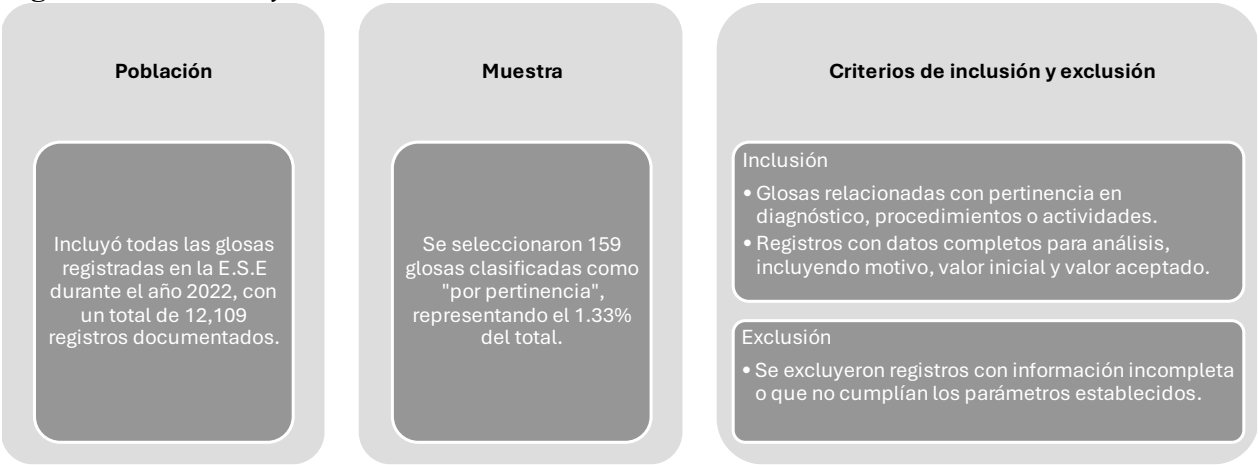
Incluyeron detalles de las pérdidas económicas asociadas a las glosas por pertinencia, calculadas mediante conciliación entre los valores iniciales y aceptados.

Los papeles de trabajo utilizados en este estudio garantizaron la trazabilidad, coherencia y validez de los datos analizados. Entre ellos, destacaron la base de datos central con los registros de glosas del año 2022, los informes de auditoría interna que respaldaron la clasificación por pertinencia y los reportes financieros que permitieron estimar el impacto económico de las glosas, corroborando así la información.

Por motivos de protección de información sensible de la institución, estos documentos no se anexan, pero se encuentran disponibles en los repositorios internos de la E.S.E. para su consulta bajo los protocolos de confidencialidad establecidos.

3.3. Población y Muestra. En el marco de este estudio, se definieron claramente la población, muestra y los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de garantizar un análisis riguroso y representativo de las glosas por pertinencia registradas en el año 2022. Tal como se evidencia en la siguiente ilustración:

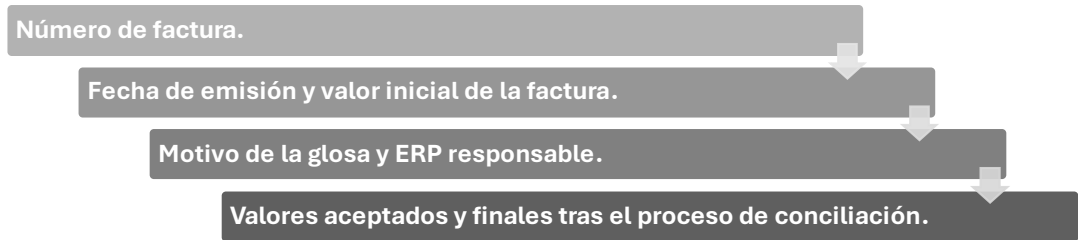
Figura 5. Población y Muestra



Estos parámetros metodológicos permitieron delimitar el alcance del análisis y asegurar la calidad de los resultados obtenidos, sentando las bases para desarrollar posibles estrategias de mejora basadas en evidencia.

3.4. Instrumento de Recolección. El instrumento principal fue un archivo Excel generado por el área de auditoría de la E.S.E. Dicho archivo, estructurado en hojas mensuales, incluyó las siguientes variables clave:

Figura 6. Variables clave en el instrumento.



El análisis se realizó utilizando herramientas de minería de datos en Excel, aplicando filtros para identificar específicamente las glosas por pertinencia.

