



**Universidad del
Rosario**

Escuela de Administración

Graduate School of Business (Rosario GSB)

Maestría en Liderazgo Estratégico para la Sostenibilidad

Modelo de intervención sobre ineficiencias que generen glosas de tipología asistencial en los servicios de hospitalización y Unidad de cuidado intensivo en un hospital de alta complejidad en Bogotá.

Presentado por:

Aileen Tatiana Fuentes Suarez

Bogotá, D.C. 7 de octubre de 2025



Escuela de Administración

Graduate School of Business (Rosario GSB)

Maestría en Administración (MBA)

Modelo de intervención sobre ineficiencias que generen glosas de tipología asistencial en los servicios de hospitalización y Unidad de cuidado intensivo en un hospital de alta complejidad en Bogotá.

Modalidad: Solución a Problemática Empresarial

Presentado por:

Aileen Tatiana Fuentes Suarez

Bajo la dirección de:

Lili Yhojana Delgado Piraquive

Bogotá, D.C. 7 de octubre de 2025

Tabla de Contenidos

Agradecimientos	6
Dedicatoria	8
Declaración de Originalidad y Autonomía	9
Declaración de Exoneración de Responsabilidad	10
Lista de Figuras	11
Lista de Tablas	12
Abreviaturas	13
Glosario	14
Resumen ejecutivo	19
Abstract	20
Introducción	21
Descripción de la Situación Organizacional en el que se Enmarca la Solución a la Problemática	23
Descripción del Método y/o Estrategia que Utilizará para Resolver la Problemática Organizacional	33
Fase 1: Diagnóstico de la Situación Problema	33
Fase 2: Diseño de Indicadores y Levantamiento de Información Primaria	34
Fase 3: Análisis Técnico y Herramientas de Visualización	35
Fase 4: Articulación Institucional y Toma de Decisiones	36
Descripción de la Problemática Empresarial	37

Identificación del Problema Principal	40
Descripción de las Alternativas, Estrategias y/o Acciones a Desarrollar para dar Solución a la Problemática Empresarial	68
Plan y recomendaciones para la implementación de la solución	96
Conclusiones	99
Referencias.....	102

Preliminares

Agradecimientos

A mi familia por su apoyo incondicional durante este año y medio que duro mi proceso de formación, ya que juntos logramos culminar un nuevo logro profesional, lo que permitirá con la ayuda de DIOS el inicio de nuevos retos en nuestras vidas.

Al Doctor Fredy Giovani Bautista, mi jefe, le agradezco de manera especial por su confianza y por permitirme desarrollar este proyecto a partir de una problemática real identificada de forma conjunta. Su apertura para trabajar colaborativamente, su respaldo institucional y su visión estratégica fueron determinantes para dar sentido práctico y aplicado a esta solución de una problemática empresaria.

Dedicatoria

Deseo dedicar este logro a mis dos hijos, Fernando Francisco y Juan Pablo Torres Fuentes su presencia constante, sus palabras llenas de amor se convirtieron en mi motor diario, mostraron una madurez admirable al comprender que mamá estaba cumpliendo un sueño y un compromiso como reto personal y profesional. Este trabajo es también una forma de dejarles un legado de esfuerzo y superación.

A mi esposo Fernando Enrique Torres, quien ha sido mi compañero incondicional en este proceso, le agradezco con el corazón, juntos emprendimos esta meta sabiendo que implicaba asumir sacrificios, reorganizar nuestras rutinas y redoblar esfuerzos para sostener nuestra vida familiar y financiera. Su paciencia, comprensión.

A mis padres, quienes han sido una fuente inagotable de apoyo y amor durante toda mi vida, les agradezco profundamente, su respaldo fue esencial en este proceso, no solo porque asumieron con generosidad y cariño el cuidado de mis hijos cuando era necesario, sino también porque me brindaron ayuda financiera en momentos clave. Saber que podía contar con ellos me permitió enfocarme plenamente en mis múltiples obligaciones. Su ejemplo de dedicación, esfuerzo y entrega ha sido una guía para mí, y esta meta cumplida también les pertenece.

Declaración de Originalidad y Autonomía

Declaro bajo la gravedad del juramento, que he 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 mi propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

Declaro que he 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.

A handwritten signature in black ink that reads "tatianafuentes S.". The signature is written in a cursive style with a large initial 't' and a distinct 'S' at the end.

Aileen Tatiana Fuentes Suarez

Firmado en Bogotá, D.C. el 18 de septiembre de 2025

Declaración de Exoneración de Responsabilidad

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

A handwritten signature in black ink that reads "taticiana Fuentes S.". The signature is written in a cursive, lowercase style with a capital 'S' at the end.

