



Impacto financiero de la gestión de glosas y devoluciones en una  
Institución Prestadora de Servicios de Salud de tercer nivel de  
complejidad en la ciudad de Bogotá DC.

Trabajo de grado para optar por el título de Maestría en Administración en Salud (MAS)

Presentado por:

**Lina Marcela Campos Calderón**  
**Nidia Mireya Fonseca Ayala**  
**José Reynaldo Villaquirán Pinzón**

Bogotá, D.C.

2023



Impacto financiero de la gestión de glosas y devoluciones en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de tercer nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá DC.

Trabajo de grado para optar por el título de Maestría en Administración en Salud (MAS)

Presentado por:

**Lina Marcela Campos Calderón**

**Nidia Mireya Fonseca Ayala**

**José Reynaldo Villaquirán Pinzón**

Tutor:

Libardo Martínez Posada

Maestría en Administración en Salud (MAS)

Escuela de Administración

14 de marzo de 2023

Bogotá D. C.,

Colombia 2023

## Tabla de Contenido

Tabla de Contenido.....	i
Agradecimientos.....	iv
Dedicatoria.....	v
Declaración de originalidad y autonomía.....	vi
Declaración de exoneración de responsabilidad.....	vii
Lista de figuras .....	viii
Lista de tablas .....	ix
Abreviaturas.....	x
Glosario .....	xi
Anexos .....	xvi
Resumen Ejecutivo .....	xvii
Palabras clave: .....	xviii
Abstract.....	1
1. Introducción .....	3
2. Descripción de la situación organizacional de la Institución de Salud .....	5
2.1. Analizar y comprender la situación actual de la organización o negocio .....	5
2.1.1. Fase 1: Análisis del entorno.....	5
2.1.2. Fase 2: La industria y Fase 3: La firma. ....	9
3. Análisis del programa de gestión .....	12
3.1. Direccionamiento Estratégico: .....	12
3.1.1. Visión: .....	13
3.1.2. Valores Corporativos:.....	13
3.1.3. Misión:.....	14
3.1.4. Política de calidad.....	14
3.1.5. Política de seguridad.....	14
3.2. Análisis del programa de auditoría institucional:.....	15
3.2.1. Facturación .....	24
3.2.2. Tarifas.....	26
3.2.3. Soportes.....	27

3.2.4. Autorizaciones.....	29
3.2.5 Cobertura.....	30
3.2.6. Pertinencia.....	31
3.2.7. Devoluciones.....	33
3.3. Impacto de la Gestión De Glosas y Devoluciones .....	38
3.3.1. Crecimiento: .....	38
3.3.2. Ampliación de Servicios:.....	38
3.3.3. Capacitación y Educación Continuada: .....	39
3.3.4. Salarios y Rotación del Personal .....	39
3.3.5. Imagen corporativa: .....	41
3.3.6. Pago a proveedores y Flujo de capital:.....	41
3.4. Caracterización del proceso de auditoría y cuentas médicas.....	42
3.4.1. P-FAC-004 Radicación y control de cuentas devueltas y reporte de glosas: 42	
3.4.2. P-FAC-001 Liquidación de Cuentas: .....	42
3.4.3. P-FAC-002 Facturación:.....	43
3.4.4. P-GDC-011 Auditoria a Profesionales: .....	44
3.4.5. P-GDC-013 Auditoria concurrente:.....	44
3.4.6. P-ADM-008 Gestión de Autorizaciones: .....	44
4. Solución a la problemática empresarial .....	47
4.1. Facturación: .....	47
4.1.1. Facturación de cuentas sin revisión previa:.....	47
4.1.2. Fallas en programa de auditoría concurrente:.....	48
4.1.3. Fallas en los procesos de facturación y revisión de las cuentas médicas. ....	48
4.2. Auditoría:.....	49
4.2.1. Inoportunidad en la Respuesta de Glosas y Devoluciones. ....	49
4.2.2. Incremento anual del porcentaje de glosas y devoluciones.....	50
4.2.3. Alto Porcentaje de Glosas y Devoluciones con Riesgo de Prescripción. ....	51
4.2.4. Incremento anual del porcentaje de glosas y devoluciones.....	52
4.3. Talento Humano: .....	52
4.4. Tecnología de la Información:.....	53
4.5. Cartera: .....	53

5. Conclusiones .....	54
6. Referencia.....	58
7. Anexo Técnico .....	61

## **Agradecimientos**

A Dios porque me permite continuar fortaleciendo mis conocimientos y contribuir con el crecimiento positivo de la salud en mi país.

A mi esposo, por su paciencia y entrega, por su apoyo incondicional, para poder cumplir todos mis objetivos personales y profesionales, es quien con su cariño me ha impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades.

A mi familia que cree en mí y me anima a seguir creciendo y fortaleciendo mis conocimientos.

*Lina Marcela Campos Calderón*

A mi esposo Jorge Arturo Bustos Martínez, quien siempre me brindó su apoyo incondicional para el desarrollo de este proceso formativo, es mi mejor fuente de inspiración para luchar por las metas propuestas y pretender cada día ser mejor persona y mejor profesional.

A mis hijos Jerónimo y Martina por comprender mi ausencia y mi falta de tiempo para jugar, sonrier y soñar, pero todo esto hijos lo hago por el inmenso amor que siento por ustedes, algún día seré parte de sus agradecimientos.

A la organización Clínica General del Norte por su acostumbrado apoyo en los proyectos académicos que he desarrollado a lo largo de mi vida laboral.

Al Dr. Libardo Martínez Posada, director del trabajo de grado, por su excelente asesoría, disposición y orientación para lograr el desarrollo del presente documento.

*Nidia Mireya Fonseca Ayala*

A Dios quien me da sabiduría y capacidades, a mi esposa por su compañía y amor.  
A mi familia por su apoyo y fortaleza.

*José Reynaldo Villaquirán Pinzón*

## **Dedicatoria**

A mis amigos Nidia y José porque juntos la luchamos durante horas por sacar este proyecto adelante. Hoy Dios nos permite este gran logro.

*Lina Marcela Campos Calderón*

A mi esposo Jorge Arturo y mis hijos Jerónimo y Martina quienes con su inmenso amor acompañan a diario todos mis procesos formativos, con su nobleza y comprensión hicieron más fácil el desarrollo de este proyecto educativo.

*Nidia Mireya Fonseca Ayala*

A mi esposa, la cual ha sido para mí una compañera maravillosa en esta aventura de conocimiento y crecimiento personal, a mi amiga Nidia por su paciencia y apoyo incondicional y a mi familia respaldo constante en todos los momentos sobre todo los más difíciles.

*José Reynaldo Villaquirán Pinzón*


## **Declaración de originalidad y autonomía**

Declaramos bajo la gravedad del juramento, que hemos escrito el presente Proyecto Aplicado Empresarial (PAE), en la propuesta de solución a una problemática en el campo de conocimientos del programa de Maestría por nuestra propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

Declaramos que hemos indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información y que este PAE no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.



Lina Marcela Campos Calderón



Nidia Mireya Fonseca Ayala



Jose Reynaldo Villaquirán Pinzón

Firmado en Bogotá, D.C. el 14 de marzo de 2023

## **Declaración de exoneración de responsabilidad**

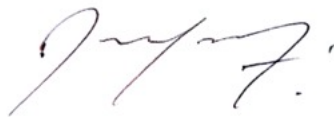
Declaramos que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de sus autores. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.



Lina Marcela Campos Calderón



Nidia Mireya Fonseca Ayala



Jose Reynaldo Villaquirán Pinzón

Firmado en Bogotá, D.C. el 14 de marzo de 2023

## **Lista de figuras**

Figura 1. Diagnóstico situacional del proceso de Facturación, Auditoría y Cartera.

Figura 2. Organigrama de la entidad

Figura 3. Mapa de procesos

Figura 4. Porcentaje de glosas y devoluciones vigencias 2018 a 2021.

Figura 5. Clasificación de las devoluciones gestionadas vigencias 2018 a 2021.

Figura 6. Porcentaje de objeciones vigencias 2018 a 2021.

Figura 7. Valores gestionados y tiempo de respuesta por concepto devoluciones. Vigencias 2018 a 2021.

Figura 8. Departamentos a intervenir en la solución de la problemática empresarial.

## **Lista de tablas**

Tabla 1. Matriz PESTEL: Análisis del contexto interno y externo de la institución prestadora de salud.

Tabla 2. Portafolio de servicios.

Tabla 3. Radicación de cuentas médicas, glosas y devoluciones vigencias 2018 a 2021.

Tabla 4. Porcentaje del valor radicado devuelto y glosado vigencias 2018 a 2021.

Tabla 5. Clasificación de Respuesta a Devoluciones vigencias 2018 a 2021.

Tabla 6. Clasificación de Respuesta a glosas vigencias 2018 a 2021.

Tabla 7. Impacto financiero para el periodo 2018 a 2021.

Tabla 8. Deterioro acumulado de cartera vigencias 2018 a 2021.

Tabla 9. Motivos de devolución reportadas y gestionadas vigencias 2018 a 2021.

Tabla 10. Motivos de glosa reportadas vigencias 2018 a 2021.

Tabla 11. Glosas por Facturación.

Tabla 12. Glosas por Tarifas.

Tabla 13. Glosas por Soportes.

Tabla 14. Glosas por Autorizaciones.

Tabla 15. Glosas por cobertura.

Tabla 16. Glosas por pertinencia.

Tabla 17. Devoluciones vigencia 2018 a 2021.

Tabla 18. Gestión de devoluciones vigencias 2018 a 2021. Corte a 31 de marzo de 2022.

Tabla 19. Gestión de glosas vigencias 2018 a 2021. Corte a 31 de marzo de 2022.

Tabla 20. Matriz de priorización. Gestión de glosas y devoluciones vigencia 2018 - 2021.

Tabla 21. Comparativo escala salarial vigencia 2018 - 2021.

Tabla 22. Centro de Costos por Unidades Funcionales.

Tabla 23. Gestión de glosas y devoluciones vigencia 2018 - 2021.

## **Abreviaturas**

EAPB:	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
ERP:	Empresa Responsable del Pago
IPS:	Institución Prestadora de Servicios de Salud
REPS:	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
SNS:	Superintendencia Nacional de Salud
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
GL:	Glosas
DV:	Devoluciones

## Glosario

**IPS:** Institución Prestadora de Salud.

**ERP:** Empresa Responsable de Pago.

**Glosa:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

**Devolución:** Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura.

**Auditoría de Cuentas en Línea:** procedimiento de verificación de cuentas médicas realizado a través de plataformas digitales.

**Auditoría de servicios de salud:** evaluación permanente y sistemática de la calidad y la racionalización del recurso de la atención en salud, enfocada principalmente en su proceso y resultado, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios de salud.

**Auditoría del servicio:** proceso sistemático y permanente que busca medir y evaluar la calidad de los servicios de salud entregados desde la perspectiva del usuario, los niveles de satisfacción con la atención.

**Auditoría clínica:** evaluación sistemática, planificada y continua sobre la estructura, los procesos y los resultados de la prestación de los servicios de salud a los usuarios tanto en la modalidad ambulatoria como hospitalaria.

**Auditoría de cuentas médicas:** análisis realizado por auditores asistenciales y personal administrativo de la factura y los soportes generados por los procesos de atención médica-asistencial, en el cual se tienen en cuenta, entre otras variables, la concordancia y la pertinencia entre las prestaciones ejecutadas ante las condiciones de salud del paciente que motivan la atención y las facturadas, teniendo en cuenta pautas contractuales (tarifas, códigos, autorización) y principios de calidad en la prestación.

**Auditoría concurrente o de campo:** se lleva a cabo durante el tiempo de estancia de un paciente. Evalúa integralmente la atención mientras ésta se administra en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

**Auditoría de las facturas radicadas:** la revisión de la facturación se realizará mediante la revisión documental de las facturas radicadas y los correspondientes documentos soporte establecidos en la normatividad o en los contratos con los prestadores.

**Auditoría directa:** realizada en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud sobre pacientes internados, constatando la calidad de la atención brindada, verificando procesos, registros clínicos, evaluando así la calidad y la pertinencia de los servicios prestados.

**Auditoría indirecta:** permite calificar la calidad de un evento, partiendo de la presunción de lo hallado al observar el cumplimiento de los criterios administrativos y clínicos.

**Auditoría de estructura:** dirigida a las características de las instalaciones, equipos, administración y organización de programas de salud, del recurso humano profesional, de los recursos financieros disponibles y utilizables en la prestación de la atención de la salud. Tiene en cuenta: Nivel de complejidad. Organización y funcionamiento. Reglamentos y normatividad. Texto de procedimientos. Recursos humanos, físicos, y financieros. Estructura informativa.

**Auditoría de proceso:** reúne información sobre el funcionamiento de la prestación y atención brindada por trabajadores y profesionales de la salud, y de la interacción con las actividades de apoyo, diagnóstico y soporte físico-administrativo. Naturaleza de los servicios. Tecnología utilizada. Contenido, concentración, oportunidad de la atención. Rendimiento de los recursos. Calidad de la atención. Auditoría de resultados: evaluación de la calidad con base en los resultados finales utilizando

**Control integrado de la gestión:** sistema integrado por el esquema organizacional, el conjunto de planes, métodos, principios, normas, metas, estándares, procedimientos y mecanismos de verificación y explicación que utiliza como herramienta fundamental la información sistemática y oportuna de tipo contable, financiero, estadístico y operativo que, traducida en una serie de indicadores, permite la toma de decisiones apropiadas.

**Respuesta a Glosas y Devoluciones:** Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

**Centro de costos:** es una unidad del negocio que genera costos para la empresa, y también beneficios, pero de forma indirecta. Puede ser utilizada por una empresa como herramienta que le permite obtener información segmentada según sus necesidades, con el fin de monitorear el uso de sus recursos y llevar un mejor control de sus pérdidas y ganancias.

**Factura o documento equivalente (Cuenta Médica):** Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.

**Contratación de servicios:** Acuerdo que se contrae como consecuencia del proceso de negociación entre dos partes obligándose mutuamente, sobre materia o cosa determinada y a cuyo cumplimiento están recíprocamente obligados.

**Preparación de la cuenta:** Procedimiento realizado en el área de facturación y se realiza auditoría previa a la cuenta con el fin de detectar posibles errores y se corregirlos.

**Radicación de la cuenta:** Es el último paso del proceso de preparación y presentación de cuentas, se trata del procedimiento de notificación de la deuda derivada de la prestación de servicios a la empresa responsable del pago. Consiste en la presentación de la factura con todos los soportes requeridos en la normatividad vigente.

**Recaudo:** El recaudo de los pagos o el ingreso de los montos cobrados por venta de servicios es lo que permite continuar con el objetivo social de prestación de servicios asistenciales.

**Facturación:** Proceso organizado y sistemático que permite identificar, registrar, liquidar y cuantificar el valor de la prestación del servicio en salud consumido por un usuario en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, con base en el manual de procedimientos y obligaciones contractuales con el responsable del pago.

**Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos, basados en la mejor evidencia científica y donde los efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**Tarifas:** Valor pactado por las partes para realizar el pago de un servicio utilizado por un usuario.

**Soportes:** Documentos y registros de obligatorio cumplimiento para la presentación de la factura al responsable del pago. Para tal efecto, se consideran soportes de las facturas todos aquellos contenidos en el Anexo Técnico No. 5 de la Resolución No. 3045 de 2008.

**Autorización:** Documento o registro emitido por la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con los parámetros contratados entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago, hace referencia a al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado.

**Cobertura:** Servicios incluidos en los diferentes planes de atención en salud.

## **Anexos**

- Anexo A. Listas de chequeo. Correctos en la facturación.

## **Resumen Ejecutivo**

*Impacto financiero de la gestión de glosas y devoluciones en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de tercer nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá DC.*

El control de gestión permite a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud realizar una evaluación global de la institución y servicios, de tal manera, que pueda comparar los resultados esperados vs resultados obtenidos, así las cosas, es necesario evaluar permanentemente los procesos institucionales que permitan generar de forma oportuna un Plan de Mejoramiento de la Calidad institucional y mecanismos de verificación sistemática a los procesos de auditoría de cuentas médicas, contables, financieros y operativos, los cuales tienen un impacto directo en el flujo de recursos de la institución.