Finalmente, los datos fueron organizados y procesados para calcular el impacto financiero y la aceptación.

El desarrollo de este estudio se llevó a cabo siguiendo un cronograma estructurado en fases, diseñado para garantizar el cumplimiento eficiente de los objetivos planteados, tal como se evidencia a continuación:

Tabla 3 Cronograma de actividades

Cronograma de actividades												
Fases	Actividades	jul -23	ago -23	sep -23	oct -23	nov -23	dic -23	ene -24	feb -24	mar -24	abr -24	agos -24
1. Elaboración de la propuesta de investigación	Planteamiento del problema, objetivos, justificación y metodología del estudio											
2. Presentación de la propuesta de investigación	Se presento para aprobación de la propuesta de investigación con aceptación											
3. Construcción del marco conceptual, teórico y legal	Se realizo la consulta en las diversas fuentes bibliográficas seleccionadas y citadas en el documento escrito											
4. Recopilación y análisis de la información de estudio previa autorización por escrito incluida la respectiva firma por parte del representante legal de la E.S.E intervenida	Se realizo la búsqueda y selección de las glosas por pertinencia del año 2022 que reposaban en el departamento de auditoría en el centro hospitalario de alcance regional en García Rovira ubicado en el municipio de Málaga, en Santander, posteriormente se analizó la información a fin de cumplir los objetivos propuestos en el estudio											
5. Presentación del documento escrito con resultados conclusiones y recomendaciones dando cumplimiento a los objetivos	Se realizará presentación ante la universidad y la E:S:E intervenida de los hallazgos, conclusiones y sugerencias de mejora.											

Con la aplicación de este enfoque metodológico y el cumplimiento del cronograma establecido, se logró una organización precisa de las actividades, permitiendo obtener resultados alineados con los objetivos del estudio y proporcionar una base sólida para la formulación de estrategias de mejora.

4. Resultados

Los resultados presentados a continuación responden directamente a los objetivos específicos del estudio. Cada hallazgo se relaciona con los aspectos de cuantificación, análisis de causas, impacto financiero y formulación de estrategias de mejora.

En la siguiente tabla se relacionan los resultados encontrados al analizar las glosas por pertinencia del año 2022 en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.

Tabla 4. *Valor total en pesos glosado por todas las causas y glosas del año 2022*

Mes	Total, de Glosas por Glosas por otras Valor inicial en pesos de todas las glosas sin importar la causa	de por pertinencia causas	por otras	Valor inicial en pesos de todas las glosas sin importar la causa
Ene.	312	10	302	\$ 67.820.956
Feb.	691	10	681	\$ 34.132.933
Mar.	387	3	384	\$ 177.522.167
Abr.	678	16	662	\$ 88.078.068
May.	373	2	371	\$ 66.656.138
Jun.	669	4	665	\$ 44.962.373
Jul.	501	17	484	\$ 186.426.543
Ago.	198	4	194	\$ 2.487.947
Sep.	1432	10	1422	\$ 46.506.975
Oct.	4637	50	4587	\$ 24.229.785
Nov.	1027	28	999	\$ 30.495.586
Dic.	1204	5	1199	\$ 30.253.162
Totales	12109	159	11950	\$ 799.572.633

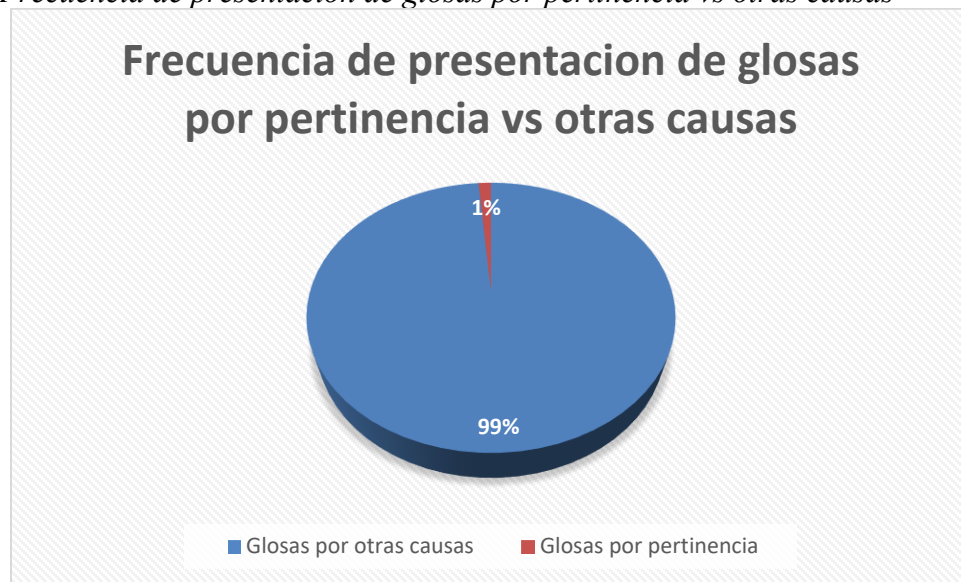
Al analizar la *tabla*, se aprecia que en el año 2022 en la E.S.E. se presentaron 12109 objeciones o glosas en total, con un costo inicial cercano a los ochocientos millones de pesos, correspondiendo a una cifra de dinero muy importante en riesgo para la institución.