Aileen Tatiana Fuentes Suarez

Firmado en Bogotá, D.C. el 18 de septiembre de 2025

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Comportamiento del porcentaje de glosa frente a la meta institucional (2019–2023)</i>	30
Figura 2. <i>Total, servicios por año</i>	40
Figura 3. <i>Pertenencia en UCI</i>	82
Figura 4. <i>Oportunidad paso a salas</i>	85
Figura 5. <i>Oportunidad de procedimiento diagnóstico</i>	88
Figura 6. <i>Pertinencia laboratorio de alto costo</i>	91
Figura 7. <i>Soporte de insumos de alto valor</i>	93

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Proceso recomendado para la gestión adecuada de glosas</i>	26
Tabla 2. <i>Comportamiento del porcentaje de glosa, metas anuales y valores aceptados vs. facturados (2019–2023)</i>	29
Tabla 3. <i>Análisis DOFA</i>	37
Tabla 4. <i>Árbol de problemas – Glosas asistenciales en unidades de cuidado crítico</i>	38
Tabla 5. <i>Causas frecuentes de glosas entre 2019 y 2023</i>	41
Tabla 6. <i>Valores económicos por causa y año</i>	45
Tabla 7. <i>Valores económicos por servicios</i>	56
Tabla 8. <i>Informe general de aceptación 2019</i>	68
Tabla 9. <i>Informe general de aceptación 2020</i>	69
Tabla 10. <i>Informe general de aceptación 2024</i>	70
Tabla 11. <i>Comportamiento anual del valor aceptado por concepto de glosa (2019–2023)</i>	72
Tabla 12. <i>Indicador de porcentaje de glosa frente a la meta anual</i>	75
Tabla 13. <i>Comparativo histórico de % de glosa aceptada vs. meta institucional (2019–2023)</i> .	78
Tabla 14. <i>Variación porcentual anual del valor aceptado por glosas (2021–2024)</i>	79
Tabla 15. <i>Matriz comparativa de indicadores de control de glosas</i>	79
Tabla 16. <i>Recomendaciones de mejora en la pertinencia de laboratorios de alto costo</i>	92
Tabla 17. <i>Matriz de Priorización de Alternativas para el Control de Glosas en UCI</i>	98

Abreviaturas

ECMO: Extracorporeal Membrane Oxygenation (Oxigenación por Membrana Extracorpórea).

EPS: Entidad Promotora de Salud.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

ISS: Instituto de Seguros Sociales.

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

IASS: Infección asociada al cuidado de la salud.

INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

UNIRS: Unidad Nacional de Intervención en Riesgos Sanitarios.

UPC: Unidad de Pago por Capitación.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Glosario

- **Administrativa:** Relativo a los procesos internos de gestión y control que permiten el funcionamiento ordenado de una organización de salud, incluyendo la facturación, autorizaciones, trámites contractuales y actividades no clínicas.
- **Alto costo:** Categoría que agrupa medicamentos, tratamientos o procedimientos cuyo valor representa un impacto significativo en los recursos financieros del sistema de salud, generalmente asociados a enfermedades crónicas, raras o de manejo especializado.
- **Antibiótico:** Sustancia utilizada para combatir infecciones bacterianas, cuya prescripción debe estar sustentada en criterios clínicos y microbiológicos, dada la creciente preocupación por la resistencia antimicrobiana.
- **Asistencial:** Hace referencia a todas las actividades directamente vinculadas con la atención en salud de los pacientes, como valoraciones médicas, intervenciones clínicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- **Auditoría de Concurrencia:** Modalidad de auditoría que se realiza de forma simultánea al proceso de atención del paciente, en la cual se revisan en tiempo real los soportes clínicos y administrativos, permitiendo hacer correcciones antes de que la cuenta médica sea facturada.
- **Auditoría de Cuentas:** Actividad enfocada en la revisión detallada de las cuentas médicas antes de ser radicadas ante las entidades pagadoras, en la que se validan los cobros, soportes y autorizaciones, con el propósito de evitar glosas y asegurar el reconocimiento adecuado del servicio prestado.

- Auditoría: Proceso de revisión sistemática que permite verificar la calidad, oportunidad y legalidad de los registros clínicos, administrativos y financieros generados en la prestación de servicios de salud, con el fin de identificar errores, corregir desviaciones y garantizar la coherencia de la información.
- Autorización: Procedimiento mediante el cual una entidad pagadora de salud aprueba la realización de un servicio o tratamiento solicitado por una IPS, garantizando su cobertura dentro del plan de beneficios.
- Ayudantía: Participación de personal médico o quirúrgico adicional que asiste al cirujano principal durante una intervención, especialmente en procedimientos de alta complejidad.
- Cartera: Conjunto de cuentas por cobrar que tiene una IPS como resultado de los servicios prestados y facturados a las entidades pagadoras, y que están pendientes de pago total o parcial.
- Catastrófico: Se refiere a enfermedades, eventos o condiciones cuya atención implica un alto costo económico y un alto impacto clínico, por su complejidad, prolongación y recursos necesarios.
- Cirugía Cardiovascular: Rama de la medicina que se ocupa de la intervención quirúrgica del corazón, los vasos sanguíneos y estructuras torácicas relacionadas, tanto en pacientes pediátricos como adultos.
- Concurrencia: Estrategia de gestión en salud que consiste en intervenir de manera oportuna y coordinada durante el desarrollo de los procesos asistenciales y administrativos, buscando mejorar la calidad del registro y reducir errores que afecten la facturación.