La gestión oportuna de las glosas y devoluciones reportadas por las Empresas Responsables del Pago se convierte en una estrategia fundamental que permite para garantizar la solvencia y liquidez institucional. El incumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente tanto en la formulación como en la respuesta a las objeciones planteadas afecta directamente la operatividad de la institución, por la imposibilidad de recibir el pago oportuno de servicios médicos prestados.

En función de lo anterior, el presente documento plantea un análisis de la gestión en el proceso de auditoría de cuentas médicas de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de tercer nivel de complejidad, ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., empleando una metodología de tipo descriptivo cuantitativo que permita evaluar el impacto financiero derivado de la gestión de glosas y devoluciones de facturas radicadas ante las diferentes Entidades Administradoras de Planes de Beneficios con las cuales se tiene contratada la prestación de servicios médicos, así como, identificar las causas que llevan al resultado encontrado y por consiguiente, plantear recomendaciones que le permitan a la institución fortalecer las condiciones tanto en estructura, proceso y resultado, contribuyendo así a la mitigación de riesgos de solvencia y liquidez.

El Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009, establecen las responsabilidades para los prestadores de servicios de salud y empresas responsables del pago, tendientes a garantizar la adecuada administración de los mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud, así mismo, establecen los requisitos para la presentación de la factura y tiempos de gestión de glosas y devoluciones, es importante anotar que en el caso objeto de estudio se evidenciaron fallas en los procedimientos de facturación, auditoría de cuentas médicas y cartera, lo cual se refleja el alto volumen de cartera por recaudar, flujo lento de caja e incrementos sostenido de glosas y devoluciones. La institución cuenta con gestión documental para los procesos de facturación, cartera y auditoría a profesionales de la salud, pero dicho material requiere actualización y ajustes en relación a la asignación de responsabilidades en relación a la verificación de soportes, liquidación de la cuenta, auditoría de la cuenta previo a la radicación y recaudo efectivo de la cartera, ya que se evidencia debilidad en preparación y divulgación de procesos y procedimientos al personal involucrado.

Se requiere que la institución implemente la medición y control de los costos directos por unidad funcional, que le permita tomar decisiones en relación con la gestión médica de costos orientados a lograr reducción de los gastos mensuales por unidad funcional sin afectar la calidad en la prestación del servicio.

Por otro lado, se tienen definidos indicadores de gestión y control, pero en la cotidianidad no se evalúan con rigurosidad lo cual dificulta el seguimiento y control del riesgo financiero. Es preciso que la institución implemente mecanismos que le permitan realizar la liquidación y facturación de los servicios prestados en forma ágil, oportuna, completa y clara, con el fin de favorecer el proceso de recaudo y de esta forma garantizar los ingresos que permitan la supervivencia, crecimiento y desarrollo institucional.

**Palabras clave:** Auditoría, Glosas, Devoluciones, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Responsables de Pago, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Liquidez, Sostenibilidad y Solvencia.

## **Abstract**

### *Financial Implications of Glosses and Refunds Management in a Third-Level Complex Healthcare Service Provider Institution in the City of Bogotá D.C.*

The management control system enables Healthcare Service Providers to conduct a comprehensive evaluation of their institution, comparing expected versus actual results. It is necessary to continuously evaluate institutional processes to generate a Quality Improvement Plan and systematic verification mechanisms for medical, accounting, financial, and operational audits. These audits directly impact the institution's resource flow.

Timely management of objections reported by Companies Responsible for Payment is a crucial strategy for ensuring institutional solvency and liquidity. Failure to comply with established timelines for objection responses affects the institution's operations as it may delay timely payment for medical services rendered.

This document proposes an analysis of medical account auditing management of a third-level Healthcare Service Provider in Bogotá D.C. using a quantitative descriptive methodology. It aims to evaluate the financial impact of managing objections and returns of invoices filed before different Benefit Plan Administrative Entities contracted to provide medical services. The study also identifies the causes leading to the results found and provides recommendations to strengthen the institution's structure, process, and results to mitigate solvency and liquidity risks.

Decree 4747 of 2007 and Resolution 3047 of 2008, modified by Resolution 416 of 2009, assign responsibilities for healthcare service providers and Companies Responsible for Payment. They aim to ensure proper administration of payment mechanisms for health services purchases and establish requirements for invoicing and objection management timelines. In this study, billing procedure and medical account and portfolio audits revealed weaknesses, reflecting a high portfolio volume to collect, slow cash flow, and sustained

increases in objections and returns. The institution's document management for billing, portfolio, and audit processes requires updating and adjustments.

The institution must implement cost measurement and control mechanisms per functional unit to make decisions related to medical cost management without affecting service quality. Although there are defined management and control indicators, they are not rigorously evaluated daily, making it challenging to monitor and control financial risk. The institution must implement mechanisms to settle and bill services promptly, clearly, and comprehensively to facilitate rescue and guarantee income for survival, growth, and development.

Keywords: Audit, Objections, Returns, Healthcare Service Providers, Companies Responsible for Payment, Solvency, Benefit Plan Management Companies, Liquidity, Sustainability.

## 1. Introducción

La entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, llevó a las instituciones a garantizar su sostenibilidad y fomentó el crecimiento sostenible de las empresas prestadoras de servicios de salud “Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera” (Congreso de la Republica de Colombia, 1993), haciéndolas responsables de sus finanzas para lo cual deben crear procesos como la facturación, “toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos”. Es así como las empresas de salud deben trabajar ahora como empresas de producción y ventas de servicios, cada una debe fomentar un proceso que le permita vender los servicios que presta. Adicionalmente cambió la manera de administrar en salud, teniendo en cuenta que la facturación y las cuentas médicas son el pilar para la sostenibilidad de las instituciones prestadoras. Para lograr una estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de salud en Colombia, es importante tener en cuenta un punto crítico en el proceso de solvencia financiera, la administración y gestión de glosas y devoluciones. Conocer este problema es fundamental para la sostenibilidad de las instituciones prestadoras de salud colombianas, y su desconocimiento puede llevar a la disminución del flujo de caja y los recursos disponibles para lograr un correcto funcionamiento, lo que hace primordial que el área administrativa de dichas instituciones se comprometa en la caracterización y mejoramiento continuo de glosas y devoluciones, desde áreas como auditoría de cuentas centrándose en generar procesos eficientes para disminución de las mismas.

En el panorama financiero colombiano, un alto porcentaje de las empresas que prestan servicios en salud, se encuentran en alto riesgo financiero ocasionado por el retraso en el recaudo de las cuentas por cobrar, devolución repetida de facturas por la prestación de servicios, con consecuencias nefastas para sus estados financieros que se evidencian en pagos atrasados, tanto para sus colaboradores como para sus proveedores. En las empresas prestadoras de servicios de salud en Colombia, un proceso interno de gestión de cuentas médicas ineficiente o ineficaz, es comúnmente la causa del desbalance financiero; para lograr

un equilibrio financiero se debe tener claro procesos tan importantes como lo son la gestión de glosas y devoluciones.

El presente trabajo de investigación tiene como fin realizar un análisis del impacto financiero de las glosas y devoluciones presentadas en una institución prestadora de salud de tercer nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá D.C., durante el periodo comprendido entre los años 2018 - 2021, en virtud, a la importancia que cobra la gestión oportuna de glosas y devoluciones como factor determinante en la rentabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Una vez analizados los hallazgos encontrados de causalidad de glosas y devoluciones, formularon recomendaciones basadas en la gestión eficiente de glosas y devoluciones, que le permite a la Institución Prestadora de Servicios de Salud un fortalecimiento administrativo y financiero.

## 2. Descripción de la situación organizacional de la Institución de Salud

### 2.1. Analizar y comprender la situación actual de la organización o negocio

Una vez contextualizados de los datos estadísticos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud en relación al impacto financiero de la gestión de glosas y devoluciones y el proceso administrativo de auditoría de cuenta médicas, se procede a realizar un diagnóstico situacional utilizando la herramienta de gestión DOFA con el fin de identificar la problemática empresarial.

Así las cosas, se realiza un análisis de los factores internos y factores externos que inciden en la gestión de glosas y devoluciones formuladas por los diferentes responsables del pago. A continuación se presenta la problemática encontrada:

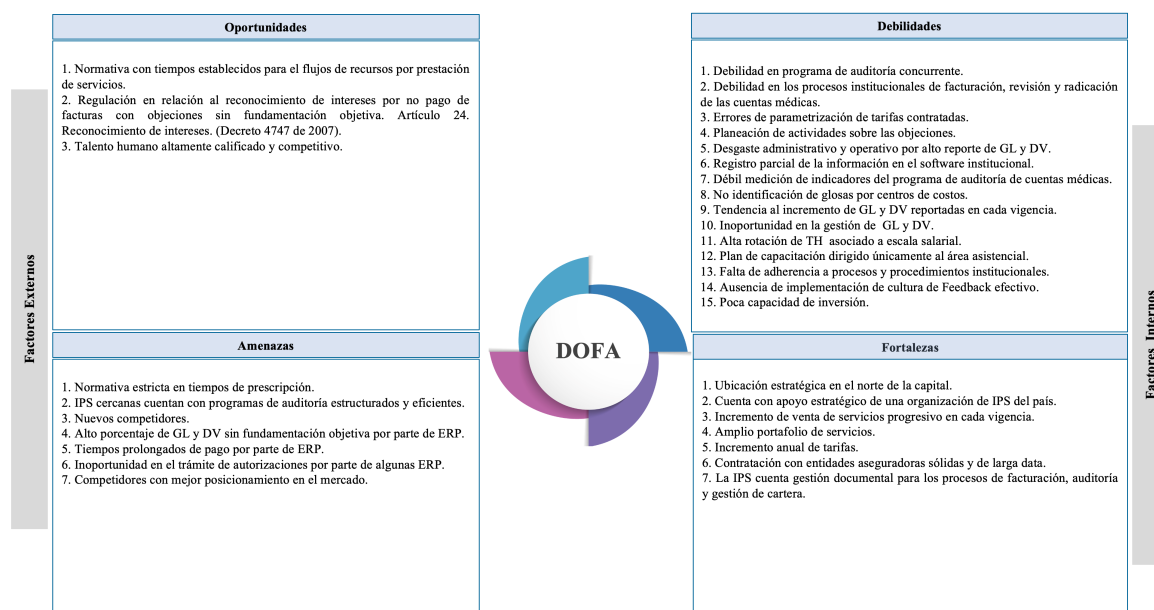


Figura 1. Diagnóstico situacional del proceso de Facturación, Auditoría y Cartera.

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad.

#### 2.1.1. Fase 1: Análisis del entorno

En el sistema de salud colombiano, con la aparición en escena del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se creó la necesidad de implementar el proceso de facturación por venta de servicios de salud y por ende procesos paralelos como el de

contratación y el de auditoría de cuentas médicas, sin embargo, no existía preparación para enfrentar dicho cambio; las universidades capacitan especialistas en Auditoría Médica, Auditoría de Calidad y Auditoría de Salud, dejando a un lado la Auditoría de Cuentas Médicas, siendo esta última la más utilizada en el manejo del sistema. Además, se dio potestad de revisión de cuentas a personal sin un conocimiento real de la facturación hospitalaria, de la contratación en salud, de los manuales tarifarios, de la normatividad relacionada con el financiamiento del sector y, por si fuera poco, una mínima experiencia asistencial demostrada que conlleva a la generación de glosas escudadas en motivos de pertinencia y racionalidad técnico-científica sin un aval científico. Esto deriva en la pérdida de la calidad de la atención en salud, bajo el concepto errado del “control de costos” (Oviedo Salcedo & Leuro Martínez, 2010).

El cambio de sistema de salud, planteado por la ley 100 de 1993, obligó a las instituciones a garantizar su sostenibilidad; adicionalmente cambió la manera de administrar en salud. Un alto porcentaje de las empresas que prestan servicios de salud en el territorio colombiano, se encuentran en alto riesgo financiero a consecuencia del impacto negativo en sus estados financieros de la mala gestión de glosas y devoluciones, resultando en: no conciliación en cuentas médicas, reiteración de glosas, pagos atrasados, tanto para sus colaboradores como para sus proveedores y aún más grave el no pago de obligaciones.

Un proceso interno de gestión de cuentas médicas ineficiente o ineficaz, es comúnmente la causa del desbalance financiero, para lograr una estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de salud en Colombia, es importante tener en cuenta un punto crítico en el proceso de solvencia financiera, la administración y gestión de glosas y devoluciones; conocer este problema es fundamental para la sostenibilidad de las instituciones prestadoras de salud colombianas, y su desconocimiento puede llevar a la disminución del flujo de caja y los recursos disponibles para lograr un correcto funcionamiento.

**Tabla 1.**

*Matriz PESTEL Análisis del contexto interno y externo de la institución prestadora de salud.*

Variables	Oportunidades	Amenazas
<b>Político</b>	Acuerdo del punto final de salud	Corrupción
	Decisiones de gobierno	Migración de extranjeros venezolanos
<b>Económico</b>	Acuerdo del punto final de salud	Déficit de 10 billones en el presupuesto de salud.
	Ley 198 Proyecto de ley No. 198 de 2018 del senado	Deficiencias económicas en las EPS
	Liquidez del sistema	Tasa de desempleo 11,1% en el año 2021 año objeto de estudio
<b>Social</b>	Medicina alternativa (integración con medicina convencional)	Medicina alternativa (preferencia definitiva de los consumidores)
	Aumento en la esperanza de vida en los últimos años	Desigualdad en la distribución de los recursos (según la ONU el indicador GINI está cerca del 0.59)
		Niveles de estrés
		Violencia: principales causas de muerte prematura
<b>Tecnológico</b>	Avance tecnológico en fisioterapia: entrenamientos y rehabilitación para adultos mayores	Alto consumo de energía debido a la utilización de equipos eléctricos y electrónicos
	Avance en las tecnologías de información (TIC)	
	Colombia avanza en la tecnología para la Salud: Colombia se encuentra dentro de los 5 países que más invierten en avances tecnológicos en la medicina	
<b>Ecológico</b>	Enfermedades producidas por la contaminación del medioambiente	Deficiencia en el manejo del medio ambiente
	Código Nacional de Recursos Naturales Renovables y de Protección al Medio Ambiente (Decreto 2811 de 1974)	
<b>Legal</b>	Ley 198 Proyecto de ley No. 198 de 2018 del senado	Ley 1480 del 2011
	Certificado de acreditación	

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Para lograr una gestión de glosas y devoluciones eficiente es preciso el conocimiento de la reglamentación colombiana en la cual se definen los tiempos óptimos de radicación de facturas, plazos de generación de devoluciones y glosas, tiempos de respuesta a glosas, tales como:

- Ley 1438 del 2011 en su artículo 57: *“Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago”* (Congreso de la Republica de Colombia, 2011).

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

### 2.1.2. Fase 2: La industria y Fase 3: La firma.

La Institución Prestadora de Servicios de Salud en la cual se desarrolló el estudio es una empresa dedicada al sector salud, cuenta con una ubicación estratégica en el sector norte de la ciudad de Bogotá, dentro del mercado esta institución tiene un importante papel ya que brinda servicios de Tercer Nivel de Complejidad incluyendo servicios oncológicos a una gran parte de la población del sector norte de la ciudad, presta servicios de salud de a pacientes adultos afiliados al régimen contributivo y subsidiado de diferentes Empresas Promotoras de Planes de Beneficios entre las cuales se encuentran: Nueva EPS, Medimás EPS, Unión Temporal San José (SERVISALUD UT), Famisanar EPS entre otras.

Cuenta con un portafolio de prestación de servicios amplio, dentro de los cuales se encuentran cirugía general, ginecología, medicina interna, ortopedia, gastroenterología, neurocirugía, cirugía oncológica, Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, cirugía ambulatoria y consulta externa. En la actualidad cuenta con una capacidad instalada de 51 camas hospitalarias, 10 camas de Unidad de Cuidados Intensivos, 5 salas de cirugía, 1 unidad gastroenterología.