Por su parte el análisis de las glosas permitió identificar falencias en los procesos internos de manejo de cuentas médicas, especialmente relacionadas con:

- Adherencia a guías clínicas: Se detectaron inconsistencias en la justificación de ayudas diagnósticas y procedimientos.

- Historia clínica: La documentación insuficiente fue un factor recurrente que contribuyó a las objeciones por pertinencia. Estos hallazgos destacan la necesidad de fortalecer el diligenciamiento y soporte documental como parte del manejo integral de las cuentas médicas.

Figura 7. *Frecuencia de presentación de glosas por pertinencia vs otras causas*



Revisando esta ilustración y al analizar la pertinencia como causal, se aprecia que esta corresponde al 1.33%, pudiendo ser despreciable inicialmente en frecuencia de presentación, ya que de 12109 glosas solo 159 fueron por pertinencia, más sin embargo cobraran importancia una vez se analice su costo representativo.

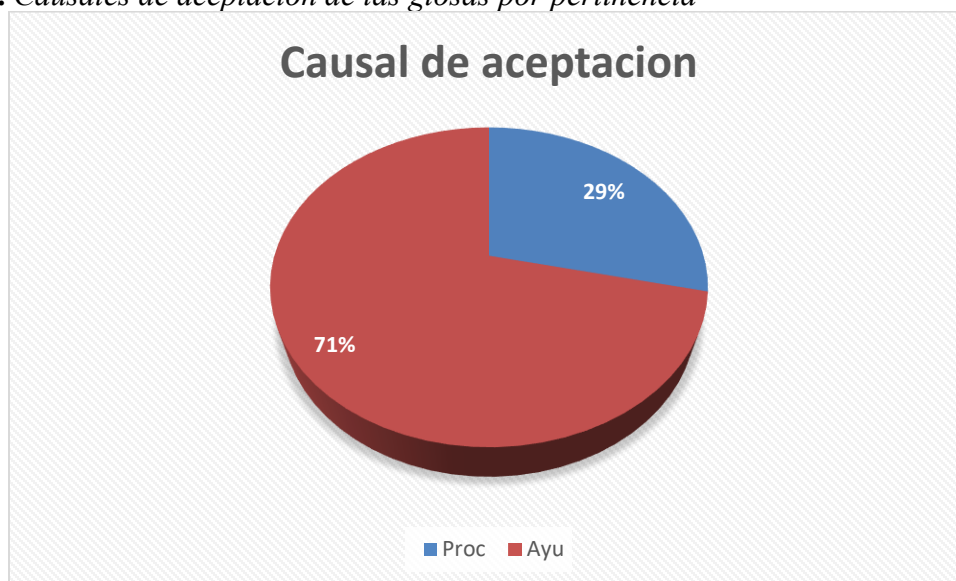
Figura 8. *Porcentaje de aceptación respecto a la frecuencia de presentación*

De esta ilustración se puede decir que el porcentaje de aceptación de las glosas por pertinencia es del 48.4% que corresponde a 77 glosas aceptadas de las 159 presentadas, siendo este relativamente alto dado el número de objeciones que se presentan y se aceptan por otras causas diferentes a la pertinencia.

Figura 9. *Causas de no pertinencia*

En esta ilustración se aprecia que de las 159 glosas por pertinencia la distribución causal fue muy pareja cercana al 50%, presentándose 79 glosas por la no pertinencia en la solicitud de las ayudas diagnósticas y 80 glosas por la no pertinencia en la realización de procedimientos o actividades, siendo esto directamente relacionado con falencias en cuanto a la adherencia a las guías de práctica clínica dado que una mala justificación hace que se pierda la pertinencia a la hora del ordenamiento de una ayuda diagnóstica, además de esto, también se relaciona con una historia clínica mal soportada.