- Cuarto nivel de atención en salud: Nivel de atención especializado que agrupa instituciones de altísima complejidad, con capacidad para realizar procedimientos como trasplantes, cirugías altamente especializadas y tratamientos de soporte vital avanzado.
- Cuidado Básico: Atención hospitalaria convencional para pacientes clínicamente estables, donde se requiere seguimiento médico y de enfermería sin vigilancia intensiva.
- Cuidado crítico: Atención especializada que se brinda a pacientes en estado grave o con riesgo vital, con monitoreo continuo y soporte de funciones vitales en unidades específicas.
- Cuidado Intensivo: Servicio clínico destinado al manejo de pacientes en condiciones de salud críticas que requieren vigilancia permanente, tecnologías de soporte avanzado y un equipo médico multidisciplinario.
- Cuidado Intermedio: Nivel de atención que se sitúa entre el cuidado básico y el intensivo, orientado a pacientes que necesitan monitoreo constante, pero no soporte vital complejo.
- Devolución: Rechazo total de una cuenta médica por parte de una entidad pagadora, usualmente debido a faltas de soporte documental, inconsistencias en la facturación o incumplimiento de requisitos administrativos o clínicos.
- Entidad Promotora de Salud: Organismos responsables de afiliar a los usuarios al sistema de salud, administrar los recursos de la UPC y coordinar la prestación del servicio a través de una red de IPS.
- Especialización Clínica: Proceso de formación académica posterior al pregrado en medicina u otra profesión, mediante el cual se adquieren conocimientos avanzados en un área específica de la salud.

- Glosa: Observación o rechazo parcial aplicado por un pagador a uno o varios ítems de una factura médica, fundamentado en presuntas inconsistencias de tipo asistencial, administrativo o financiero.
- Hemodinamia: Especialidad médico-quirúrgica que estudia el flujo sanguíneo en el sistema cardiovascular, empleando procedimientos diagnósticos y terapéuticos mínimamente invasivos, como el cateterismo.
- Infección asociada al cuidado de la salud: Infección que ocurre durante la atención en salud y que no estaba presente ni en incubación al momento del ingreso del paciente, vinculada al entorno hospitalario o a procedimientos clínicos.
- Infectología: Especialidad médica enfocada en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas causadas por bacterias, virus, hongos o parásitos, incluyendo infecciones hospitalarias.
- Insumo: Elemento físico utilizado en la atención en salud, como jeringas, guantes, suturas, soluciones, entre otros, necesarios para el desarrollo de procedimientos clínicos.
- Institución Prestadora de Servicios de Salud: Organización, pública o privada, habilitada legalmente para ofrecer atención médica, diagnóstica, terapéutica y quirúrgica, en distintos niveles de complejidad.
- Liquidación cuentas médicas: Proceso de cálculo final del valor a pagar por una entidad de salud sobre los servicios prestados por una IPS, una vez aplicadas autorizaciones, tarifas, glosas y ajustes contractuales.
- Pertinencia: Cualidad que evalúa si un servicio o procedimiento prestado corresponde adecuadamente a la necesidad clínica del paciente, según criterios médicos, guías de práctica y normativas del sistema.

- Pisos: Espacios hospitalarios divididos por áreas físicas donde se ubican los servicios de hospitalización, organizados según niveles de complejidad, especialidad o tipo de paciente.
- Primer nivel de atención en salud: Punto de ingreso al sistema de salud, caracterizado por la atención básica, medicina general, promoción y prevención, y resolución de problemas frecuentes de baja complejidad.
- Segundo nivel de atención en salud: Nivel que integra servicios especializados en medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría, y que da soporte a los casos referidos desde el primer nivel.
- Tarifa: Valor asignado a un servicio o procedimiento en salud, establecido mediante acuerdos contractuales, manuales tarifarios o regulaciones estatales, que sirve como base para la facturación.
- Tercer nivel de atención en salud: Nivel que concentra la atención médica especializada y sub especializada, con capacidad para resolver patologías complejas que superan los recursos del segundo nivel.
- Trasplante: Procedimiento médico mediante el cual se sustituye un órgano o tejido dañado por otro funcional, proveniente de un donante vivo o cadavérico, bajo estrictos protocolos éticos y técnicos.