**Tabla 2.**

*Portafolio de servicios.*

GRUPO DEL SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO
Internación	General Adultos
Internación	General Pediátrica
Internación	Cuidado Intermedio Adultos
Internación	Cuidado Intensivo Adultos
Quirúrgicos	Cirugía General
Quirúrgicos	Cirugía Ginecológica
Quirúrgicos	Cirugía Maxilofacial
Quirúrgicos	Cirugía Neurológica
Quirúrgicos	Cirugía Ortopédica
Quirúrgicos	Cirugía Oncológica

GRUPO DEL SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO
Quirúrgicos	Cirugía Vascular Y Angiológica
Quirúrgicos	Cirugía Urológica
Quirúrgicos	Cirugía De Mama Y Tumores Tejidos Blandos
Quirúrgicos	Cirugía Gastrointestinal
Consulta Externa	Anestesia
Consulta Externa	Cirugía General
Consulta Externa	Gastroenterología
Consulta Externa	Hematología
Consulta Externa	Ortopedia y/o Traumatología
Consulta Externa	Pediatría
Consulta Externa	Terapia Respiratoria
Consulta Externa	Terapia Respiratoria
Consulta Externa	Oncología Y Hematología Pediátrica
Urgencias	Servicio De Urgencias
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Endoscopia Digestiva
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Laboratorio Clínico
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Radiología E Imágenes Diagnosticas
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Toma De Muestras De Laboratorio Clínico
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Transfusión Sanguínea
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Servicio Farmacéutico
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Toma De Muestras Citologías Cérvico- Uterinas
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Ultrasonido
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Esterilización
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Esterilización
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Urología Procedimiento
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Electro diagnóstico
Protección Especifica y Detección Temprana	Atención Preventiva Salud Oral Higiene Oral

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Estos servicios le permiten facturar un promedio anual de \$ 10.616.174.116, es importante anotar que pese a lograr una alta cifra de radicación de cuentas médicas por servicios de salud prestados, recibe un promedio anual de glosa de \$1.084.126.960 (10,2%),

por otro lado, registra un valor de facturas devueltas que alcanza un promedio anual de \$581,534,620 (5,5%), con un valor acumulado de glosa y devolución no gestionada en las vigencias objeto de análisis por un valor de \$ 1,665,661,580.

La institución cuenta con relaciones contractuales bajo la modalidad de evento con distintas aseguradoras y EPS, entre las cuales se encuentran Famisanar, Sanitas, Medimás hoy en liquidación, Nueva EPS, Unión Temporal Servisalud San José, Compensar, Seguros Colpatría, Salud Total y Colmédica entre otras y para todas tiene una tarifa diferente, la cual ha concertado en el contrato de prestación de servicios. Sin embargo, es de anotar que los convenios se encuentran pactados a tarifa ISS con un incremento porcentual diferente para cada cliente.

### 3. Análisis del programa de gestión

#### 3.1. Direccionamiento Estratégico:

A continuación se presenta la estructura de la institución en la cual se desarrolla el análisis se presenta desde dos perspectivas, el mapa de procesos y el organigrama; de esta manera, se cuenta con una estructura organizacional que ilustra la distribución jerárquica al interior de la Institución Prestadora de Servicios de Salud y flujo de comunicaciones entre las diferentes áreas (Ver Figura 1); y, además, un mapa de procesos, que representa la interacción de los procesos misionales, directivos y de apoyo, a partir de la identificación y satisfacción de las necesidades y expectativas de los grupos de interés (ver Figura 2).

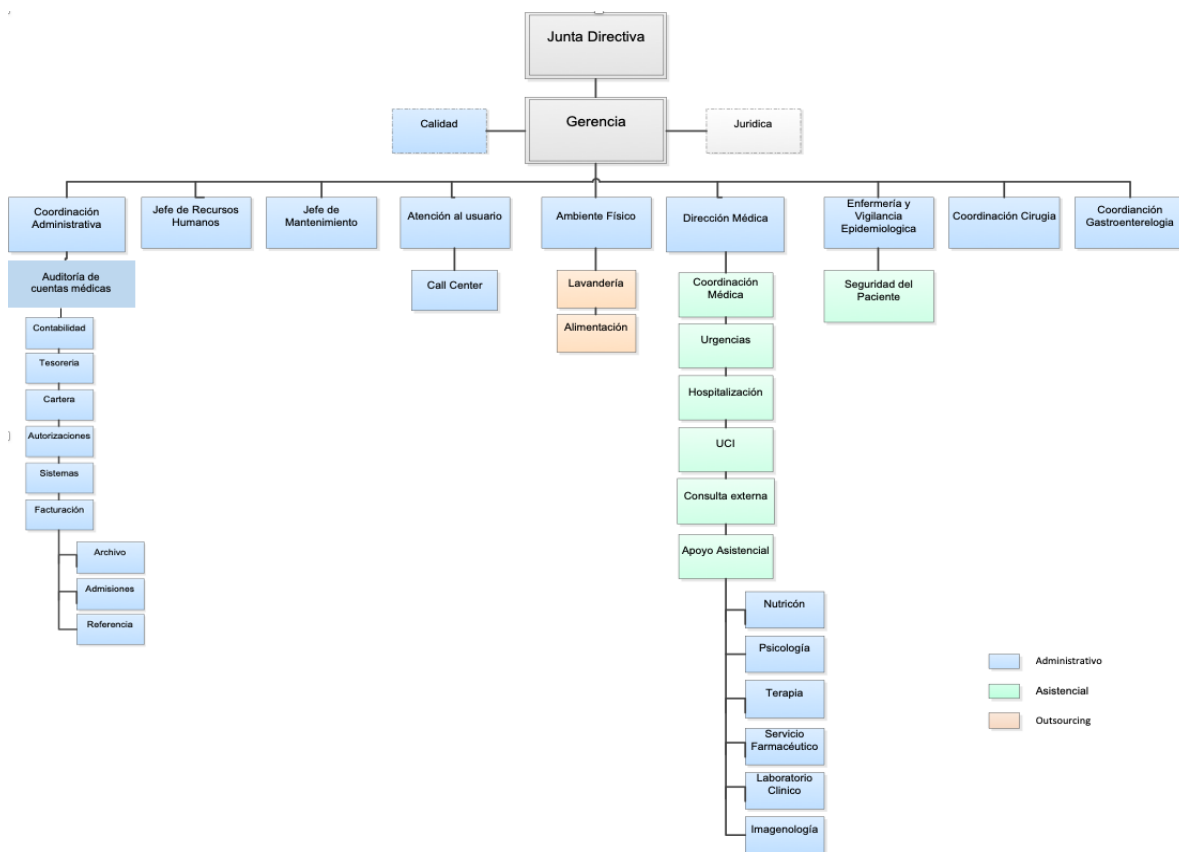


Figura 2. Organigrama de la entidad

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad.

Como se ha descrito, la institución cuenta con una estructura de jerárquica vertical, en el que se definen áreas, de donde se derivan equipos de trabajo para funciones específicas. Por otra parte, el mapa de procesos deja ver un flujo definido que recoge las expectativas de las partes interesadas para, a través de sus actividades misionales, llegar a la satisfacción de éstos; todo ello apoyados en actividades estratégicas y de apoyo para el logro de los propósitos trazados.

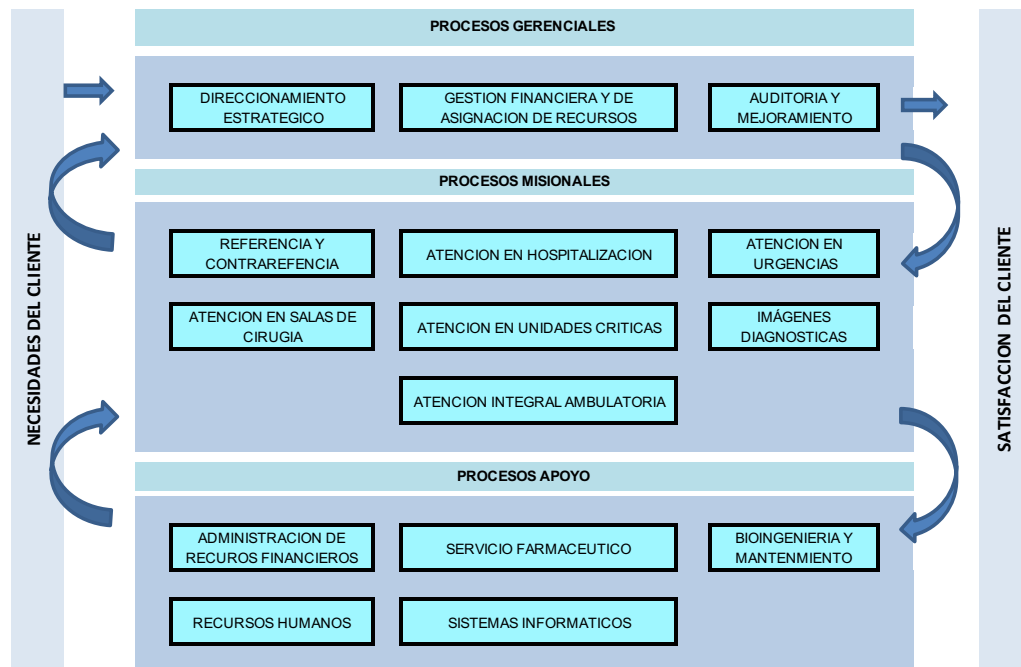


Figura 3. Mapa de procesos

Fuente: Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad.

### 3.1.1. Visión:

Consolidarnos en el año 2025 como una institución líder en salud a nivel nacional, fundamentada en la excelencia de su modelo de atención en salud, la atención segura y humanizada, el mejoramiento de la salud y bienestar de nuestros pacientes y sus familias.

### 3.1.2. Valores Corporativos:

La institución se identifica con los siguientes valores corporativos: Humanización del servicio, Trabajo en equipo, Calidad, Compromiso, Comunicación, Honestidad, Confidencialidad, Lealtad, Responsabilidad y Respeto.

### **3.1.3. Misión:**

Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud de mediana y alta complejidad con un modelo de atención que garantiza el acceso oportuno a los usuarios para el diagnóstico y tratamiento de su patología. Contamos con talento humano altamente calificado para brindar servicios enmarcados en la calidad, seguridad y humanización en la atención. Promovemos la educación e investigación fortaleciendo la relación docente servicio.

### **3.1.4. Política de calidad**

Nuestra cultura institucional orienta sus esfuerzos hacia el mejoramiento continuo de los procesos, la excelencia en la prestación de los servicios, el aprendizaje continuo, las relaciones constructivas con los diferentes aliados estratégicos y el uso racional de los recursos que garanticen el crecimiento sostenible y el cumplimiento de los estándares de calidad en la prestación del servicio.

### **3.1.5. Política de seguridad**

Somos una institución comprometida con la atención y el bienestar de los usuarios, que orienta sus acciones hacia la minimización del riesgo en la atención en salud de los pacientes y su familia.

Nuestras acciones están orientadas a garantizar un talento humano capacitado y entrenado en los procesos misionales de tal manera que se mejoren continuamente los niveles de seguridad y calidad en la prestación del servicio.

Trabajamos arduamente en prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, minimizar y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos prevenibles asociados a la atención médica.

Con estas metas se espera cumplir nuestros propósitos organizacionales para consolidarnos como institución segura y competitiva que ofrezca a sus usuarios atención con altos estándares de calidad.

### **3.2. Análisis del programa de auditoría institucional:**

La Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un Departamento de Auditoría de cuentas médicas conformado por un profesional especializado en auditoría (médico o enfermera) y dos auxiliares administrativos, se evidencia que la institución cuenta con un procedimiento de gestión de devoluciones y glosas documentado.

Al analizar los datos contables reportados por el prestador se puede evidenciar tendencia al incremento de glosas y devoluciones reportadas en cada vigencia, lo cual es contrario a la meta institucional establecida en el 4,5% del valor radicado. A pesar de contar con un procedimiento de gestión de devoluciones y glosas documentado, este no logra ser efectivo en la operatividad por la falta de adherencia del talento humano. Por otro lado, se observa que el equipo dedicado a la gestión de glosas y devoluciones enfoca su esfuerzo en dar respuesta a las objeciones para subsanar conciliaciones programadas quedando sin trámite las glosas nuevas lo cual desencadena inoportunidad en la respuesta a las objeciones por parte del prestador.

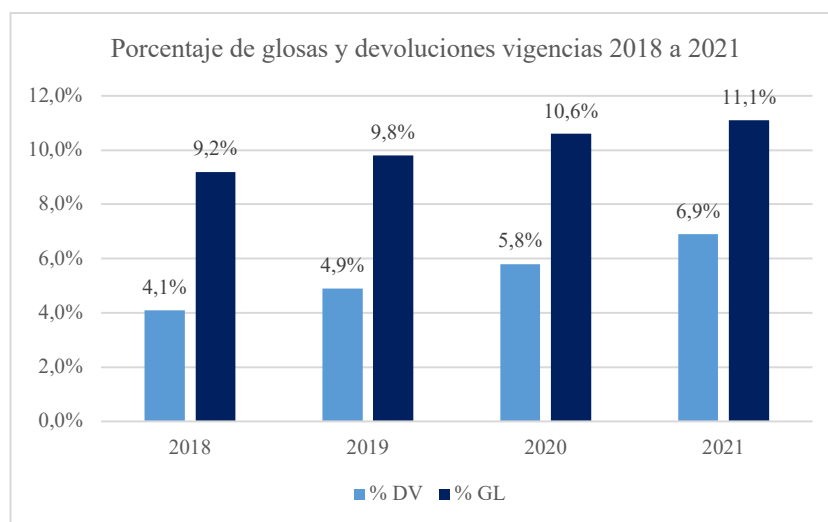
Es preciso destacar, que no se evidencia aplicación rigurosa de auditoría concurrente en las diferentes áreas de atención, perdiendo espacios de retroalimentación con el talento humano involucrado. Por otro lado, se destaca que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema de información para registro y gestión de glosas el cual es parcialmente alimentado por el personal responsable del proceso lo que afecta la medición de indicadores que permitan establecer objetivamente los diferentes puntos críticos del proceso para priorizarlos e implementar estrategias de mejoramiento continuo que impacte en el flujo de recursos del prestador.

La Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con gestión documental para el trámite de glosas y devoluciones denominado P-AUD- Trámite de Glosas y Devoluciones, P-FAC-002 Alistamiento, Auditoría y Envío de facturas al cliente, así como, en el instructivo I-AIN-001 Grabación de cuentas médicas devueltas y glosadas en el sistema, pero al evaluar la

gestión en el campo de acción se logra evidenciar falta de adherencia generando debilidades en los procedimientos de auditoría concurrente, gestión oportuna de las glosas y devoluciones formuladas por los diferentes clientes y registro en el aplicativo de cuentas médicas.

A continuación, se detallan los resultados encontrados en el área de auditoría de cuentas médicas para las vigencias de 2018 a 2021.

La institución facturó un total de \$42.464.696.463 en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2021. Reporta un porcentaje de glosa y devolución de cuentas que incrementa en cada vigencia paralelo al incremento de radicación de facturas.



*Figura 4.* Porcentaje de glosas y devoluciones vigencias 2018 a 2021.

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad.

La radicación de cuentas médicas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud ha incrementado a lo largo de las vigencias analizadas, pero a su vez es notorio el incremento de glosas y devoluciones formuladas a las cuentas radicadas.

La Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con una herramienta denominada SERVINTÉ, que cuenta con submódulos de Movimiento de Devolución y Movimiento de Glosas, cuya función es el almacenamiento y procesamiento de datos que

garanticen la gestión de facturación, glosas y devoluciones de manera eficiente. Sin embargo, el personal encargado de dicha labor limita su gestión al uso de herramientas manuales como archivos en Excel, dificultando la obtención de datos reales como indicadores de proceso y resultado que permitan controlar el proceso de auditoría.

**Tabla 3.**

*Radicación de cuentas médicas, glosas y devoluciones vigencias 2018 a 2021.*

<b>Año</b>	<b>Vlr Radicado</b>	<b>Vlr DV reportada</b>	<b>Vlr GL reportada</b>
<b>2018</b>	9.523.486.578	390.462.950	876.160.765
<b>2019</b>	10.954.876.569	536.788.952	1.073.577.904
<b>2020</b>	10.742.765.497	623.080.399	1.138.733.143
<b>2021</b>	11.243.567.819	775.806.180	1.248.036.028
<b>Total</b>	<b>42.464.696.463</b>	<b>2.326.138.480</b>	<b>4.336.507.840</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

El amplio portafolio de servicios que brinda la institución y la actualización de tarifas de forma periódica le permite lograr un discreto incremento en el valor de la radicación anual, sin embargo, se puede evidenciar un incremento en el valor reportado por los responsables de pago con relación a la notificación de glosas y devoluciones. El recaudo efectivo de la cartera generada de la radicación de cuentas médicas requiere que los procesos previos a la radicación se hayan desarrollado de manera oportuna, completa, ordenada y coherente con la normatividad vigente.