Figura 10. *Causales de aceptación de las glosas por pertinencia*



En esta ilustración muestra que de las glosas por pertinencia que se aceptaron, el ordenamiento mal soportado e inadecuado de las ayudas diagnósticas comprendió un 71.4% del total (55 glosas), mientras que los procedimientos o actividades no pertinentes fueron causales en el 28.6% de las glosas aceptadas (22 glosas), esto está directamente relacionado con la no adherencia a las guías de manejo así como al mal registro en la historia clínica, dado que posterior a la conciliación, no se pudo controvertir la objeción dado que el auditor médico no tiene soporte

ni en la literatura científica ni en la historia clínica para subsanar la glosa, terminando así en pérdida para la institución.

Tabla 5. *Valor en pesos aceptado por todas las glosas y glosas por pertinencia en el año 2022*

Mes	Valor en pesos inicialmente glosado por todas las causas	Valor en pesos inicialmente glosado como pertinencia causal	Valor en pesos aceptado por todas las glosas	Valor en pesos aceptado en las glosas por pertinencia
Enero	\$ 67.820.956	\$ 2.979.777	\$ 1.119.927	\$ 194.236
Febrero	\$ 34.132.933	\$ 4.035.469	\$ 4.913.013	\$ 2.365.369
Marzo	\$ 177.522.167	\$ 479.800	\$ 1.365.594	\$ 0
Abril	\$ 88.078.068	\$ 11.885.208	\$ 3.320.987	\$ 171.300
Mayo	\$ 66.656.138	\$ 256.500	\$ 1.336.921	\$ 0
Junio	\$ 44.962.373	\$ 635.005	\$ 1.593.856	\$ 121.100
Julio	\$ 186.426.543	\$ 4.064.010	\$ 686.300	\$ 190.900
Agosto	\$ 2.487.947	\$ 111.684	\$ 351.716	\$ 0
Septiembre	\$ 46.506.975	\$ 11.457.745	\$ 3.217.972	\$ 2.826.954
Octubre	\$ 24.229.785	\$ 9.054.207	\$ 2.301.510	\$ 896.847
Noviembre	\$ 30.495.586	\$ 17.932.537	\$ 264.692	\$ 238.401
Diciembre	\$ 30.253.162	\$ 4.933.208	\$ 217.265	\$ 70.432
Totales	\$ 799.572.633	\$ 67.825.150	\$ 20.689.753	\$ 7.075.539

Al realizar la revisión de los costos de las diferentes glosas plasmados en la *tabla 2*, se aprecia que el valor inicialmente objetado por pertinencia es de \$ 67.825.150 y ya el valor aceptado es decir correspondiente a pérdida para la E.S.E es de \$ 7.075.539

El análisis financiero muestra que, aunque las glosas por pertinencia representan solo el 1.33% del total en frecuencia, su impacto en costos es significativo, contribuyendo con un 10.43% a las pérdidas reales de la E.S.E; dado el valor total inicialmente glosado por esta causa. Esto refleja un costo promedio elevado por cada glosa aceptada bajo esta causal, subrayando la importancia de abordar este problema mediante estrategias específicas.

Se evidencia entonces la contribución de las pérdidas por pertinencia respecto al total de pérdidas, puesto que las atribuibles pertinencias representan el 34.19% de las pérdidas totales aceptadas por

la E.S.E. Este análisis destaca el alto costo por glosa en esta categoría en comparación con otras causas.

Figura 11. *Representatividad del valor glosado por pertinencia*



En esta ilustración empieza a demostrar la importancia en costo de las glosas por pertinencia, dado que a pesar de que solo se presentan en el 1.33%, su costo respecto al total de las glosas es del 8,48% antes de conciliar y aceptar la misma.

Figura 12. *Representación porcentual de la perdida atribuible a glosas por pertinencia*



En esta *ilustración*, una vez se revisa el costo real en pérdidas para la E.S.E, se encuentra según esta gráfica, se puede decir que de los \$ 67.825.150 de glosa inicial, el costo porcentual de aceptación ya correspondiente a pérdida real para la E:S.E, fue del 10.43% correspondiendo a \$ 7.075.539 en cuanto a las glosas por pertinencia posterior a una conciliación y respuesta.