Resumen ejecutivo

La presente propuesta, permitió identificar los factores derivados de la atención en salud que generaron riesgos económicos durante la atención en los servicios de hospitalización de pacientes que ingresaron para manejo médico en las unidades de cuidado intensivo en un hospital de alta complejidad en Bogotá; dichos factores se relacionaron con la facturación de medicamentos, insumos, laboratorios, imágenes diagnósticas, estancia hospitalaria, procedimientos quirúrgicos y honorarios médicos, los cuales fueron radicados ante las diferentes entidades responsables del pago de servicios de salud, como EPS, empresas de medicina prepagada, planes especiales, pólizas de salud y secretarías de salud distritales y departamentales. Durante el proceso de revisión de estas facturas, las entidades pagadoras emitieron objeciones en los casos en que encontraron inconsistencias, generando glosas o devoluciones totales de las cuentas; lo cual tuvo un impacto directo sobre la cartera institucional, al afectar negativamente el flujo de caja y la estabilidad financiera del Hospital de alta complejidad en Bogotá. En respuesta a esta problemática, se desarrolló un modelo de intervención que permitió determinar las cinco actividades asistenciales que originaron el mayor número de glosas, afectando directamente el recaudo institucional y la ejecución presupuestal de cada vigencia; además de un plan de acción orientado a mitigar el riesgo financiero y mejorar los procesos internos, optimizando la gestión de la facturación y reduciendo las ineficiencias en los servicios de hospitalización y cuidado intensivo.

Palabras clave: facturación en salud, gestión hospitalaria, glosas asistenciales, riesgo financiero, unidad de cuidado intensivo (UCI).

Abstract

This proposal made it possible to identify the factors derived from health care that medical in the intensive care units of a high complexity hospital in Bogotá; these factors were related management to the billing of medicines, supplies, laboratories, diagnostic images, hospital stay, generated economic risks during the hospitalization processes of patients who were admitted for surgical procedures and medical fees, which were filed with the different entities responsible for the payment of health services, such as EPS, prepaid medicine companies, special plans, health policies and district and departmental health secretariats. During the process of reviewing these invoices, the paying entities issued objections in cases where they found inconsistencies, generating glosses or total refunds of the accounts, which had a direct impact on the institutional portfolio, by negatively affecting the cash flow and financial stability of the High Complexity Hospital in Bogotá. In response to this problem, an intervention model was developed that made it possible to determine the five healthcare activities that originated the largest number of glosses, directly affecting institutional collection and budget execution for each term; in addition to an action plan aimed at mitigating financial risk and improving internal processes, optimizing billing management and reducing inefficiencies in hospitalization and intensive care services.

Keywords: health billing, hospital management, care glosses, financial risk, intensive care unit (ICU).

Introducción

En el marco de los desafíos contemporáneos que enfrentan las instituciones del sector salud en Colombia, se ha hecho evidente la urgencia de revisar y fortalecer los procesos internos que determinan la sostenibilidad operativa de las IPS, particularmente aquellas que prestan servicios de alta complejidad; en efecto, aspectos como el control de la facturación, la trazabilidad clínica y la eficiencia administrativa se han convertido en variables críticas dentro de los modelos de gestión hospitalaria, por lo tanto, el análisis integral de estas dimensiones representa un punto de partida indispensable para la formulación de soluciones estratégicas orientadas a la mejora del desempeño organizacional.

Desde esta perspectiva, se observa que las glosas en salud no constituyen únicamente una consecuencia aislada del proceso de facturación, antes bien, representan la manifestación de fallas estructurales que comprometen la articulación entre el quehacer clínico, la documentación soporte y la administración de los servicios prestados; así las cosas, la gestión de glosas no debe limitarse a responder de forma reactiva ante los rechazos emitidos por las entidades pagadoras, al contrario, requiere de una intervención que considere la causalidad sistémica de dichas inconsistencias, de modo que sea posible reducir el impacto financiero negativo que generan sobre la cartera institucional y el flujo operativo.

Ahora bien, en el contexto de un hospital de alta complejidad en Bogotá de referencia nacional, cuyos servicios especializados se orientan al manejo de pacientes en condición crítica, la relación entre calidad asistencial y gestión financiera cobra especial relevancia, de ahí que el presente Proyecto de Aplicación Empresarial tenga como propósito proponer un modelo de intervención que aborde directamente las ineficiencias asociadas a la generación de glosas

asistenciales en los servicios de hospitalización en las unidades de cuidado intensivo; con base en ello, se plantea una solución que trascienda la simple corrección documental, dado que busca impactar la cultura de servicio, la coherencia en los flujos de información y la oportunidad en los mecanismos de auditoría concurrente.