En la institución se evidencian fallas en las diferentes fases del proceso que impactan directamente la sostenibilidad de la empresa en el mercado. Se evidencia un porcentaje del valor radicado devuelto y glosado que viene incrementando en cada vigencia. A continuación, se presentan los datos recolectados para las vigencias 2018 a 2021.

**Tabla 4.**

*Porcentaje del valor radicado devuelto y glosado vigencias 2018 a 2021.*

<b>Año</b>	<b>Vlr DV reportada</b>	<b>% DV</b>	<b>Vlr GL reportada</b>	<b>% GL</b>
<b>2018</b>	390.462.950	4,1%	876.160.765	9,2%
<b>2019</b>	536.788.952	4,9%	1.073.577.904	9,8%
<b>2020</b>	623.080.399	5,8%	1.138.733.143	10,6%
<b>2021</b>	775.806.180	6,9%	1.248.036.028	11,1%
<b>Total</b>	<b>2.326.138.480</b>		<b>4.336.507.840</b>	

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Este indicador institucional refleja un incremento paulatino en el porcentaje de cuentas devueltas y glosadas en las diferentes vigencias, es preciso mencionar, que los datos aquí presentados sugieren fallas en los procesos internos que nos motivan a indagar las posibles causas que afectan el incremento de estos valores y con ello el impacto negativo que estos generan en la sostenibilidad financiera de la institución.

Así las cosas, se presenta en primera instancia los datos obtenidos a partir de la gestión realizada a las devoluciones y causas reportadas por los responsables del pago en el momento de realizar la devolución de la cuenta médica. Esta información permite identificar las fallas en los procesos internos que afectan negativamente la radicación efectiva de la factura y a su vez el retorno del capital invertido en la prestación de los servicios.

**Tabla 5.**

*Clasificación de Respuesta a Devoluciones vigencias 2018 a 2021.*

<b>Concepto</b>	<b>2.018</b>	<b>2.019</b>	<b>2.020</b>	<b>2.021</b>
Devolución injustificada	122.143.357	166.712.767	237.970.918	129.756.601
Devolución subsanada	201.371.481	327.724.739	298.400.796	188.080.549
Devolución subsanada parcialmente	4.192.488	12.920.402	63.538.834	6.292.217
Devolución no subsanada	2.409.855	9.876.064	23.169.851	1.892.243
<b>Total</b>	<b>330.117.182</b>	<b>517.233.972</b>	<b>623.080.399</b>	<b>326.021.611</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Las devoluciones sin fundamentación objetiva reflejan un importante deterioro de la cartera de cuentas por cobrar, situación que suele ser utilizada por el responsable del pago como estrategia de contención del costo médico pero que afecta directamente la adecuada prestación de servicios por parte de la IPS. El porcentaje de devoluciones subsanadas y subsanadas parcialmente refleja la debilidad de los procesos institucionales en la facturación, revisión y radicación de las cuentas médicas.

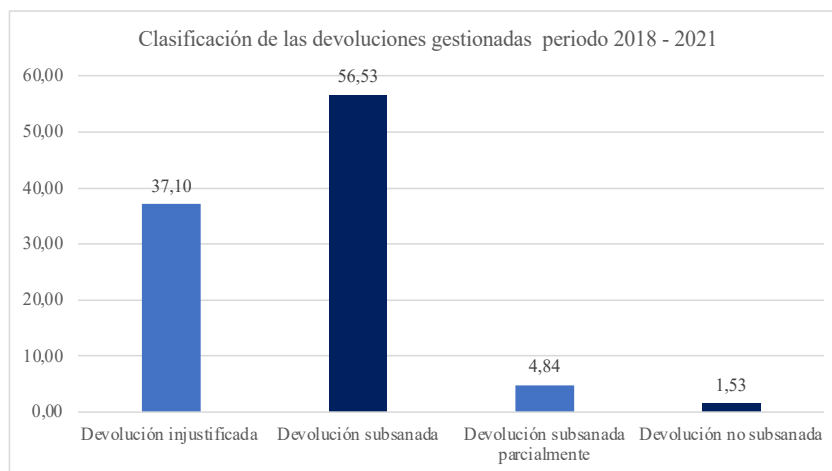


Figura 5. Clasificación de las devoluciones gestionadas vigencias 2018 a 2021.

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad.

Por otro lado, es preciso analizar la clasificación de respuesta emitida en el proceso de glosas, la cual se presenta a continuación:

**Tabla 6.**

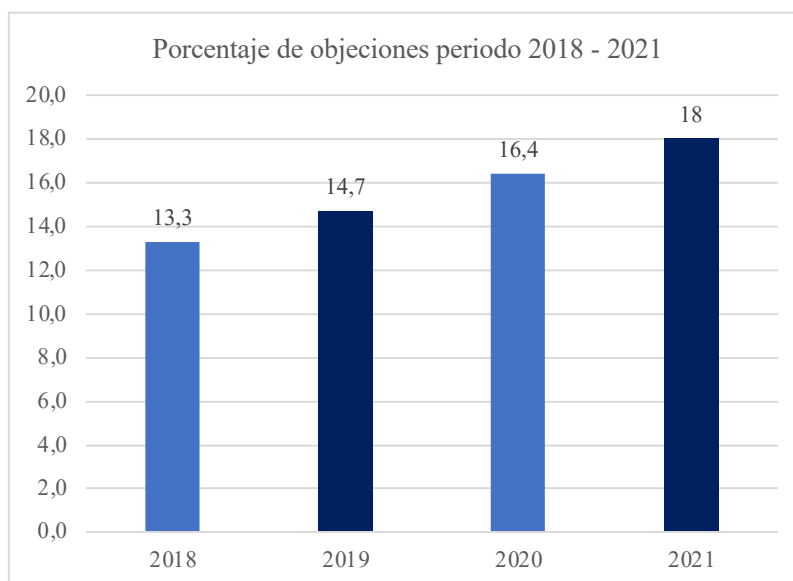
*Clasificación de Respuesta a glosas vigencias 2018 a 2021.*

Concepto	2.018	2.019	2.020	2.021
Glosa injustificada	227.100.870	220.745.653	183.189.253	120.450.453
Glosa subsanada	339.692.305	491.337.099	376.761.703	459.716.567
Glosa subsanada parcialmente	22.249.707	38.274.448	34.857.874	44.460.035
Glosa no subsanada	120.647.337	139.746.240	146.848.065	104.225.985
<b>Total</b>	<b>709.690.220</b>	<b>890.103.440</b>	<b>741.656.896</b>	<b>728.853.040</b>

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

La Institución Prestadora de Servicios de Salud objeto de análisis define como glosa injustificada las objeciones planteadas por la ERP, en las cuales no se encuentra fundamentación objetiva para su formulación luego de realizar la verificación posterior a la notificación de las objeciones, por otra parte, glosa subsanada es aquella que ha sido revisada y resuelta a favor de la IPS. La glosa subsanada parcialmente hace referencia a los valores gestionados y aceptados de forma parcial por la Institución Prestadora de Servicios de Salud y finalmente, la glosa no subsanada es toda aquella que fue formulada y aceptada en su totalidad.

Para determinar el impacto financiero que le generan las glosas y devoluciones a la Institución Prestadora de Servicios de Salud es necesario conocer el porcentaje de objeciones en cada una de las vigencias:



*Figura 6.* Porcentaje de objeciones vigencias 2018 a 2021.

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad.

Para la vigencia 2018 se evidencia un porcentaje de objeciones del 13,3%, cifra que se incrementa para la vigencia 2019 a un 14,7% y por consiguiente también se incrementó en el año 2019 con un porcentaje de 16,4%, finalmente 18% para la vigencia 2018. Es importante tener en cuenta que estas cifras pueden acumularse en algunas vigencias, ya que están

directamente relacionadas con la adecuada y oportuna gestión que se le realice a estas cuentas médicas.

Una vez analizados los datos se determinó el porcentaje anual de las objeciones reportadas por los responsables del pago y el impacto que generaron en la estabilidad económica del prestador.

**Tabla 7.**

*Impacto financiero para el periodo 2018 a 2021.*

<b>Año</b>	<b>Vlr Radicado</b>	<b>Costo promedio de Operación</b>	<b>Utilidad Bruta</b>	<b>Cartera Efectiva</b>	<b>Vlr Objeciones</b>
<b>2018</b>	9.523.486.578	6.666.440.605	2.857.045.973	1.590.422.259	1.266.623.715
<b>2019</b>	10.954.876.569	7.668.413.598	3.286.462.971	1.676.096.115	1.610.366.856
<b>2020</b>	10.742.765.497	7.519.935.848	3.222.829.649	1.461.016.108	1.761.813.542
<b>2021</b>	11.243.567.819	7.870.497.473	3.373.070.346	1.349.228.138	2.023.842.207
<b>Total</b>	<b>42.464.696.463</b>	<b>29.725.287.524</b>	<b>12.739.408.939</b>	<b>6.076.762.619</b>	<b>6.662.646.319</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Se evidencia que la Institución Prestadora de Servicios de Salud anualmente se encuentra sometida a una incertidumbre de reconocimiento de las cuentas que viene en aumento con cada una de las vigencias, haciendo necesario generar un plan de mejora continua en cada uno de los procesos, permitiendo el recaudo efectivo por los servicios prestados, con el fin de garantizar su sostenibilidad.

Los estados financieros de la Institución Prestadora de Servicios de Salud reflejan un Deterioro Acumulado de Cuentas por Cobrar para el año 2018 de \$1,511,397,342, en el año 2019 de \$1,987,564,897, en el año 2020 de \$2,003,654,621 y finalmente para el año 2021 de \$2,967,289,101. Es preciso tener en cuenta que la Institución Prestadora de Servicios de Salud está sometida a un alto riesgo de sostenibilidad, toda vez que los Activos Financieros no Corrientes específicamente los relacionados con Deudores Comerciales con morosidad de 180 días a 360 y más de 360 días, vienen en incremento año tras año.

**Tabla 8.***Deterioro acumulado de cartera vigencias 2018 a 2021.*

<b>Año</b>	<b>Deterioro de cartera</b>
<b>2018</b>	1,511,397,342
<b>2019</b>	1,987,564,897
<b>2020</b>	2,003,654,621
<b>2021</b>	2,967,289,101

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022)

Para lograr un manejo eficiente de la cartera, es fundamental la labor realizada por el equipo humano de auditoría de cuentas médicas, encargado de gestionar las facturas en estado de devolución y glosa, por lo que cobra importancia identificar las fallas que se presentan en dicha gestión, e implementar medidas de solución que mitiguen el riesgo financiero al cual la institución se encuentra sometida en la actualidad. Para tal fin se presenta la estratificación de los motivos de devolución y glosas más frecuentes, para orientar el desarrollo de estrategias que minimicen estas causas y favorezcan paralelamente el retorno de los recursos invertidos en la prestación del servicio:

**Tabla 9.***Motivos de devolución reportadas y gestionadas vigencias 2018 a 2021.*

<b>Motivo de devolución</b>	<b>2.018</b>	<b>2.019</b>	<b>2.020</b>	<b>2.021</b>
Autorización principal no existe	234.567.239	197.910.278	132.897.654	193.675.987
Falta soporte de justificación para recobros	16.897.545	112.879.654	213.246.538	71.865.424
Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable	2.409.855	0	1.897.654	1.892.243
Factura no cumple con los requisitos legales	13.766.544	78.654.398	67.432.897	38.675.409
Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias	19.675.423	96.540.877	98.765.409	12.432.098
Otros	42.800.575	31.238.765	108.840.247	7.480.450
<b>Total</b>	<b>330.117.182</b>	<b>517.223.972</b>	<b>623.080.399</b>	<b>326.021.611</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

El principal motivo de devolución de facturas a la Institución Prestadora de Servicios de Salud es la ausencia de soportes relacionados con la autorización que emite el responsable del pago para la prestación del servicio, actividad que se encuentra ligada al proceso inicial de atención al usuario en el área de admisiones y a la facturación sin auditoría previa de cuentas, por consiguiente, la radicación incompleta de la cuenta.

**Tabla 10.**

*Motivos de glosa reportadas vigencias 2018 a 2021.*

Motivo de glosa	2.018	2.019	2.020	2.021
Facturación	302.383.309	219.876.007	283.709.539	336.874.398
Autorización	189.765.403	278.652.106	334.727.163	276.050.981
Soportes	264.765.908	298.765.098	217.491.734	198.295.880
Pertinencia	98.831.627	210.055.274	103.675.498	223.176.588
Tarifas	20.378.088	65.439.765	198.450.255	156.743.007
Cobertura	36.430	789.654	678.954	56.895.174
<b>Total</b>	<b>876.160.765</b>	<b>1.073.577.904</b>	<b>1.138.733.143</b>	<b>1.248.036.028</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

En la anterior tabla, se observa un comportamiento muy semejante al presentado en la tabla 9 (*Motivos de devolución reportadas y gestionadas vigencias 2018 a 2021*), donde se puede evidenciar los motivos más frecuentes de las glosas, demostrando como problema principal la facturación, categoría con mayor impacto económico, sin embargo se aprecia que la falta de autorización y soportes también son causal de glosas y representan un impacto financiero significativo para la sostenibilidad de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Teniendo en cuenta los motivos de glosas y devoluciones, se evidencia la necesidad que tiene la Institución Prestadora de Servicios de Salud de implementar acciones de mejora para cumplir los requisitos legales de las facturas, dentro del cual se puede garantizar la completitud de los soportes requeridos para la radicación efectiva de la facturación.

Finalmente, es vital que se generen controles en cada uno de los procedimientos para generar una facturación de servicios continua y acertada, con el objetivo de garantizar un retorno oportuno de los recursos económicos para la institución.

Las glosas se encuentran definidas en el Anexo Técnico No.6 Manual Único De Glosas, Devoluciones y Respuestas Unificación, Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009, como una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud. A su vez establece la codificación y el Concepto General para facilitar el proceso de gestión de cada una de ellas, estableciendo como motivos de glosa los siguientes: Facturación, Tarifas, Soportes, Autorización, Cobertura, Pertinencia y Devoluciones. Así las cosas, resulta importante analizar cada una de estas variables al interior de la Institución Prestadora de Servicios de Salud objeto de estudio. (Leuro Martínez & Ovideo Salcedo, 2011).

Así las cosas, fue necesario verificar el sistema de información de la Institución Prestadora de Servicios de Salud y analizar la clasificación de la glosa reportada así como los motivos, con el ánimo de orientar las estrategias de directamente a las fallas detectadas. A continuación se presenta el detalle de motivo de glosas:

### **3.2.1. Facturación**

Al analizar la causa de este hallazgo se evidencia que la institución ha presentado un leve crecimiento anual de radicación, pero paralelamente se observa incremento en el valor de glosa reportada por el responsable del pago. Las glosas por facturación alcanzaron un reporte acumulado de \$1,142,843,523, siendo el motivo de glosa con mayor impacto en el periodo analizado, las causas de estas objeciones se encuentran enmarcadas en:

- Diferencias entre las cantidades facturadas y las cantidades soportadas de algunos servicios.
- Omisión en el débito de conceptos pagados por los usuarios como copagos y cuotas moderadoras.

- Falta de coherencia entre la sumatoria de los servicios facturados, específicamente entre los valores reportados en el detalle de cargos y la factura de venta.