Aunque las glosas por pertinencia son mínimas en frecuencia, su peso en las pérdidas económicas reales es desproporcionadamente alto, lo que resalta la necesidad de abordarlas mediante estrategias específicas de mejora. Por lo que, con base en los resultados obtenidos, es posible plantear de manera preliminar las siguientes acciones de mejora:

- Capacitación del personal médico y administrativo: Enfocada en el adecuado diligenciamiento de la historia clínica y la justificación de procedimientos según las guías clínicas.
- Implementación de auditorías concurrentes: Para prevenir errores en tiempo real durante el registro de procedimientos y solicitudes.
- Socialización de políticas internas: Asegurar que todo el personal esté alineado con las estrategias y normativas para la disminución de glosas.

Estas acciones están orientadas a reducir tanto la frecuencia como el impacto financiero de las glosas por pertinencia, evidenciado en este análisis, promoviendo una gestión más eficiente.

Figura 13. *Comparativo en pérdidas en glosas por pertinencia vs otras causales*

Al analizar la ilustración y porcentualizar la pérdida en dinero estableciendo una comparación de las glosas por pertinencia vs las glosas por otras causales, esta grafica muestra que las glosas por pertinencia representaron un 34.19% de perdidas comparado con las otras causales, llamando la atención dado que su frecuencia de presentación es de solo 1.33%, por tanto, indica que cada glosa aceptada por pertinencia tiene un costo muy alto en pérdidas para la institución intervenida.

En comparación con estudios similares reportados en la literatura, el impacto financiero de las glosas por pertinencia en este hospital es notablemente alto. Según López et al. (2020), la frecuencia de presentación de glosas por pertinencia en instituciones similares oscila entre el 1% y 2%, pero con un impacto económico inferior al 5%. Esto sugiere que las debilidades en procesos internos en la E.S.E. Hospital Regional de García Rovira agravan las pérdidas económicas, destacando la urgencia de implementar mejoras significativas.

Dados estos resultados, se recomienda realizar una presentación formal de estos hallazgos y propuestas de mejora ante la gerencia; por parte del equipo encargado de auditoría interna, asegurando la alineación con los objetivos estratégicos de la E.S.E.

4.1. Hallazgos destacados y planes de mejora sugeridos.

El presente análisis destaca los principales hallazgos relacionados con las glosas por pertinencia en la E.S.E. seleccionada para el periodo de tiempo escogido, abordando sus causas más significativas y el respectivo impacto financiero. Entre los hallazgos se evidencia que responden directamente a los objetivos planteados en el estudio, permitiendo identificar las debilidades en los procesos internos, como la falta de adherencia a guías y registros clínicos incompletos, que contribuyeron al 10.43% de las pérdidas económicas aceptadas, equivalentes a \$7,075,539.

A partir de estos resultados, se proponen planes de mejora concretos orientados a fortalecer la capacitación del personal, actualizar y socializar las guías clínicas, implementar auditorías concurrentes y crear un histórico de glosas para evaluar el impacto de las estrategias a futuro. Esta tabla evidencia cómo cada hallazgo y acción correctiva se vinculan con los objetivos del estudio y proporcionan una base sólida para optimizar la gestión administrativa y financiera de la institución.

Tabla 6. *Evidencia de hallazgos, planes de mejora y cumplimiento de objetivos*

Hallazgos	Plan de mejora	Relación con objetivos
Inadecuada solicitud de ayudas diagnósticas.	Fortalecer un programa de inducción y reinducción al talento humano, enfocado en el adecuado diligenciamiento y justificación de solicitudes según las guías clínicas.	OE2: Determina una de las principales causas de las glosas por pertinencia.
		OE4: Destaca puntos susceptibles de optimización en los procesos internos.