Por consiguiente, el enfoque metodológico adoptado se construye desde una lógica de mejora continua, en la cual el análisis de datos, la identificación de patrones críticos y el diseño de indicadores de seguimiento permiten configurar un panorama preciso de los factores que inciden en la problemática; en consecuencia, se facilita la estructuración de un plan de acción que responda tanto a las necesidades institucionales como a las exigencias regulatorias del sistema, lo cual fortalece la capacidad organizacional de anticiparse a las glosas y de garantizar un proceso de facturación alineado con los criterios de pertinencia, oportunidad y legalidad exigidos por las entidades responsables del pago.

En definitiva, este documento se articula a partir de la realidad hospitalaria, la cual se analiza desde sus dimensiones administrativas, clínicas y estratégicas, por lo que se desarrolla una propuesta con enfoque integral, orientada al mejoramiento de los procesos críticos que afectan el recaudo institucional; por último, se destaca que el modelo propuesto no pretende ofrecer una solución inmediata o simplista, más bien se concibe como una ruta de transformación progresiva, sustentada en evidencias y con capacidad de adaptación a otros entornos hospitalarios que enfrenten retos similares.

Descripción de la Situación Organizacional en el que se Enmarca la Solución a la Problemática

El presente análisis sitúa la problemática de las glosas asistenciales en el contexto organizacional y sectorial colombiano. En los últimos diez años el sistema de salud nacional ha enfrentado retos macroeconómicos, sociales y regulatorios en el tema, con un aumento marcado en 2020 por la pandemia y una recuperación lenta después (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2021). A esta problemática se suma el envejecimiento progresivo de la población colombiana: en 2021, más de 7,1 millones de personas tenían 60 años o más (13,9% de la población) (DANE, 2021), lo que aumenta la demanda de servicios de alta complejidad como los de cardiología.

Además, la informalidad laboral limita la afiliación al régimen contributivo: actualmente menos del 50% de la población está en el Régimen Contributivo (se esperaba 70% según la Ley 100/93), lo cual obliga al Estado a subsidiar masivamente el régimen subsidiado, ejerciendo presiones fiscales. Este tipo de escenarios influye en recortes presupuestales e inflación elevada, por lo cual “la búsqueda de la eficiencia del sistema de salud se ha vuelto más urgente” (Banco de la República, 2023), en consecuencia, el sector salud debe optimizar recursos y procedimientos para mitigar el impacto macroeconómico.

De acuerdo con el entorno político-regulatorio colombiano ha experimentado múltiples reformas durante la última década; aunque la Ley 100 (1993) estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud, posteriores normativas como la Ley 1122 (2007), Ley 1438 (2011), Ley Estatutaria 1751 (2015) y fallos judiciales han buscado ajustar la cobertura y garantizar la sostenibilidad; por ello, se han implementado mecanismos de pago como el giro directo de recursos

y programas de saneamiento financiero como compra de cartera en 2013 y el Acuerdo de “Punto Final” en 2019 para aliviar la iliquidez de las IPS (Banco de la República, 2023).

Estas medidas buscaban acelerar los giros a hospitales y clínicas y reducir la cartera vencida, pero, las EPS intervenidas por el Estado han continuado con deudas millonarias, un ejemplo claro es en 2025, ya que se reportó que dichas EPS adeudan más de \$2,2 billones de pesos a las IPS agremiadas en la Cámara de Instituciones para el Cuidado de la Salud (ANDI), con un 87% de esta cartera en mora (Arias, 2025).

Consecuencia de esta crisis, la Superintendencia de Salud ha insistido en vigilar la implementación de los mecanismos de pago para garantizar flujos adecuados hacia los prestadores; aun así, la brecha financiera persiste y obliga a los hospitales a asumir demora en pagos y denuncias de cierre de servicios, lo cual agrava la crisis de acceso.

Además, esta situación no es nueva, ya que diferentes investigaciones han mostrado cómo las instituciones prestadoras de salud, especialmente las públicas, se ven obligadas a asumir los costos de servicios ya prestados debido a glosas reiteradas por parte de las EPS, lo cual genera retrasos en los pagos y, con ello, un desequilibrio financiero permanente. Por ejemplo:

El estudio de Cadavid y Morelo (2020) en el Hospital San Antonio de Tarazá identificó que el 23,39% del total facturado en 2020 fue glosado, lo que afectó directamente el flujo de recursos y obligó a revisar con urgencia los procesos de facturación.

De manera similar, Franco et al. (2023), al analizar el caso del Hospital Regional de Aguachica, hallaron que el 92% de las glosas respondía a errores administrativos, lo que dejaba en evidencia debilidades internas que comprometían la viabilidad financiera.

En otros trabajos como el de González-Muñoz et al. (2020), realizado en Florencia, Caquetá, y el de Hernández-Aguilar et al. (2017), en Arauca, se advierte que esta práctica genera pérdidas millonarias para las instituciones, afectando la continuidad de servicios, la inversión en calidad y el bienestar del personal asistencial.