**Tabla 11.***Glosas por Facturación*

Motivo de glosa	Valor reportado por la ERP al prestador			
	2018	2019	2020	2021
Estancia	39.765.489	23.617.784	16.768.340	8.564.097
Consultas, interconsultas y visitas médicas	19.785.487	11.673.496	9.564.392	11.754.308
Honorarios médicos en procedimientos	9.786.534	10.785.093	5.439.861	12.897.520
Derechos de sala	6.786.549	8.975.634	6.549.875	15.497.329
Materiales	18.906.543	13.897.654	21.065.494	39.768.534
Medicamentos	45.865.430	23.541.047	51.225.397	78.630.030
Ayudas diagnósticas	13.614.678	16.098.567	29.567.540	39.786.426
Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala	67.435.298	29.043.098	34.287.540	28.008.347
Usuario retirado o moroso	6.578.095	9.867.287	5.609.296	13.654.787
Recibo de pago compartido	29.456.987	5.689.637	3.429.754	675.402
Falta firma del prestador de servicios de salud	867.011	1.098.645	23.675.494	11.098.473
Servicio o procedimiento incluido en otro	12.430.586	8.364.071	17.005.691	9.563.228
Otros	31.104.622	57.223.994	59.520.865	66.975.917
<b>Total</b>	<b>302.383.309</b>	<b>219.876.007</b>	<b>283.709.539</b>	<b>336.874.398</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Es preciso anotar, que a la Institución Prestadora de Servicios de Salud gestionó parcialmente las objeciones planteadas con fecha de corte a marzo 31 de 2022, sin embargo, los motivos de glosa denotan fallas en el proceso interno de facturación, así como, en la verificación previa a la radicación de la factura y sus soportes. Al indagar sobre el procedimiento de verificación y auditoría previa a las facturas se evidencia que no se lleva con rigurosidad a la totalidad de las facturas, se toma una muestra de las facturas con mayor valor y se verificación de forma rápida por parte del líder del proceso de facturación.

Estas fallas en el proceso de verificación previa de la cuenta requieren intervención y mejora inmediata, ya que este procedimiento realizado de manera rigurosa y continua disminuye el valor de objeciones y favorecen el recaudo efectivo.

### 3.2.2. Tarifas

Las Entidades Responsables del Pago reportaron para la vigencia objeto de análisis un valor de \$ 441.011.115, al analizar la gestión que el grupo de auditoría de cuentas medicas realizó a esta objeción, se encuentra que una alta proporción corresponde a glosa sin fundamentación objetiva por parte del responsable del pago. Sin embargo, es de anotar que si bien es cierto esta es una situación de difícil control para a IPS, si resulta necesario que el equipo de trabajo mejore los tiempos de respuesta a estas objeciones ya que esto impacta en el flujo de recursos y recuperación de la cartera.

**Tabla 12.**

*Glosas por Tarifas*

Motivo de glosa	Valor reportado por la ERP al prestador			
	2018	2019	2020	2021
Estancia	3.427.650	9.675.439	43.567.987	32.854.261
Consultas, interconsultas y visitas médicas	658.431	2.765.439	4.567.098	2.876.508
Honorarios médicos en procedimientos	675.430	2.107.765	7.865.401	2.435.176
Honorarios otros profesionales asistenciales	0	643.099	1.346.754	1.004.563
Derechos de sala	1.234.987	3.987.654	8.765.409	14.328.765
Materiales	1.793.028	7.654.987	43.567.091	43.437.619
Medicamentos	2.253.876	24.657.896	45.987.631	39.453.209
Ayudas diagnósticas	6.659.345	13.654.876	29.356.130	20.218.030
Recargos no pactados	3.675.341	292.610	13.426.754	134.876
<b>Total</b>	<b>20.378.088</b>	<b>65.439.765</b>	<b>198.450.255</b>	<b>156.743.007</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

En el análisis de la variable estancia para el año 2020 se logró evidenciar errores de parametrización en el sistema de información en relación con la tarifa pactada con la EPS

Famisanar, falla que fue reportada al Departamento de Sistemas y corregida 5 días después de su reporte, lo cual ocasionó facturación errada durante este lapso. Para el año 2021 se reportó un incremento de tarifa el cual fue omitido por el área de auditoría del responsable del pago, generando una glosa sin fundamentación objetiva.

La glosa formulada por concepto medicamentos y materiales corresponde a productos no incluidos dentro del Anexo técnico de Medicamentos e Insumos contratados, por lo cual el prestador facturó a tarifa institucional cada una de las moléculas.

### **3.2.3. Soportes**

Se consideran soportes todos aquellos documentos que acompañan la factura de venta, y que son exigidos por las entidades responsables del pago, sirven como soporte de la prestación de los servicios de salud, que se encuentran reglamentados por la Resolución 3047 de agosto 14 de 2008 y sus complementarios con la resolución 416 de 2009.

Durante los años 2018 a 2021 se reportó un valor de las glosas por soportes por la suma de \$ 979.318.620 para la institución, siendo este el tercer motivo de glosa con mayor frecuencia e impacto económico para la institución.

La ausencia de soportes de facturación representa una importante causal de glosas en la institución objeto de análisis, derivado del débil procedimiento de Preparación y armado de la cuenta, procedimiento que debe garantizar la completitud de los documentos exigidos como soporte para garantizar el reconocimiento efectivo del servicio prestado. Es preciso mencionar, que la falta de soportes derivados de la estancia hospitalaria, registros de administración de medicamentos, soportes de ayudas diagnósticas, autorización de servicios y copia de la historia clínica son los documentos que representa el mayor motivo de glosa por soporte.

**Tabla 13.***Glosas por Soportes*

Motivo de glosa	Valor reportado por la ERP al prestador			
	2018	2019	2020	2021
Estancia	58.457.864	32.952.305	43.419.605	47.287.450
Consultas, interconsultas y visitas médicas	2.597.653	3.376.949	4.390.034	5.707.044
Honorarios médicos en procedimientos	7.965.409	10.355.032	13.461.541	7.500.004
Honorarios otros profesionales asistenciales	1.236.894	1.607.962	2.090.351	2.717.456
Medicamentos	48.905.324	60.576.921	23.749.998	8.474.997
Ayudas diagnósticas	31.897.654	41.466.950	38.907.035	29.079.146
Recibo de pago compartido	1.678.543	2.182.106	2.836.738	3.687.759
Autorización de servicios	10.567.890	13.738.257	7.859.734	23.217.654
Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones	487.091	633.218	823.184	1.070.139
Detalle de cargos	32.558.928	12.140.617	15.099.690	12.478.659
Copia de historia clínica completa	46.892.547	74.073.303	45.448.404	21.082.926
Formato accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP	453.298	589.287	766.074	995.896
Copia de factura o detalle de cargos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito	1.896.532	2.465.492	3.205.139	4.166.681
Orden o fórmula médica	648.796	843.435	1.096.465	1.425.405
Registro de anestesia	756.896	983.965	1.324.654	1.662.901
Comprobante de recibido del usuario	1.234.761	1.605.189	2.086.746	2.712.770
Descripción quirúrgica	13.274.963	34.942.785	5.425.620	18.053.306
Orden o autorización de servicios vencida	3.254.865	4.231.325	5.500.722	6.975.689
<b>Total</b>	<b>264.765.908</b>	<b>298.765.098</b>	<b>217.491.734</b>	<b>198.295.880</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Estas falencias de orden administrativo impiden un adecuado flujo de caja, por lo que se deben desarrollar acciones encaminadas a mejorar el proceso de verificación y auditoría previa de las facturas, ya que en la actualidad se realiza verificación únicamente a un porcentaje de la facturación a radicar.

### 3.2.4. Autorizaciones

Las glosas por autorizaciones se encuentran en el segundo motivo de glosa más frecuente en la institución, reflejando un reporte acumulado de glosa por valor de \$1.079.195.653 en la vigencia objeto de estudio. A continuación, se detallan las causales de glosa identificadas derivadas de la gestión de la autorización:

**Tabla 14.**

*Glosas por Autorizaciones*

Motivo de glosa	Valor reportado por la ERP al prestador			
	2018	2019	2020	2021
Estancia	76.549.001	98.555.154	106.387.025	89.634.342
Consultas, interconsultas y visitas médicas	1.234.598	3.458.923	7.698.230	9.564.765
Orden o autorización de servicios vencida	23.223.564	27.007.453	41.543.020	47.538.071
Materiales	31.498.544	53.559.987	53.433.651	59.654.345
Ayudas diagnósticas	21.234.987	25.111.874	45.687.234	49.654.876
Autorización de servicios adicionales	36.024.709	70.958.715	79.978.003	20.004.582
<b>Total</b>	<b>189.765.403</b>	<b>278.652.106</b>	<b>334.727.163</b>	<b>276.050.981</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Se identificaron dos grandes situaciones que causaron las glosas por fallas en la gestión de la autorización:

Como primera instancia servicios de salud no autorizados: El departamento de autorizaciones presenta un atraso en la gestión de las solicitudes hechas por parte de las diferentes unidades funcionales, por falta de capacidad al presentar renuncias de personal que no fue remplazado, obligando en algunas situaciones a iniciar servicios o continuar con la prestación de estos con el objetivo de cuidar la salud de los pacientes; situación presentada en urgencias la unidad funcional con mayor participación de glosas por esta causa.

Por otro lado, existen servicios facturados que difieren de los incluidos dentro de la autorización, consecuencia del fallas de gestión en el Departamento de Autorizaciones,

acompañado de un bajo compromiso de los funcionarios asistenciales para lograr un adecuado análisis previo a la solicitud de los servicios y así no incurrir en cambios de manejo durante las atenciones en salud que no se hayan contemplado dentro en la solicitud principal. Esta situación se presentó con mayor frecuencia en la unidad funcional de hospitalización siendo el componente de ayudas diagnósticas no autorizadas y cirugía con materiales no autorizados los motivos más frecuentes y con mayor impacto económico.

Así mismo se evidenció que las ERP en algunas ocasiones omiten la verificación de este soporte en la cuentas médicas presentadas y radicadas por el prestador generando glosas sin fundamentación objetiva. La institución cuenta con un registro en el cual se lleva control sobre aquellas cuentas que fueron radicadas y se evidenció la autorización vigente para la fecha de prestación de los servicios adjunta a la factura radicada y sin motivo alguno para formular la objeción. Sin embargo, se requiere que la Institución Prestadora de Servicios de Salud objeto del análisis considere y ejecute un plan de acción en relación con la necesidad de contar con el talento humano suficiente e idóneo, en el Departamento de Autorizaciones que le permita realizar una gestión oportuna y acertada de las solicitudes de autorización derivadas del proceso de atención del usuario.

### **3.2.5 Cobertura**

Las glosas por cobertura son aquellas que se generan por cobro de servicios que, no incluidos en un determinado plan de servicios de salud, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes. Para el caso en específico, la Institución Prestadora de Servicios de Salud presenta un reporte de glosa acumulado por un valor de \$ 58.400.212.

Las glosas por cobertura y su impacto son prevenibles con una correcta verificación de la cuenta en el momento de la liquidación y previo a la radicación, de tal manera que se realice una validación de la verificación de derechos realizada al ingreso del usuario.

A continuación se presentan los motivos de glosa por cobertura presentada por el prestador en la vigencia 2018 a 2021:

**Tabla 15.**

*Glosas por cobertura*

Motivo de glosa	Valor reportado por la ERP al prestador			
	2018	2019	2020	2021
Estancia	0	118.675	237.350	4.618.005
Consultas, interconsultas y visitas médicas	0	25.678	51.276	76.598
Honorarios médicos en procedimientos	0	126.452	119.743	267.540
Honorarios otros profesionales asistenciales	0	0	27.893	134.289
Medicamentos	23.567	367.987	178.619	3.934.675
Ayudas diagnósticas	12.863	150.862	51.226	13.634.298
Servicio o procedimiento incluido en otro	0	0	0	675.345
Servicio no pactado	0	0	12.847	4.986.501
Cobertura sin agotar en la póliza SOAT	0	0	0	28.567.923
<b>Total</b>	<b>36.430</b>	<b>789.654</b>	<b>678.954</b>	<b>56.895.174</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Los valores aquí reportados obedecen en su gran proporción a la facturación de servicios a la Entidad Promotora de Servicios de Salud sin previamente agotar la póliza SOAT. El Departamento de Facturación requiere implementar la correcta verificación de las cuentas médicas a radicar para evitar tiempos prolongados de recaudo.

### 3.2.6. Pertinencia

El personal involucrado en la prestación directa de la atención al usuario es fundamental para lograr reducción de glosas asociadas a pertinencia, por tal razón es indispensable que el personal reciba capacitación y actualización continua de protocolos, procedimientos y Guías de Práctica Clínica, así mismo, se realice auditoría de Calidad que permita evaluar el grado de adherencia del personal a la gestión documental disponible en la institución.

Por ello, es indispensable que la institución enfoque sus esfuerzos al realizar historias clínicas completas con justificaciones coherentes y precisas de cada ordenamiento durante el manejo de los pacientes, fundamentadas en las guías de práctica clínica de la institución. La verificación de que dicha buena práctica se esté llevando a cabo en la institución es responsabilidad de la auditoria concurrente que de manera sistemática, continua e integral evalúa la calidad de la atención médica prestada, incluyendo procedimientos, tratamientos y rehabilitación con uso racional y adecuado de los recursos para garantizar un resultado final óptimo.

**Tabla 16.**

*Glosas por pertinencia*

Motivo de glosa	Valor reportado por la ERP al prestador			
	2018	2019	2020	2021
Estancia	56.875.441	143.789.651	67.543.564	152.167.040
Consultas, interconsultas y visitas médicas	15.897.536	27.556.978	14.010.765	23.865.998
Honorarios médicos en procedimientos	17.890.129	23.673.215	5.751.566	12.765.939
Honorarios otros profesionales asistenciales	7.600.725	7.271.040	9.514.603	16.723.522
Derechos de sala	567.796	7.764.390	6.855.000	17.654.089
<b>Total</b>	<b>98.831.627</b>	<b>210.055.274</b>	<b>103.675.498</b>	<b>223.176.588</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Es importante resaltar que la institución presenta una debilidad en la realización de la auditoría concurrente toda vez, que únicamente cuenta con un auditor de cuentas médicas quien se encarga de liderar el proceso de gestión de glosas y devoluciones, conciliación de cuentas médicas y auditoria concurrente. Esta sobrecarga laboral conlleva a realizar una revisión superficial en la concurrencia lo que posteriormente conlleva a glosas por diversas causas.

Para la institución prestadora de salud objeto del análisis, es prioridad reforzar su auditoria concurrente en la unidad funcional de hospitalización, siendo la principal causa la falta de pertinencia en la estancia del paciente dentro de la institución.

### 3.2.7. Devoluciones

Se presenta cuando la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar presenta una no conformidad que afecta en forma total la factura y que impide dar por presentada la factura. Sus causas son claras y específicas: falta de autorización, , ausencia del informe inicial de atención de urgencias, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, usuario corresponde a otro plan, usuario retirado, causas que son informadas por el responsable del pago en el momento de la devolución de la cuenta.

**Tabla 17.**

*Devoluciones vigencia 2018 a 2021.*

Motivo de devolución	2.018	2.019	2.020	2.021
Autorización principal no existe	234.567.239	197.910.278	132.897.654	193.675.987
Falta soporte de justificación para recobros	16.897.545	112.879.654	213.246.538	71.865.424
Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable	2.409.855	0	1.897.654	1.892.243
Factura no cumple con los requisitos legales	13.766.544	78.654.398	67.432.897	38.675.409
Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias	19.675.423	96.540.877	98.765.409	12.432.098
Otros	42.800.575	31.238.765	108.840.247	7.480.450
<b>Total</b>	<b>330.117.182</b>	<b>517.223.972</b>	<b>623.080.399</b>	<b>326.021.611</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Es preciso resaltar que se observa un incremento sostenido en el tiempo con relación al valor devuelto por las diferentes ERP. Ahora bien, es preciso analizar con detenimiento las causales de devolución que mayor impactan a la Institución Prestadora de Servicios de Salud objeto de estudio.

Para el caso de la Institución Prestadora de Servicios de Salud objeto de análisis la principal causa de devoluciones se presenta por la ausencia de la autorización principal o su no correspondencia con el prestador, vale la pena resaltar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud en la gestión de devoluciones cuenta con una base de datos donde es posible observar que un 86,4% de los casos reportados a esta causa obedecen a la una devolución sin

fundamentación objetiva, ya que el prestador cuenta con el soporte de autorización pero el Responsable del Pago a omitido la verificación de este requisito, posiblemente con el objetivo de contener sus costos en determinados periodos del año. Al observar esta variable se encuentra que las aseguradoras que presentan en mayor incidencia de esta Devolución sin fundamentación objetiva fueron Nueva EPS y Famisanar.