Hallazgos	Plan de mejora	Relación con objetivos
Inadecuada solicitud de procedimientos y actividades.	Actualizar permanentemente las guías de manejo, asegurando su adecuada socialización y medición de adherencia.	OE2: Identifica la causa relacionada con procedimientos y actividades no pertinentes.
		OE5: Propone acciones concretas para reducir estas glosas en años futuros.
Inadecuada adherencia a la literatura científica actual.	Realizar capacitaciones continuas sobre la correcta aplicación de las guías clínicas y el diligenciamiento de la historia clínica.	OE4: Resalta la falta de formación como un punto de optimización.
		OE5: Incluye estrategias de mejora basadas en capacitación y actualización del personal.
Registros clínicos incompletos y poco claros.	Establecer auditorías concurrentes que permitan identificar y corregir errores en tiempo real, garantizando la calidad del registro clínico.	OE4: Analiza la documentación clínica como parte del proceso interno.
		OE5: Proporciona herramientas de mejora para optimizar la calidad de los registros y prevenir glosas relacionadas.
Mala adherencia a las guías clínicas.	Diseñar un sistema de monitoreo periódico para evaluar la adherencia a las	OE4: Analiza la falta de adherencia como un factor que afecta los procesos internos.

Hallazgos	Plan de mejora	Relación con objetivos
	guías clínicas, retroalimentando continuamente a los profesionales involucrados.	OG: Proporciona una base para garantizar mejoras en la gestión futura de las glosas por pertinencia.
Impacto económico significativo de las glosas por pertinencia (10.43% del valor glosado, equivalente a \$7,075,539).	Socializar los resultados y propuestas de mejora con la gerencia, asegurando la implementación de los planes identificados en este estudio.	OE3: Estima el impacto económico de las glosas. OE5: Propone acciones de mejora alineadas con los resultados financieros.
Las glosas por pertinencia representan solo el 1.33% del total, pero su costo equivale al 34.19% de las pérdidas aceptadas.	Crear un histórico de glosas por pertinencia médica para medir el impacto de las estrategias implementadas, generando un precedente que permita análisis comparativos en años futuros.	OG: Responde directamente a la pregunta de investigación y establece una base de referencia para la comparación futura. OE1: Cuantifica las glosas por pertinencia y responde a la hipótesis planteada sobre su frecuencia y costos.

Los hallazgos, planes de mejora y su relación con los objetivos de este estudio, presentados en la tabla de cierre de esta sección, consolidan una visión integral de las glosas por pertinencia en la E.S.E., evidenciando cómo estas afectan la gestión institucional y destacan oportunidades claras

de optimización. En este sentido, el presente análisis no solo permite abordar los objetivos planteados con precisión, sino que también establece un marco estratégico para reducir riesgos, fortalecer procesos internos y promover la sostenibilidad financiera de la organización a largo plazo.

5. Discusión

Los resultados obtenidos permiten abordar de manera directa los objetivos específicos planteados en este estudio, destacando la cuantificación de las glosas, el análisis de sus principales causas y el impacto financiero de estas objeciones en la E.S.E, considerando entre otras que:

Según (V. Cadavid et al., 2016), en este estudio un grupo de investigadoras realizó un Estudio de las Razones que Provocan Glosas en el Departamento de Ortopedia de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios, en Santa Fe de Antioquia, enfocándose en el año 2014.

El estudio identificó que, en promedio, el 10% de la facturación de ortopedia era objeto de glosas por diversas razones, de las cuales aproximadamente el 50% eran aceptadas por la institución, resultando en pérdidas financieras significativas.

Este hallazgo subraya la necesidad de implementar estrategias efectivas para reducir las glosas y mejorar el proceso de facturación en dicha especialidad. encontraron como causales más frecuentes (58%) de la no pertinencia la inadecuada solicitud de ayudas diagnosticas en un 35% y procedimiento y actividad en un 23%, mientras que en nuestro estudio se encontró una distribución del 50% en cada una de estas causales.

A pesar de que ambos estudios están de acuerdo en las causales mayoritarias de la no pertinencia, se puede apreciar que en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira la proporción es mayor dando solo estas dos causales, por tanto, las intervenciones de mejora deben ser

enfocadas principalmente a la aplicación, socialización y medición de adherencia a las guías de práctica clínica, así como al adecuado registro de historia clínica.

En contraste con los resultados del estudio de (V. Cadavid et al., 2016), fue el hecho que las glosas por pertinencia correspondieron al 6% del total de los recursos glosados, mientras que en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, este porcentaje antes de conciliar fue del 8.48%, mostrando acá una mayor importancia, por tanto de esto se puede inferir que si bien, la presentación de glosas por pertinencia es baja en frecuencia, sigue representando un alto porcentaje en pérdidas; es decir, se evidencia un impacto económico mayor en la E.S.E. Hospital Regional de García Rovira.