Todo esto demuestra que, si no se controlan de manera oportuna los factores que generan gastos, el impacto negativo se va a reflejar tanto en las finanzas, como en la atención que se brinda a los pacientes.

Por otra parte, en Colombia el acceso a la atención médica se asegura a través de EPS e IPS diferenciadas. Según las normas del sistema, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se encargan de afiliar a los pacientes y recaudar las cotizaciones para el Plan Obligatorio de Salud (POS), mientras las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) proveen la atención médica a los afiliados (Arias, 2021).

En la práctica, los colombianos no reciben atención en las EPS, sino en IPS públicas, privadas o mixtas según las redes contratadas. La financiación del sistema ocurre mayoritariamente mediante la Unidad de Pago por Capitación (UPC): cada EPS recibe recursos periódicamente para cubrir a sus afiliados; si bien este modelo buscó universalizar la cobertura, en la última década ha evidenciado fallas de liquidez (Arias, 2025).

La mora de las EPS en sus pagos a las IPS ha crecido, por ejemplo, según Arias (2025): A junio de 2023 la cartera de las clínicas y hospitales alcanzó más de \$16 billones de pesos, un 14.7% más que a diciembre de 2022; lo cual obliga a las IPS a provisionar meses adicionales de facturación y genera desconfianza financiera. Los procesos de liquidación de EPS (especialmente las intervenidas) han generado alarma: la ANDI de la salud ha alertado que menos de un 40% de la facturación hospitalaria llega efectivamente al prestador (37% en enero 2025, inferior al 48%

de trimestres previos). Dicho de otra forma, las cifras reflejan que los recursos del sistema son insuficientes para cubrir en plazo la cantidad de servicios prestados, lo que crea brechas de pago y presión sobre la red hospitalaria.

En este mismo contexto, en muchos hospitales del país, uno de los retos más frecuentes es el manejo inadecuado de las glosas, por eso, se han propuesto rutas de trabajo que permitan ordenar este proceso como lo plantean investigaciones como las de Cadavid y Morelo (2020), Franco et al. (2023), González-Muñoz et al. (2020) y Hernández-Aguilar et al. (2017), se puede construir un esquema que sintetiza las principales etapas y aspectos claves para gestionar correctamente las glosas en los servicios de salud:

Tabla 1.

Proceso recomendado para la gestión adecuada de glosas

Etapa del proceso	del	Acción recomendada
Recepción de glosa	de	Verificar la fecha de radicación, el tipo de glosa (administrativa o asistencial) y la entidad que la emite.
Revisión preliminar		Clasificar la glosa por causal; por ejemplo: falta de soportes, errores de codificación, ausencia de autorización, inconsistencias en la historia clínica.
Análisis técnico		Validar con el equipo auditor y los responsables del servicio si la glosa es procedente o se puede refutar.
Respuesta formal		Preparar la carta de respuesta con los soportes respectivos, ajustándose a los tiempos establecidos por cada EPS.
Radicación de respuesta	de	Entregar la respuesta por los canales oficiales (correo, plataforma EPS o físico) y dejar copia registrada en el sistema interno del hospital.
Seguimiento y trazabilidad	y	Hacer control periódico del estado de las glosas en respuesta, glosas aceptadas, glosas definitivas y recuperaciones.
Cierre de glosa		Archivar con soportes y reportar a cartera si fue aceptada o rechazada definitivamente.
Mejoras al proceso	al	Aplicar análisis de Pareto o reuniones periódicas para revisar tendencias y corregir causas frecuentes.

Fuente: Elaboración propia (2025)

Además, según lo demuestran los estudios revisados, este proceso debe ir acompañado de una cultura de prevención, donde la calidad del registro clínico, la auditoría interna y el trabajo en equipo sean prioridad desde el momento de la atención, acompañado de momentos clave:

- Capacitación continua al personal administrativo y asistencial, como lo proponen Franco et al. (2023), especialmente en codificación, pertinencia y normatividad vigente.
- Uso de herramientas de análisis y control, como Excel, formatos de trazabilidad, sistemas BI o tableros de control, recomendados por González-Muñoz et al. (2020).
- Revisión mensual del comportamiento de las glosas por tipo, servicio, EPS y monto, con el fin de tomar decisiones oportunas y evitar repeticiones.
- Consolidación de un comité de glosas multidisciplinario, que se encargue de revisar casos complejos y proponer estrategias institucionales, como lo sugieren Hernández-Aguilar et al. (2017).

Ahora bien, la presente investigación a solución de problemática empresarial se dirige hacia un hospital de alta complejidad en Bogotá IPS sin ánimo de lucro, referente nacional en enfermedades cardiovasculares pediátricas y de adultos; la institución atiende pacientes de todo el territorio colombiano y de la región, a la fecha se consolida como un hospital dedicado al tratamiento de patologías cardiovasculares de alta complejidad, con especialidades y subespecialidades como cardiología clínica, cirugía cardiovascular, hemodinamia, electrofisiología, cirugía vascular periférica, cirugía de tórax y trasplantes, entre otras.