Infortunadamente, la inoportunidad en la gestión de las devoluciones por parte del prestador impide dar por presentada la factura y conlleva a un notorio retraso en el recaudo de estas facturas devueltas.

**Tabla 18.**

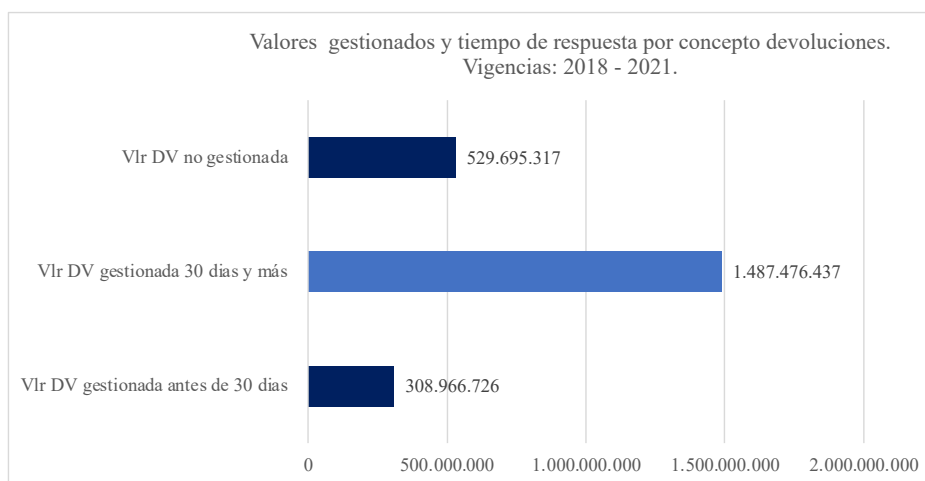
*Gestión de devoluciones vigencias 2018 a 2021. Corte a 31 de marzo de 2022.*

<b>Año</b>	<b>Vlr DV reportada</b>	<b>Vlr DV gestionada antes de 30 días</b>	<b>Vlr DV gestionada 30 días y más</b>	<b>Vlr DV no gestionada</b>
<b>2018</b>	390.462.950	0	330.117.182	60.345.768
<b>2019</b>	536.788.952	86.543.897	430.680.075	19.564.980
<b>2020</b>	623.080.399	23.657.432	599.422.967	0
<b>2021</b>	775.806.180	198.765.397	127.256.214	449.784.569
<b>Total</b>	<b>2.326.138.480</b>	<b>308.966.726</b>	<b>1.487.476.437</b>	<b>529.695.317</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

La Institución Prestadora de Servicios de Salud reporta un valor de \$2,326,138,480 devueltos en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2021, lo cual representa un 5,4% del valor radicado. La gestión oportuna de las devoluciones impacta fuertemente el recaudo de la totalidad de la cuenta médica, es importante que una vez se obtenga el reporte de devolución por parte del responsable del pago, se active el procedimiento de gestión documentado, a fin de evitar afectar la gestión de cartera y el recaudo efectivo de ingresos.

La Institución Prestadora de Servicios de Salud establece dentro de sus procedimientos un tiempo de respuesta de 30 días para gestionar las objeciones y radicar nuevamente la cuenta que ha sido devuelta por el pagador.



*Figura 7.* Valores gestionados y tiempo de respuesta por concepto devoluciones. Vigencias 2018 a 2021.  
Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad.

Analizando a figura anterior se evidencia que se presenta incumplimiento en los tiempos establecidos para dar respuesta a las devoluciones, lo cual afecta directamente el oportuno recaudo de cartera, reflejado en los estados financieros de la institución.

La información financiera recopilada muestra un valor de \$79,910,748 con alto riesgo de prescripción, valores estos que corresponden a devoluciones no gestionadas de las vigencias 2018 y 2019. Por su parte, la vigencia 2021 presenta un valor de devoluciones no gestionadas por \$529,695,317 con corte a marzo 31 de 2022, la Institución Prestadora De Servicios De Salud requiere la activación de un plan de contingencia que le permita gestionar estos valores y a su vez generar la radicación efectiva de estas cuentas médicas.

Por su parte, la gestión de glosas presenta un comportamiento similar, el cual se presenta a continuación:

**Tabla 19.**

*Gestión de glosas vigencias 2018 a 2021. Corte a 31 de marzo de 2022.*

<b>Año</b>	<b>Vlr GL reportada</b>	<b>Vlr GL gestionada antes de 30 días</b>	<b>Vlr GL gestionada 30 días y más</b>	<b>Vlr GL no gestionada</b>
<b>2018</b>	876.160.765	0	709.690.220	166.470.545
<b>2019</b>	1.073.577.904	0	890.103.440	183.474.464
<b>2020</b>	1.138.733.143	0	741.656.896	397.076.247
<b>2021</b>	1.248.036.028	0	728.853.040	519.182.988
<b>Total</b>	<b>4.336.507.840</b>	<b>0</b>	<b>3.070.303.596</b>	<b>1.266.204.244</b>

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

La Institución Prestadora de Servicios de Salud registró un valor acumulado de glosa reportada por \$4,336,507,840 en el periodo objeto de análisis. La metodología de respuesta de glosa se basa en responder las objeciones planteadas basados en una programación de conciliación la cual se agenda con el asegurador, en promedio se llevan a cabo tres conciliaciones anuales por ERP. La formulación de glosa es reportada por las herramientas tecnológicas de algunas ERP y en otros casos vía correo electrónico, el personal auxiliar administrativo de auditoria es el encargado de consolidar la información y el personal profesional se encarga de emitir la respuesta a las objeciones planteadas. En este punto es fundamental señalar que el proceso de respuesta de glosas no se realiza de manera oportuna, toda vez que la información se va consolidando, pero no se envía respuesta a las formulaciones en los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011, esto genera una demora en el recaudo de las cuentas por cobrar, lo cual directamente afecta el flujo de recursos.

Es importante destacar que a la fecha de corte del presente análisis la Institución Prestadora De Servicios De Salud presenta un porcentaje del 29,1% de glosa no gestionada, lo cual representa la suma de \$1,266,204,244, con alto riesgo de prescripción de glosas formuladas para los años 2018 y 2019.

Una vez analizado la problemática actual de la institución con relación al impacto financiero de la gestión de glosas y devoluciones, con el objetivo de sugerir acciones efectivas

con impacto de los costos derivados de la atención, así como, en la calidad del servicio prestado. Así las cosas, es necesario priorizar los problemas previamente identificados mediante la herramienta de gestión DOFA, para tal efecto, se procede a realizar Matriz de Priorización de Hanlon:

**Tabla 20.**

*Matriz de priorización. Gestión de glosas y devoluciones vigencia 2018 - 2021.*

Problemas	Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad	Puntaje
Facturación sin auditoría previa de cuentas.	10	10	1,5	1	30
Inoportunidad en la respuesta de glosas y DV.	10	9	1,5	1	28,5
Alto porcentaje de glosas y devoluciones sin gestión con riesgo de prescripción.	9	9	1,5	1	27
No se identifican las glosas por centros de costos.	10	10	1	1	20
Incremento anual del porcentaje de glosas y devoluciones.	9	10	1	1	19
Las EPS devuelven la factura después de 30 días de radicada la cuenta.	9	9	0,5	1	0
Generación de objeciones injustificadas.	8	9	0,5	1	0
Registro parcial de la información de glosas y devoluciones en el software Servinte.	8	7	1	1	0
Alto porcentaje de aceptación de glosas.	9	7	0,5	1	0
Falta de adherencia al procedimiento de glosas y devoluciones.	8	7	1	1	0
Bloqueo a conciliaciones.	8	7	0,5	1	0
Resistencia médica - asistencial para la implementación de estrategias de mitigación del riesgo de glosa.	8	6	0,5	1	0
No se evidencia seguimiento a indicadores de auditoría.	7	7	0,5	1	0

\* M: Magnitud, S: Severidad, E: Efectividad, F: Factibilidad

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Así las cosas, se plantearán estrategias de solución a la problemática priorizada y con puntajes obtenidos entre 19 y 30 puntos.

### **3.3. Impacto de la Gestión De Glosas y Devoluciones**

La gestión de las glosas y devoluciones puede impactar de manera positiva o negativa la imagen de la Institución Prestadora de Servicios de Salud y su capacidad sostener la relación contractual con sus clientes, el crecimiento institucional y por consiguiente la ampliación de servicios, la retención del Talento Humano y la credibilidad ante proveedores, entre otras variables que describimos a continuación:

#### **3.3.1. Crecimiento:**

Al analizar el posible crecimiento de la Institución Prestadora de Servicios de Salud se puede denotar que se encuentra en fase de supervivencia, ya que a pesar de contar con más de 15 contratos de prestación de servicios de salud con distintas aseguradoras y EPS, entre las cuales se encuentran Famisanar, Sanitas, Medimás hoy en liquidación, Nueva EPS, Unión Temporal Servisalud San José, Compensar, Seguros Colpatría, Salud Total y Colmédica entre otras, es necesario que evalúe la planeación y proyección de flujos de efectivo que le permita prever los posibles riesgos financieros que le pueda causar la inadecuada gestión de glosas y devoluciones y a su vez le permita realizar un pronóstico acerca del crecimiento de la institución. Es preciso resaltar que si bien es cierto la Institución Prestadora de Servicios de Salud logra un valor de radicación anual promedio de \$ 10.616.174.116, es posible que se encuentre estancada al considerar que las ventas satisfacen lo proyectado, pero la gestión de la cartera y el recaudo efectivo se ve afectado por la débil gestión del proceso de auditoría y mejoramiento.

#### **3.3.2. Ampliación de Servicios:**

La institución ha realizado ampliación de servicios los cuales se encuentran registrados en el Registro Especial de Prestadores de Salud, pero al analizar esa ampliación de servicios se ha generado en el área de consulta externa, la cual no demanda una inversión alta para suplir los requerimientos de dotación, infraestructura y talento humano. El área de hospitalización adultos para el año 2016 tuvo un incremento de 20 camas, pero hasta la fecha

la institución no ha logrado ningún otro plan de ampliación debido al flujo de recursos el cual se encuentra centrado en satisfacer la atención directa del paciente.

### **3.3.3. Capacitación y Educación Continuada:**

La institución cuenta con un plan anual de capacitación por cargos y unidades funcionales, sin embargo, es preciso anotar que el plan de capacitación se encuentra centrado en potenciar las habilidades del equipo de trabajo del área asistencial, pero no se establecen actividades educativas y formativas para fortalecer y actualizar al personal de administrativo. La capacitación del personal de cuentas médicas y facturación únicamente se basa en enviar la normatividad vigente al personal involucrado y brindar apoyo directo por parte del líder del proceso. Es necesario que la institución contemple la inclusión de este grupo de colaboradores dentro del plan anual de capacitación ya que del desempeño de este equipo de trabajo depende en gran parte el ingreso y el futuro de la institución.

### **3.3.4. Salarios y Rotación del Personal**

Los salarios que ofrece la institución en los diferentes perfiles asistenciales y administrativos se encuentran por debajo de la escala salarial establecida por la Secretaría Distrital de Salud para los diferentes años objeto de análisis, así mismo, se evidencia tasa de rotación del 5,21% lo cual afecta directamente la gestión administrativa del prestador en cada una de las fases del proceso asistencial y administrativo.

Es fundamental que se desarrolle al interior de la institución estrategias de fidelización y retención del talento humano, que permitan garantizar continuidad de los procesos implementados, mayor adherencia a las Guías de Práctica Clínica, protocolos y procedimientos de enfermería y por otro lado a los manuales de gestión clínica y administrativa de todas las dependencias de la institución. Estas estrategias favorecen la minimización de fallas en la prestación, facturación y recaudo del servicio prestado.

**Tabla 21.***Comparativo escala salarial vigencia 2018 - 2021.*

Perfil del cargo	Asignación Básica							
	Escala salarial Secretaría Distrital de Salud				Escala salarial IPS objeto de estudio			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Médico general	4.790.354	5.000.172	5.262.224	5.441.140	3.260.000	3.357.800	3.468.607	3.548.385
Profesional especializado	4.753.688	4.961.900	5.221.946	5.399.493	3.705.467	3.779.576	3.904.302	3.994.101
Profesional universitario	2.757.678	2.878.465	3.029.321	3.132.318	2.096.878	2.138.816	2.209.396	2.260.213
Auxiliar administrativo	1.809.092	1.888.331	1.987.296	2.054.865	1.096.780	1.118.716	1.155.633	1.182.213
Auxiliar área salud	1.610.642	1.681.189	1.769.297	1.829.454	1.138.211	1.160.975	1.199.287	1.226.871
Técnico operativo	2.139.470	2.233.179	2.350.218	2.430.126	1.476.670	1.514.203	1.577.372	1.613.652
Técnico área salud	2.231.366	2.329.100	2.451.166	2.534.506	1.376.543	1.414.074	1.477.238	1.511.215

**Fuente:** Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Así las cosas, resulta difícil que la institución logre la implementación de un programa de retención de talento humano en virtud de que la asignación salarial se encuentra por debajo del estándar local. Es importante que la Institución Prestadora de Servicios de Salud evalúe los beneficios de las retenciones de talentos entre los cuales se encuentran:

- Construcción de un ambiente laboral agradable que impacte en la eficiencia del desarrollo de las actividades y buena interacción entre los miembros del equipo y de las diferentes unidades funcionales de la institución.
- Garantía de un mayor compromiso y productividad para ello se requiere que la Institución Prestadora de Servicios de Salud demuestre el valor al talento humano para lograr directamente impactar el compromiso y la productividad. El compromiso del talento humano es uno de los mayores beneficios de la retención de talentos, ya que genera un mejor resultado y productividad que impacta positivamente en los rendimientos y rentabilidad de la institución.

- Fluidez en el proceso de toma de decisiones: Lograr un equipo de trabajo sincronizado y que persigue el mismo objetivo es fundamental para tomar las mejores decisiones.
- Disminución en los costos de operación: La retención del talento humano disminuye la tasa de rotación del personal por consiguiente genera menor gasto para la institución.

### **3.3.5. Imagen corporativa:**

La institución cuenta con una imagen corporativa desde el ámbito de prestación del servicio adecuada, el indicador de satisfacción del usuario se encuentra en el 92,8% para el año 2021, sin embargo, es preciso tener en cuenta que los colaboradores perciben que la institución ofrece baja remuneración por la labor y esto se refleja en el alto índice de rotación voluntaria reflejado en por el área de talento humano.

### **3.3.6. Pago a proveedores y Flujo de capital:**

Se verificó el estado de cuentas por pagar con corte a diciembre 31 de 2021 y se evidenció que la institución presenta cuentas por pagar por valor \$3.389.893.255 distribuida así: cartera vencida para pago entre 61 y 90 días por valor de \$ 1.356.876.013, entre 91 y 120 días por un valor de \$745.456.789 y una cartera mayor a 120 días por valor de \$ 1.287.560.453. Se puede evidenciar que la institución presenta dificultades para realizar el pago oportuno a los proveedores lo cual puede generar pérdida de la confianza, limitación en el despacho de insumos y medicamentos e instauración procesos ejecutivos para el lograr el recaudo efectivo por parte del proveedor.

### **3.4. Caracterización del proceso de auditoría y cuentas médicas**

La institución cuenta con procedimientos documentados para el Departamento de Cartera, Facturación y Auditoría así:

#### **3.4.1. P-FAC-004 Radicación y control de cuentas devueltas y reporte de glosas:**

La última actualización fue en febrero de 2018, allí se contempla como objetivo establecer el control que permita evaluar y medir el impacto de las cuentas devueltas y glosadas y a la vez determinar el seguimiento de las mismas, para facilitar la toma de decisiones. Al analizar el cuerpo del documento se puede evidenciar que se limita a detallar el procedimiento de recepción de las cuentas medicas devueltas y las objeciones planteadas en las glosas e ingresarlas al sistema de información de la institución, pero no se encuentra especificado las funciones a ejecutar en torno a la gestión de dichos hallazgos, así como tampoco se establecen tiempos de respuesta y estrategias de seguimiento control, ya que si bien es cierto en el documento se establece la medición de indicadores de Oportunidad en la Respuesta de Glosas y Oportunidad en la Radicación de Facturas Devueltas en la cotidianidad estos indicadores no se miden por lo cual no aportan al proceso de mejora para la institución.