Por su parte desde una perspectiva financiera, los hallazgos revelan que:

- Aunque las glosas por pertinencia representan solo el 1.33% de las objeciones presentadas, su impacto en las pérdidas económicas reales es significativo, alcanzando el 34.19% del total de pérdidas aceptadas.
- Una mejora mínima en los procesos internos de la institución puede traducirse en reducciones sustanciales en las pérdidas económicas, debido al alto costo por glosa que, sin duda evidencia la necesidad perentoria de implementar estrategias correctivas y/o de mitigación.

Por lo anterior y en correlación con los estudios mencionados, las estrategias propuestas en este estudio están orientadas a mitigar las principales debilidades detectadas en los procesos internos de la E.S.E. Hospital Regional de García Rovira:

- La capacitación del personal médico y administrativo, enfocada en el diligenciamiento adecuado de la historia clínica y la justificación de procedimientos, busca mejorar la adherencia a las guías clínicas y reducir las objeciones por pertinencia.

- La actualización y socialización de las guías de manejo, junto con auditorías concurrentes, permitirán monitorear en tiempo real la correcta aplicación de protocolos, minimizando los errores documentales y operativos que conducen a objeciones costosas.

6. Conclusiones

En el año 2022, las glosas por pertinencia en la E.S.E. Hospital Regional de García Rovira representaron el 1.33% del total de objeciones (159 de 12,109 glosas), encontrando como causales principales la no pertinencia la solicitud de ayudas diagnosticas (50%) y la realización de procedimientos y actividades (50%), lo cual muestra una inadecuada adherencia a la literatura científica actual, así como a registros clínicos superfluos o inadecuados.

Estas falencias ocasionaron pérdidas económicas significativas para la E.S.E, ya que posterior a todo el proceso de conciliación y aceptación, se alcanzó un 10.43% del valor glosado traducido en dinero, la pérdida neta fue de \$7.075.539, que, si bien pareciera poco, representa un alto costo para la baja frecuencia de presentación, lo que demuestra el elevado costo por glosa aceptada bajo esta causal.

En consecuencia, este tipo de glosas tiene su origen, principalmente, en un cumplimiento deficiente de las recomendaciones establecidas en las guías clínicas, registro incompleto y poco claro en la historia clínica, y una falta de capacitación continua del personal involucrado en estos procesos. Motivos por los que se sugiere a la institución como propuesta de mejora, de estrategias de mejora orientadas a optimizar la gestión financiera y administrativa. Estas incluyen:

- Actualización y socialización permanente de las guías clínicas, junto con evaluaciones periódicas de adherencia.
- Fortalecimiento de programas de inducción y reinducción al talento humano.

- Implementación de auditorías concurrentes para detectar y corregir errores en tiempo real.
- Capacitación continua sobre el adecuado diligenciamiento de la historia clínica y la aplicación de normativas internas.
- Socialización de los acuerdos de voluntades establecidos con las EAPB para asegurar su cumplimiento.

Finalmente, se recomienda que el equipo de auditoría interna y los responsables del proceso de facturación utilicen este estudio como base para el análisis de los años siguientes, extendiendo la evaluación a 2023 y 2024. Es esencial que estos hallazgos y propuestas se presenten formalmente a la gerencia de la E.S.E., con el propósito de implementar de manera efectiva los planes de mejora identificados y/o escalables para los años siguientes, pues este enfoque permitirá no solo reducir las pérdidas económicas asociadas a las glosas por pertinencia, sino también optimizar los procesos administrativos, fortaleciendo así la sostenibilidad financiera de la institución.

Referencias

- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia de 1991*. Congreso de la República de Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>
- Arango Cardona, L. J. (2010). Importancia de los costos de la calidad y no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 67, 75–94. <https://doi.org/10.21158/01208160.n67.2010.486>
- Cadavid, E., & Morelo, M. (2020). Análisis de las principales causas de glosas en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá año 2020. *Repositorio Universidad de Antioquia*, 1, 55. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/21693>
- Cadavid, V., Londoño, S., Marín, D., & Peña, S. (2016). Análisis de las causas de glosas en la especialidad de ortopedia en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia en el año 2014. *Universidad CES*, 4(August), 30–59.
- Calderón, J., & Coronado, Y. (2020). Estrategias para la prevención y solución de glosa en la E.S.E Hospital Municipal de Nuestra Señora de Guadalupe [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Manizales]. https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/3492/1/Estrategias_prevenición_solución_glosas_hospital_municipal_Nuestra_Señora_Guadalupe.pdf
- Chavarría Chavarría, T. (2018). Desarrollo e implementación de una herramienta para la validación de cuentas médicas y gestión de glosas en el sector salud en Colombia. *Medicina UPB*, 37(2), 131–141. <https://doi.org/10.18566/medupb.v37n2.a07>
- Colombia, E. C. de la R. de. (1993). Ley 100 de 1993. Senado de La República de Colombia, 1(Libro II), 90. https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia_-_ley_100.pdf

Colombia, E. C. de la R. de. (2015). Ley 1751 de 2015. Senado de La República de Colombia, 1(Artículo 2), 13.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf

Congreso de Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007: Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial.