El hospital de alta complejidad en Bogotá cuenta con modernas instalaciones y servicios de cuidado intensivo especializados (neonatal, pediátrico, cardiovascular pediátrica, coronario,

postcirugía cardíaca, medica), diseñados para abordar cuadros críticos en las distintas etapas de la vida; esta infraestructura de alta complejidad y su personal especializado (equipos interdisciplinarios de cardiólogos, cirujanos, intensivistas, etc.) han posicionado al hospital de alta complejidad en Bogotá como líder en resultados clínicos.

De hecho, la institución ha sido reconocida en rankings nacionales e internacionales por su excelencia clínica y organizacional: por ejemplo, en el ranking Merco Talento 2024, el hospital de alta complejidad en Bogotá se ubicó en el puesto 63 entre las empresas con mejor reputación de talento en Colombia, con una puntuación de 5.659, lo que refleja su capacidad de atracción, retención y desarrollo del talento humano en el sector salud (Merco, 2024).

A nivel organizacional, el hospital de alta complejidad en Bogotá combina su prestación de servicios con proyectos sociales, como la brigada “Regale una Vida” para diagnóstico cardiológico pediátrico en zonas de escasos recursos; en donde le otorga un rol doble: atender pacientes complejos con equipos de última tecnología, y simultáneamente cumplir una misión social de cobertura.

Sin embargo, al depender de flujos presupuestales de las EPS, el hospital de alta complejidad en Bogotá también afronta las disfunciones del sistema general, ya que sus estados financieros están atados al pago oportuno de las EPS, de modo que retrasos o glosas de facturas inciden directamente en su liquidez; a lo que respecta, la fortaleza interna de contar con alta reputación y solvencia médica debe contrarrestar las debilidades operativas en la gestión de la facturación.

Una de las principales fuentes de ineficiencia financiera en el hospital de alta complejidad en Bogotá corresponde a las glosas asistenciales, entendidas como objeciones totales o parciales formuladas por las EPS frente a los pagos derivados de la atención médica prestada

(iMedicalServices, 2024), las cuales suelen originarse por inconsistencias tales como la ausencia de autorizaciones, registros clínicos incompletos o procedimientos no sustentados adecuadamente; en este sentido, al ser glosada una factura, el prestador asume directamente el costo del servicio observado, afectando su capacidad de recaudo y su flujo operativo.

En particular, los datos históricos internos del hospital de alta complejidad en Bogotá han evidenciado un comportamiento variable en los valores glosados y aceptados por servicio, lo que refleja inestabilidad en la gestión de facturación y vulnerabilidades en los procesos de soporte clínico y codificación.

Así, entre los años 2021 y 2022, se presentaron incrementos considerables en las glosas correspondientes a servicios críticos como cirugía cardiovascular y cuidado intensivo, situación que llevó a considerar la necesidad de implementar un plan de acción enfocado en mitigar las glosas originadas por fallas en la documentación y la pertinencia clínica en las unidades de mayor complejidad, sin perder de vista que estos aumentos fueron seguidos por fluctuaciones posteriores hasta 2025.

De hecho, desde 2019 se ha evidenciado un incremento constante en el porcentaje de aceptación de glosas, superando las metas trazadas en la planeación estratégica de los indicadores financieros, generando un impacto directo en el recaudo institucional y ha comprometido la sostenibilidad financiera proyectada (ver Tabla 2):

Tabla 2.

Comportamiento del porcentaje de glosa, metas anuales y valores aceptados vs. facturados (2019–2023)

Año	% Glosa	Meta Anual	Valor (Millones)	Facturado	Valor (Millones)	Aceptado
2019	2,02%	1,8%	\$424.060		\$8.573	