La gestión documental del Departamento de Facturación dispone de los siguientes documentos:

#### **3.4.2. P-FAC-001 Liquidación de Cuentas:**

Este documento se encuentra actualizado a Febrero de 2021, pero se considera que no incluye una verificación previa de los soportes mínimos que debe contener una factura según lo contenido en la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009, si bien lo contempla en su objetivo, en el desarrollo del documento no se observa la asignación de responsabilidades en relación a la verificación de la completitud de los soportes requeridos para lograr una correcta liquidación de la cuenta.

### **3.4.3. P-FAC-002 Facturación:**

El objetivo de este procedimiento es definir un proceso que garantice facturar oportunamente, dentro de los tiempos de cada contrato, los servicios prestados a los usuarios hospitalizados o ambulatorios durante su estancia en la Clínica, comprobando que se encuentren todos los documentos y soportes requeridos garantizando que no se dejaron de facturar gastos. Llama la atención que en la asignación de responsabilidades se encuentra descrito el rol Auditor Administrativo quien es el responsable de entregar diariamente al área de Facturación las cuentas liquidadas y auditadas correspondientes a los usuarios del servicio de hospitalización egresados de la Institución. Sin embargo, en la actualidad ese cargo lo asume el auditor de cuentas médicas quien o realiza esta actividad ya que la verificación de las cuentas la realiza el Jefe de Facturación a un porcentaje de la facturación a radicar. Por otra parte, al rol Auditor Administrativo se le asignar las siguientes responsabilidades: verificar y hacer seguimiento diario al proceso de recepción de los egresos, de carpetas administrativas y distribución de las historias de pacientes egresados a los auxiliares de auditoría administrativa, el control de la generación de boletas de salidas manuales, realizar seguimiento al proceso de auditoría diaria de cuentas, reportar a los centros de costos, Jefe Administrativo de Facturación y Coordinador Médico de Facturación y Control de Gestión, Jefe de Garantía de Calidad y al Jefe Administrativo de Liquidación y facturación de las inconsistencias detectadas en la auditoría de cuentas, recibir y revisar los correctivos solicitados, realizar envíos de historias corregidas a facturación a través del software de control de documentos, revisar diariamente los egresos del día anterior, verificando los soportes, autorizaciones tarifas y la correcta liquidación de la historia clínica, realizar los traslados diarios de historias auditadas a través del software Control de Documentos, a los gestores hospitalarios y a facturación y finalmente reportar a los centros de costos a través de Outlook los pendientes según sea el caso (soportes, autorizaciones, legalización de copagos).

Se requiere que la Institución Prestadora de Servicios de Salud considere la contratación de un profesional especializado para asumir la auditoría concurrente y cumplir

así a cabalidad con las responsabilidades descritas en los diferentes procedimientos en los cuales se encuentra involucrado.

#### **3.4.4. P-GDC-011 Auditoria a Profesionales:**

Este documento tiene como objetivo evaluar a través de la Historia Clínica el manejo brindado por el profesional de la salud en la atención para los pacientes en la institución, la responsabilidad de realizar esta actividad se encuentra a cargo de la Dirección Médica, se realiza de forma periódica y se retroalimentan los hallazgos a profesionales involucrados.

#### **3.4.5. P-GDC-013 Auditoria concurrente:**

Su objetivo es establecer el proceso para verificar y garantizar el cumplimiento del proceso de atención médica, teniendo en cuenta la continuidad, oportunidad, pertinencia, los requisitos establecidos por el cliente contratante y el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica con el fin de procurar el mejoramiento continuo en búsqueda de niveles superiores de satisfacción y bienestar del usuario, con un alcance de verificación a todas las Historias Clínicas durante su estancia hospitalaria.

El procedimiento se encuentra estructurado hacia la identificación y disminución de los costos de la no calidad, identificación de eventos adversos, identificación de problemas en los servicios y hacer seguimiento a la aplicación de los protocolos y guías de manejo de cada uno de los servicios de la institución. Sin embargo, como se ha indicado anteriormente, para garantizar la ejecución de las responsabilidades asignadas se requiere un profesional especializado en auditoria que ejecute las acciones encaminadas a garantizar controles que impacten en la reducción de objeciones.

#### **3.4.6. P-ADM-008 Gestión de Autorizaciones:**

El procedimiento detalla ampliamente las responsabilidades de los diferentes actores para garantizar la gestión oportuna de órdenes y autorizaciones para pacientes atendidos en la institución, así como el adecuado manejo de estos documentos en la historia clínica.

Es importante resaltar que, en la gestión documental aportada por el prestador, no se evidenció un procedimiento concreto para el área de Auditoría de Cuentas Médicas.

Finalmente, se evidencia que la institución no lleva control de objeciones por centro de costos, lo que le impide abordar las fallas de forma directa y oportuna, así como, identificar la rentabilidad por unidades funcionales. Teniendo en cuenta que se cuenta con centro de costos por unidad funcional se recomienda a la institución clasificar las objeciones por centro de costos para llevar un control más efectivo y riguroso.

El Departamento contable de Institución Prestadora de Servicios de Salud objeto de análisis cuenta con registro mensual de costos indirectos por unidad funcional así:

**Tabla 22.**

*Centro de Costos por Unidades Funcionales.*

<b>Nombre Centro de costos</b>	<b>Código Centro de costos</b>
Administración	0520
Urgencias	1501
Hospitalización A	2516
Hospitalización B	2525
Hospitalización C	2526
Consulta Externa	3115
Unidad de Cuidados Intensivos	2502
Cirugía	3001
Gastroenterología	2518
Laboratorio Clínico	3502
Imágenes Diagnósticas	3505
Servicio Farmacéutico	517
Admisiones	1502
Atención al cliente	1503

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Los centros de costos de las Unidades Funcionales de Cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias representan el costo de operación más alto en relación a las demás

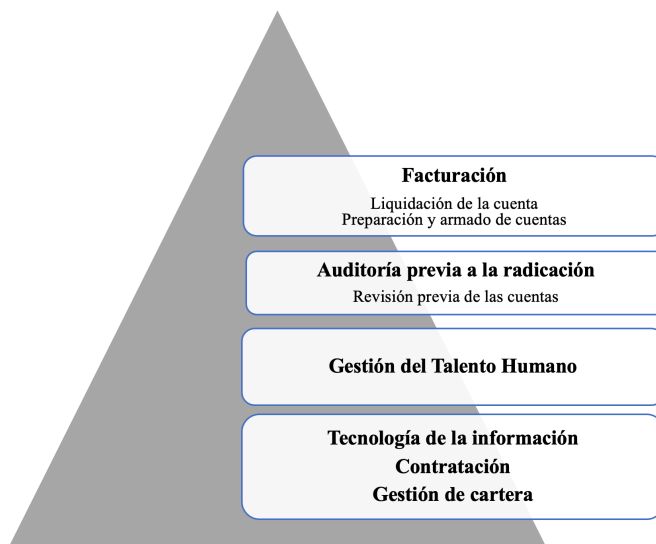
unidades funcionales. Para medir estos costos indirectos la institución cuantifica los costos fijos y algunos costos variables los cuales se describen a continuación: servicios públicos, servicio de lavandería, servicio de recolección de residuos hospitalarios, arrendamientos, elementos de aseo y cafetería, servicio de vigilancia, honorarios médicos, salarios, provisión a prestaciones sociales, dotación hospitalaria, proceso de esterilización, mantenimiento a infraestructura, mantenimiento a equipos médicos, insumos de papelería, entre otros.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta que la institución no mide los costos directos de la atención al paciente por unidad funcional como uso de medicamentos e insumos médico quirúrgicos, administración de hemocomponentes, consumo de oxígeno, apoyo diagnóstico, procedimientos, costos de no calidad derivados de la prestación del servicio, entre otros costos que se derivan de la prestación del servicio de salud en cada una de las unidades funcionales durante el proceso de internación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes atendidos .

Es necesario que la institución implemente mejoras en el medición y control de los costos directos por unidad funcional, de tal manera que le permita tomar decisiones en relación a la gestión médica de costos orientados a lograr reducción de los gastos mensuales por unidad funcional sin afectar la calidad en la prestación del servicio. Es preciso, que el departamento contable inicie la recolección de información que le permita a la Institución Prestadora de Servicios de Salud aplicar los métodos para el análisis económico de la atención en salud (Análisis de minimización de costos, Análisis de costo-beneficio, Análisis costo-efectividad, Análisis costo-utilidad).

## 4. Solución a la problemática empresarial

La Institución Prestadora de Servicios de Salud requiere implementar estrategias orientadas a reducir la problemática empresarial enfocados en los departamentos de Liquidación de cuentas, Facturación, Auditoría de cuentas previa a la radicación, Gestión del Talento Humano, Tecnología de la información, Contratación y Gestión de Cartera.



*Figura 8.* Departamentos a intervenir en la solución de la problemática empresarial.  
Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad.

Así las cosas, es necesario que la Institución Prestadora De Servicios De Salud implemente de forma inmediata estrategias dirigidas optimizar los procesos asistenciales y administrativos en todas las fases del proceso de atención, facturación, auditoría y recaudo de la cartera:

### 4.1. Facturación:

El Departamento de Facturación requiere implementar estrategias encaminadas a reducir objeciones derivadas de fallas en la facturación:

#### 4.1.1. Facturación de cuentas sin revisión previa:

Teniendo en cuenta que en la institución existe un alto porcentaje de facturación sin auditoría previa de las cuentas, es necesario que se implemente una evaluación previa a la

liquidación y facturación de forma sistémica a todas las cuentas médicas, con el fin de identificar y solucionar irregularidades del proceso mismo y de relacionamiento entre los diferentes actores de la prestación del servicio de salud, dicha evaluación o auditoría de cuentas médicas pretende evitar que una alto porcentaje de la factura sea objeto de objeción y fortalecer el flujo de caja asegurando efectividad en la facturación, la calidad asistencial y la relación con el paciente.

Es preciso que en esta fase se validen los soportes que garantizan el recaudo efectivo por servicios prestados. Es preciso verificar a cada soporte que su contenido sea legible, sin enmendaduras, tachones y diligenciado en forma oportuna, identificar la aseguradora, el régimen y su plan de beneficio

#### **4.1.2. Fallas en programa de auditoría concurrente:**

Fortalecer el proceso de auditoria concurrente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de tal manera que permita la identificación temprana de posibles fallas en la prestación del servicio, pertinencia médica y se verifique la calidad de los registros médicos y de personal de apoyo. Para tal fin se recomienda la contratación de un profesional especializado en auditoria con dedicación exclusiva a la concurrencia, permitiendo que el profesional con el que actualmente cuenta la institución se enfoque en la revisión de las cuentas previo a la facturación y radicación, de tal manera que se identifique la ausencia de autorizaciones, validación de los soportes requeridos por la normatividad vigente y completitud de los registros asistenciales, permitiendo el recobro efectivo y completo del servicio.

#### **4.1.3. Fallas en los procesos de facturación y revisión de las cuentas médicas.**

Para asegurar una facturación efectiva, es decir con disminución de riesgo de glosas o devoluciones por factores prevenibles como el no anexo de la documentación completa (Autorizaciones y Soportes), es indispensable contar con mecanismos de autocontrol, tales como el diseño de un paso a paso de construcción de la factura, el cual se llevará a cabo previo a la radicación de la factura con el objetivo de garantizar documentación completa, para lo

cual sugerimos la utilización de una lista de chequeo que deberán ser aplicadas a cada factura cinco días antes del envío de la factura. (Ver Anexo A), con la implementación de esta estrategia se pretende tener un proceso de armado de cuenta estandarizado, con el fin de asegurar el buen desempeño del talento humano y el mejoramiento del proceso de facturación y radicación de cuentas, además de garantizar la disminución de causas prevenibles de glosas y devoluciones, con un proceso seguro, fácil, a bajo costo y confiable. El talento humano se trata de un pilar fundamental de nuestra intervención, de su adecuada capacitación, motivación y compromiso con la ejecución correcta de las listas de chequeo dependerá la efectividad de esta recomendación; por lo tanto, es responsabilidad de la administración garantizar la socialización, implementación, retroalimentación y actualización de dichas listas.

Por otro lado realizar reentrenamiento al personal de facturación en relación a la liquidación y facturación de los servicios prestados, socializar la normatividad actualizada al personal involucrado en el procedimiento facturación, radicación, auditoría y gestión de cartera y aplicar listas de chequeo para la preparación y armado de cuenta incluidas en el procedimiento de Facturación y en el Manual de Glosas y Devoluciones.

## **4.2. Auditoría:**

### **4.2.1. Inoportunidad en la Respuesta de Glosas y Devoluciones.**

La Ley 1438 del 2011 establece un tiempo de 15 días hábiles como plazo, para dar respuesta a las glosas y devoluciones por parte del prestador del servicio a la entidad responsable del pago, enviar respuestas fuera de dicho plazo acarrea para la entidad prestadora demoras en el pago y alto riesgo de pérdida financiera por la demora en el reconocimiento de la cuenta. Es preciso evaluar la implementación de medidas de contención que se describen a continuación:

- Ingresar oportunamente al sistema de información destinado para la gestión de glosas y devoluciones, todas las objeciones notificadas por las ERP.
- Establecer una alerta que indique que la objeción se encuentra pendiente de respuesta, esta alerta se activara el día 5 posterior a la notificación, y nuevamente el día 10 si aún continua pendiente de gestión.

- Evaluar la eficiencia, eficacia, y el rendimiento del programa auditoría de cuentas médicas, mediante la aplicación mensual de indicadores de estructura, proceso y resultado que permitan establecer objetivamente los diferentes puntos críticos, priorizarlos e implementar estrategias de mejoramiento continuo que favorezcan el flujo de recursos de la IPS.
- Gestionar de manera oportuna las citas de conciliación de cuentas médicas con las diferentes ERP.

#### **4.2.2. Incremento anual del porcentaje de glosas y devoluciones.**

Es vital que la institución enfoque sus esfuerzos reducir el porcentaje de objeciones planteadas por las diferentes ERP, para ello se emiten las siguientes recomendaciones:

- Realizar una evaluación periódica de los procesos de facturación y gestión de glosas y devoluciones, con el fin de identificar oportunidades de mejora, que favorezcan la eficiencia de dichos procesos. Teniendo en cuenta la relevancia financiera de estos procesos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud se sugiere realizar dicha evaluación de manera trimestral, con retroalimentación al personal involucrado con el objetivo de minimizar nuevos eventos que generen objeciones por las mismas causas, afectando de manera positiva el recaudo oportuno de los recursos invertidos en la prestación de los servicios.
- Con la evaluación de manera periódica de la implementación, seguimiento y cumplimiento de las estrategias de mejora sugeridas anteriormente, se espera una disminución del porcentaje de glosas y devoluciones con un impacto favorable sobre el flujo de recursos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Actualizar el Manual de Glosas y Devoluciones incorporando las listas de chequeo para la verificación de los soportes ya autorizaciones, así como, los correctos para la facturación en las diferentes dependencias. Es preciso, que la institución adopte mecanismos que permitan garantizar el entrenamiento y reentrenamiento estas herramientas que minimizan las fallas en los procedimientos de liquidación de cuentas médicas y facturación de los servicios prestados.

#### 4.2.3. Alto Porcentaje de Glosas y Devoluciones con Riesgo de Prescripción.

Teniendo en cuenta que el monto por glosas y devoluciones, pendiente de recuperación es de \$1,795,899,561 es prioritario para la Institución Prestadora de Servicios de Salud implementar un plan de contingencia para la recuperación cartera, que permita intervenir de forma inmediata todas aquellas objeciones sin gestión, priorizando las cuentas medicas de mayor edad, las cuales presentan alto riesgo de prescripción. Para tal efecto, se propone contratación temporal por un periodo de 4 meses de un profesional especializado en auditoría, que con apoyo de un auxiliar administrativo del grupo de auditoría institucional realice dicha gestión.