<http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%201122%20de%202007.pdf>

Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011*. Diario Oficial.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

De la Ossa, K., Espinosa, O., & Martínez, Y. (2022). *Gestión de glosas y su impacto financiero en una institución prestadora de servicios de salud en el municipio de Puerto Libertador, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad de Córdoba]. Repositorio Universidad de Córdoba.

<https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/6173>

Ferreira, J. (2021). *Evaluación de resultados de las políticas públicas de desarrollo rural en la provincia de García Rovira en el departamento de Santander en el periodo 2014-2021* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Pontificia Universidad Javeriana.

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/60470/Tesis%20Arreglada.pdf?sequence=1>

Leyva Quintero, T. L., Ramírez García, L. F., Sánchez Cardona, Y. D., & Vélez Ramírez, D. (2018). *Caracterización de glosas, clínica Los Rosales de Pereira, enero - septiembre de 2017* [Trabajo de grado, Fundación Universitaria del Área Andina]. Repositorio Institucional Areandina. <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/723>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *Decreto 4747 de 2007: Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.*

Diario

Oficial.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%204747%20DE%202007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Decreto número 780 de 2016.* Diario Oficial.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1990-de-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Decreto 441 de 2022.* Diario Oficial.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20441%20de%202022.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Resolución 2284 de 2023.* Diario Oficial.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202284%20de%202023.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2008). *Resolución 3047 de 2008: Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.* Diario Oficial.

<https://www.dssa.gov.co/index.php/documentos-de-interes/mision-medica-antioquia/normatividad-1/1641-resolucion-3047-de-2008-del-ministerio-de-salud-y-proteccion-social/file>

- Osorio, G., Sayes, N., Fernández, L., Araya, E., & Poblete, D. (2002). Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Revista Médica de Chile*, 130, 226–229. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000200014
- Passos Simancas, E. S., Arias Aragonés, F. J., Batista Castillo, A., & Guacará Villalba, W. (2020). Facturación y cuentas médicas en el sector público: Información contable en un hospital público. *Panorama Económico*, 28(1), 40–55. <https://doi.org/10.32997/pe-2020-2669>
- Rencoret, G. (2003). Auditoria Médica: Demandas y responsabilidad por negligencias médicas. *Gestión de Calidad: Riesgos y conflictos. Revista Chilena de Radiología*, 9, 157–160. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082003000300008
- Ruth, Q., Lina, S., & Diana, T. (2016). Gestión de glosas para prestadores de servicios de salud [Tesis de pregrado, Universidad Sergio Arboleda]. <https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/id/af3b2a81-e65c-4484-8c78-d0e8f5385328/license.txt>
- Torres, D., Cardona, J., & González, C. (2020). Estrategias para la disminución de las glosas en la E.S.E Hospital Comunal Las Malvinas de Florencia-Caquetá [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Manizales sede Pitalito]. https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/3079/1/CAMILA_FERNANDA_GONZALEZ_MUÑOZ.pdf
- Vigna, C. P., Ruiz, P. B. de O., & Lima, A. F. C. (2020). Disallowance analysis through the audit of accounts performed by nurses: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 5), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0826>
- Muñoz, T. C. M. C. (s/f). Comportamiento de las glosas en una IPS de III nivel de la ciudad durante el periodo de enero a diciembre de 2011 y realización de una propuesta para el manejo de

la historia clínica como herramienta eficaz para el control de las mismas. Edu.co. Recuperado el 29 de octubre de 2024, de https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1140/Comportamiento_de_las_glosas_en_una_IPS_de_III_nivel_de_la_ciudad_durante_el_periodo_de_Enero_a_Diciembre_de_2011_y_realización_de_una_propuesta_para_el_manejo_de_la_historia_clínica_como_herramienta_eficaz_para_el_control_de_las_mismas.pdf?sequence=2&isAllowed=y