**Tabla 23.**

*Gestión de glosas y devoluciones vigencia 2018 - 2021.*

<b>Año</b>	<b>Vlr GL no gestionada</b>	<b>Vlr DV no gestionada</b>
<b>2018</b>	166.470.545	60.345.768
<b>2019</b>	183.474.464	19.564.980
<b>2020</b>	397.076.247	0
<b>2021</b>	519.182.988	449.784.569
<b>Total</b>	<b>1.795.899.561</b>	

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de información suministrada por la entidad (Fonseca Ayala, Villaquirán Pinzón, & Campos Calderón, 2022).

Así las cosas, adicionalmente se recomienda:

- Implementar plan de contingencia para gestionar GL y DV pendientes de gestión.
- Realizar monitoreo de la gestión mediante implementar indicadores que permitan la toma de decisiones oportuna y efectiva.
- Realizar seguimiento a tiempos de respuesta a objeciones, asignando funciones específicas a cada funcionario.

#### **4.2.4. Incremento anual del porcentaje de glosas y devoluciones.**

Es vital que la institución enfoque sus esfuerzos reducir el porcentaje de objeciones planteadas por las diferentes ERP, para ello se emiten las siguientes recomendaciones:

- Realizar una evaluación periódica de los procesos de facturación y gestión de glosas y devoluciones, con el fin de identificar oportunidades de mejora, que favorezcan la eficiencia de dichos procesos. Teniendo en cuenta la relevancia financiera de estos procesos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud se sugiere realizar dicha evaluación de manera trimestral, con retroalimentación al personal involucrado con el objetivo de minimizar nuevos eventos que generen objeciones por las mismas causas, afectando de manera positiva el recaudo oportuno de los recursos invertidos en la prestación de los servicios.
- Con la evaluación de manera periódica de la implementación, seguimiento y cumplimiento de las estrategias de mejora sugeridas anteriormente, se espera una disminución del porcentaje de glosas y devoluciones con un impacto favorable sobre el flujo de recursos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Actualizar el Manual de Glosas y Devoluciones incorporando las listas de chequeo para la verificación de los soportes ya autorizaciones, así como, los correctos para la facturación en las diferentes dependencias. Es preciso, que la institución adopte mecanismos que permitan garantizar el entrenamiento y reentrenamiento estas herramientas que minimizan las fallas en los procedimientos de liquidación de cuentas médicas y facturación de los servicios prestados.

#### **4.3. Talento Humano:**

El Talento Humano en Salud es altamente competitivo y por ende prefiere laborar en instituciones que le brinden condiciones de estabilidad laboral, salario ajustado a las escalas nacionales y beneficios no económicos, así las cosas una vez presentado el análisis del talento humano en el diagnóstico situacional, se plantean las siguientes recomendaciones:

- Fidelización del talento humano.

- Plan de capacitación que involucre procesos de gestión administrativa.
- Realizar contratación oportuna del personal desvinculado.
- Contratar profesional especializado para realizar auditoría concurrente sistemática, continua e integral.

#### **4.4. Tecnología de la Información:**

- Realizar mesa de trabajo con el Departamento de Tecnología para verificar y actualizar las tarifas de los diferentes convenios.
- Realizar verificación periódica de las tarifas parametrizadas por parte de la dirección de contratación.

#### **4.5. Cartera:**

La gestión de cartera es la etapa final del proceso de facturación que busca evitar las objeciones y las glosas, el retardo en la presentación de las cuentas a causa de motivos imputables al proceso de la institución y que pueden ocasionar retardo en los pagos. Las actividades contempladas en este proceso están dirigidas a garantizar que las cuentas de cobro estén debidamente formuladas y soportadas, que sean presentadas de manera oportuna con los requisitos contemplados en la normatividad, que se ratifique que los servicios prestados han sido facturados correctamente, no se encuentren inconsistencias técnico-científicas o administrativas entre los servicios prestados y se establezca el diagnóstico del paciente y los servicios facturados.

Basados en el diagnóstico situacional y el proceso de Gestión de Cartera y Recaudo, es necesario que la institución desarrolle estrategias que contemplen:

- Implementar cobro de intereses a ERP por facturas con objeciones sin fundamentación objetiva.
- Implementar indicadores de porcentaje de recaudo efectivo, Rotación de cartera, Margen Operacional, Recaudo de Cartera.
- Realizar seguimiento a las cuentas por cobrar con saldos de cartera.

## 5. Conclusiones

El impacto financiero de la gestión de glosas y devoluciones afecta directamente la rentabilidad y genera un alto riesgo de sostenibilidad, así las cosas, basados en los resultados obtenidos y en el funcionamiento normal del proceso de recaudo de la institución es preciso destacar que la institución debe continuar fortaleciendo los procesos asistenciales y áreas administrativas (Contratación, Admisiones, Liquidación y Facturación, Auditoría, Gestión de Cartera y Recaudo), para facilitar el adecuado flujo de caja; así como, asegurar la adherencia a las políticas y lineamientos instituciones que permitan alcanzar el cumplimiento de la plataforma estratégica planteada.

El trámite oportuno de glosas y devoluciones se convierte en una estrategia fundamental para las instituciones de salud a fin de fortalecer el flujo efectivo de recursos, sin embargo, es preciso tener en cuenta que es menester de la institución implementar mecanismos de control en todas las áreas involucradas para evitar que un porcentaje importante de la facturación sea objeto de glosa o devolución.

En el análisis del entorno interno y externo se logró evidenciar que existen múltiples factores que inciden en el logro efectivo de los recursos económicos derivados de la prestación del servicio. Es de anotar, que en el desarrollo del análisis se observaron múltiples oportunidades de mejora que puede la institución implementar con el ánimo de disminuir el impacto financiero que las glosas y devoluciones han reflejado en los estados financieros de la institución.

En la perspectiva financiera, el periodo objeto de análisis refleja un Deterioro Acumulado de Cuentas por Cobrar que va en incremento año tras año, así las cosas, es preciso tener en cuenta que la Institución Prestadora de Servicios de Salud se encuentra sometida a un alto riesgo de rentabilidad y sostenibilidad financiera. Los estados de resultados reflejan una débil gestión en el recaudo de cuentas por cobrar por valor de \$4,376,450,213 de los cuales \$1,795,899.560 corresponden a glosas y devoluciones no gestionadas y \$2,580,550,652

corresponden a gestión de cartera y recaudo ineficaz de cuentas por cobrar debidamente tramitadas y radicadas. Este resultado obedece a la débil gestión del grupo de auditoría, facturación y cartera, adicional a la falta de adherencia a los procedimientos administrativos, débil de medición de indicadores que le permitan generar metas claras y controles en cada uno de los procedimientos y falta de controles para mitigar el riesgo desde la óptica de la auditoría concurrente. La incidencia reiterada y sin control de estas variables disminuye la posibilidad para la Institución Prestadora de Servicios de Salud de tener recursos para financiar las operaciones generales es decir la prestación de los servicios de salud, lo cual a su vez y por efecto disminuye su posibilidad de sostenibilidad, por no contar con suficiencia de recurso financiero para su operación.

Se requiere la implementación de la herramienta tecnológica con la cual cuenta la institución (SERVINTE) para realizar en forma ágil, oportuna, completa, clara y correcta la liquidación, preauditoria, facturación y radicación de las cuentas médicas, con el fin de lograr el reconocimiento de la cuenta por cobrar y recaudar el valor facturado, para finalmente, asegurar los ingresos que permitan la sostenibilidad en el mercado, crecimiento económico y solidez.

Es necesario que el prestador realice un análisis periódico del proceso de facturación y gestión de glosas y devoluciones, mediante la medición de indicadores de proceso y resultado que le permitan, diseñar estrategias correctivas de forma oportuna logrando una adecuada viabilidad financiera.

Es vital que la institución implemente la estrategia de auditoría concurrente y preauditoria de las cuentas previo al proceso de liquidación y facturación; estas estrategias disminuyen el número de objeciones y favorece el recaudo efectivo de la cartera, en virtud a la rigurosa revisión de todos los datos y soportes necesarios para la presentación de la cuenta, por otro lado, esta medida se convierte en una oportunidad de capacitación y seguimiento del personal asistencial y administrativo en relación a los hallazgos detectados en la revisión de las cuentas.

La institución requiere la evaluación y medición de las glosas y devoluciones por centros de costos, de tal manera, que le permita identificar claramente las objeciones más frecuentes y de mayor impacto económico y desplegar estrategias directas al generador de la objeción.

Teniendo en cuenta el valor de glosas y devoluciones sin gestión y el valor en riesgo por prescripción es recomendable que el prestador implemente un plan de contingencia inmediata a fin de subsanar y conciliar en el menor tiempo posible estas cuentas por cobrar aún pendientes por reconocimiento por parte del responsable del pago.

Para disminuir el porcentaje de glosas y devoluciones, es necesario que la institución implemente el procedimiento de auditoría previa a la radicación, este mecanismo le permite solventar errores cometidos en la preparación de la cuenta y garantiza un mejor retorno del capital invertido en la prestación del servicio.

El procedimiento de Gestión de cartera requiere mejoras en el control de la cartera y la aplicación de los indicadores de gestión de cartera, así como, en el seguimiento que realiza glosas y devoluciones.

Los centros de costos de las Unidades Funcionales de Cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias representan el costo indirecto más alto en relación a las demás unidades funcionales. Con el objetivo de reducir gastos de manera mensual sin afectar la calidad de la prestación del servicio, es necesario que la institución implemente mejoras en la medición y control de los costos directos por unidad funcional, de tal manera que le permita tomar decisiones en relación con los costos de la gestión médica.

Una inadecuada gestión de facturación y auditoría concurrente puede ocasionar graves consecuencias para la institución y poner en riesgo la operatividad y credibilidad en el mercado, ya que generan un alto volumen de objeciones, glosas devoluciones, generan flujo

lento de caja, incrementan el valor de la cartera de difícil recaudo ya que el pago queda sujeto a trámites administrativos respuesta a objeciones y conciliación, disminuye la rentabilidad del prestador y pone en riesgo la situación financiera de la institución.

Es determinante para la institución definir sus retos de productividad por unidad funcional, los cuales, a su vez podrán ser definidos como indicadores de rendimiento, permitiéndole a la institución determinar el grado de productividad de cada unidad funcional, así como identificar el nivel de eficiencia con el que está desarrollando su labor. Al identificar el nivel de eficiencia por unidad funcional facilita a la institución la toma de decisiones sobre inversiones futuras, de cara a planes de crecimiento y expansión.

Finalmente, es necesario fortalecer la gestión de glosas y devoluciones, con procedimientos claros y estandarizados, personal debidamente calificado, medición periódica de indicadores, planes de mejora continua, retroalimentación y sensibilización al personal involucrado, de tal manera que favorezca el flujo de caja e impacte en su competitividad, productividad y sostenibilidad.

## 6. Referencia

- Braessas, Jorge; De la torre, Hugo O.; Lazzati, Santiago; Ponte, Jorge A.; Verruno, Jorge E. (1981). Conceptos generales de auditoría. Ediciones Macchi. Buenos Aires.
- Congreso de la República de Colombia. (diciembre de 1993). Ley 100 DE 1993. Obtenido de Cepal: [https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia\\_-\\_ley\\_100.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia_-_ley_100.pdf)
- Congreso de la República. Ley 100 de 23 de diciembre de 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. Bogotá.
- Congreso de la República. Ley 1122 de 09 de enero de 2007, “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá.
- Congreso de la República. Ley 1438 de 19 de enero de 2011. “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá.
- Congreso de la República. Ley 1753 de 9 de junio de 2015. “Por la cual se expide el Plan Nacional de desarrollo 2014-2018”. Bogotá. Equipo de Economistas DVE. (1991). Curso completo de auditoría. Editorial Vecchi S.A. Barcelona.
- Congreso de la República. Ley estatutaria 1751 de 16 de febrero de 2015. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá.
- Decreto 4747 de 2007, 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.
- Gil Céspedes, Omar; Held R., Oscar Darío; Leuro Martínez, Mauricio; Ramírez, Julio César. (1995). Modelo de facturación de servicios hospitalarios. Vicepresidencia Financiera, Gerencia Nacional de Gestión Financiera, Proyecto Descentralización Financiera de Clínicas, Instituto de Seguros Sociales. Bogotá, Colombia.
- Guía para el mejoramiento de un área de facturación. Serie GEHOS N° 5. Fundación Restrepo Barco, Fundación para la Educación Superior – FES, Fundación Corona, Instituto FES de Liderazgo. Bogotá.

- Held Oscar Darío et al. (1995) Modelo de facturación de servicios hospitalarios, Vicepresidencia Financiera, Gerencia Nacional de Gestión Financiera, Proyecto Descentralización Financiera de Clínicas, Instituto de Seguros Sociales, Bogotá.
- La prestación de servicios de salud en las empresas sociales del estado en el SGSSS; Guías de capacitación y consulta. Dirección General para el desarrollo de servicios de salud. Ministerio de Salud. Bogotá, 1999.
- Lazzati, Santiago et al. (1981) Conceptos generales de auditoría, Ediciones Macchi, Buenos Aires.
- Leuro Martínez, M., & Ovideo Salcedo, I. (2011). Facturación & Auditoría de Cuentas en Salud (Vol. 4). Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Leuro Martínez, Mauricio. (2007). Auditoría de cuentas médicas. 2da Ed. Grupo Ecomedios. Bogotá.
- Leuro Martínez, Mauricio. (2007). Facturación y cartera por venta de servicios de salud. Grupo Ecomedios, Bogotá.
- Leuro Martínez, Mauricio. (2008) La contratación en los servicios de salud, Grupo Ecomedios, Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1429 de 1 de septiembre de 2016. “Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES”. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Diario Oficial No. 49.865 de 6 de mayo de 2016. “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 03047 de 14 de agosto de 2008. “Por medio del cual se definen los Formatos, mecanismos de envío y Términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables de pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007”. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0416 de 18 de febrero de 2009. “Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 30487 de 2008 y se dictan otras disposiciones”. Bogotá.

- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0429 de 17 de febrero de 2016. “Por el cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 04331 de 19 de diciembre de 2012. “Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009”. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 06408 de 26 de diciembre de 2016. “Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por capitación. (UPC)”. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 25 de noviembre de 2019. “Por el cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud...”. Bogotá.
- Oviedo Salcedo, I., & Leuro Martínez, M. (2010). Facturación y auditoría de cuentas en salud (Vol. Cuarta edición). (E. Ediciones, Ed.) Bogotá: Complemento virtual.
- Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009, 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.

## 7. Anexo Técnico

### Anexo Técnico A

Listas de chequeo. Correctos para una excelente facturación.

CORRECTOS PARA UNA EXCELENTE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA	
NUMERO DE FACTURA	
FACTURA	
DETALLE DE CARGOS	
AUTORIZACION	
<b>COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO</b>	
ORDEN Y/O FORMULA MEDICA	
RECIBO DE PAGO COMPARTIDO	
COMPROBACIÓN TARIFARIA	
Recuerda: de tu compromiso con la revisión de está factura depende nuestro bienestar financiero!!	

CORRECTOS PARA UNA EXCELENTE FACTURACIÓN AYUDAS DIAGNOSTICAS	
NUMERO DE FACTURA	
FACTURA	
DETALLE DE CARGOS	
AUTORIZACION	
RESULTADO DE AYUDA DIAGNÓSTICA	
<b>COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO</b>	
ORDEN Y/O FORMULA MEDICA	
RECIBO DE PAGO COMPARTIDO	
COMPROBACIÓN TARIFARIA	
Recuerda: de tu compromiso con la revisión de está factura depende nuestro bienestar financiero!!	

CORRECTOS PARA UNA EXCELENTE FACTURACIÓN HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGIA	
NUMERO DE FACTURA	
FACTURA	
DETALLE DE CARGOS	
AUTORIZACION	
<b>HOJA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO</b>	
RESULTADOS AYUDAS DIAGNÓSTICAS	
DESCRIPCIÓN QUIRURGICA	
RÉGISTRO DE ANESTESIA	
<b>COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO</b>	
LISTA PRECIOS INSUMOS ANEXOS	
RECIBO DE PAGO COMPARTIDO	
IPAT	
FACTURA DE COBOR SOAT Y/O FOSYGA	
FACTURA	
COMPROBACIÓN TARIFARIA	
Recuerda: de tu compromiso con la revisión de está factura depende nuestro bienestar financiero!!	