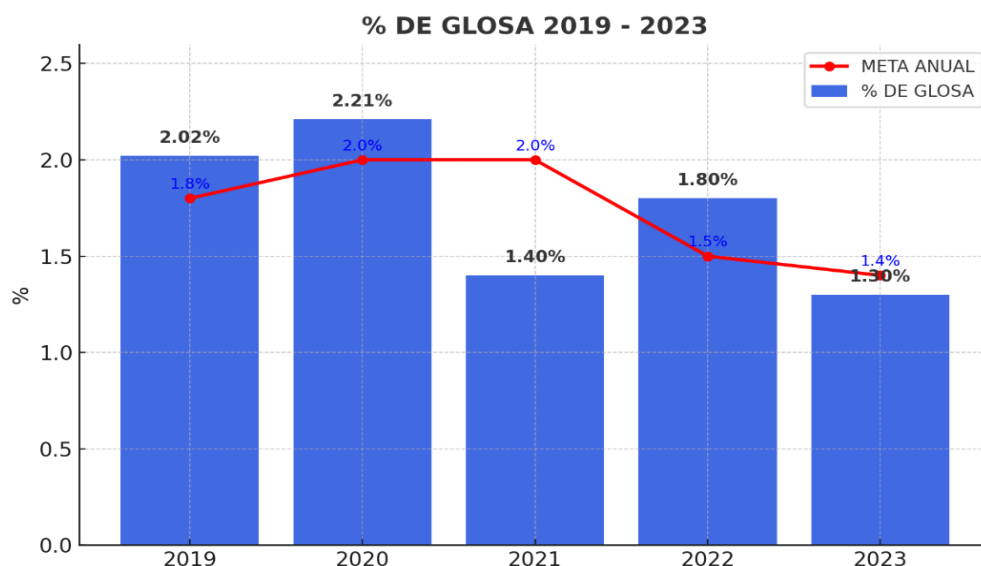
2020	2,21%	2,0%	\$385.729	\$8.507
2021	1,40%	2,0%	\$531.067	\$7.415
2022	1,80%	1,5%	\$618.228	\$11.136
2023	1,30%	1,4%	\$668.177	\$8.571

Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

Con base en lo anterior, la siguiente gráfica (Figura 1) permite visualizar de forma clara el comportamiento de esta problemática a lo largo del tiempo, evidenciando la relación entre el porcentaje de glosa registrado y las metas establecidas por la institución.

Figura 1.

Comportamiento del porcentaje de glosa frente a la meta institucional (2019–2023)



Fuente: Gestión financiera del Hospital de alta complejidad de Bogotá (2024)

Según lo anterior, mientras la meta de glosa anual para 2019 era del 1,8 %, el porcentaje real fue del 2,02 %, aumentando al 2,21 % en 2020 frente a una meta del 2,0 %, y aunque en 2021 se observó una reducción al 1,40 %, en 2022 el indicador volvió a subir al 1,80 % frente a una meta del 1,5 %, cerrando 2023 en 1,30 % con una meta de 1,4 %, lo cual evidencia una inestabilidad que afecta la capacidad de recuperación de ingresos.

Desde una perspectiva estratégica, el hospital de alta complejidad en Bogotá debe evaluar factores externos e internos para encuadrar adecuadamente su solución; debido a ello, en el análisis de entorno externo se considera el macro ambiente social, económico y regulatorio previamente descrito, también factores del sector salud como las políticas de gobierno, participación de EPS o presiones de acreencias, configuran oportunidades y amenazas; como es el caso de la creación de un fondo de garantía para pagos hospitalarios o futuras reformas legales podrían estabilizar el flujo de recursos; en cambio, la incertidumbre política y la posible liquidación de EPS siguen representando amenazas latentes al presupuesto del hospital de alta complejidad en Bogotá.

Entre los factores internos destacan las fortalezas y debilidades organizacionales del hospital de alta complejidad en Bogotá; primero, hablando de las fortalezas clave se encuentra su prestigio nacional e internacional, reconocido en rankings de calidad, su enfoque especializado en cardiología de alta complejidad, y la acreditación JCI; ya que facilitan de cierta manera la atracción de pacientes complejos, incluso de otros países y de talento médico-calificado, otra fortaleza es su estructura multidisciplinaria y sus proyectos sociales, como las brigadas, ya que, refuerzan su imagen institucional.

Sin embargo, persisten desafíos internos: la dependencia de las EPS para su financiación hace vulnerable al hospital a las debilidades del sistema; así, cualquier cambio en los procedimientos administrativos o en la cultura de facturación impacta rápidamente su flujo de caja. Hasta la implementación del modelo de concurrencia, la organización presentaba flujos de información burocráticos que retrasaban el reconocimiento de ingresos y elevaban las glosas, conocido como “riesgo de proceso” es una debilidad que la intervención busca mitigar; por otra parte, el análisis competitivo apunta a otras IPS de alta complejidad como competidores relevantes.

En Bogotá y ciudades principales existen clínicas y hospitales universitarios con servicios cardiológicos completos; si bien estos comparten la atención especializada, El hospital de alta complejidad cuenta con el nicho diferencial de mayor experiencia en patología cardiovascular quirúrgica pediátrica, adulta y larga trayectoria en trasplantes pulmonar, hepático, renal y cardiaco.

Sin embargo, la libre elección de IPS permite a los pacientes recurrir a distintos prestadores de su red contratada y no contratada, por lo que el hospital de alta complejidad en Bogotá está obligado a prestar atención a los pacientes que ingresan de forma espontaneas de las diferentes entidades pagadoras de servicio de salud en los casos complejos de patologías de alto costo, lo que ha generado un impacto financiero con las EPS con las que no se tiene contrato. Adicionalmente, dado que el modelo de pagos UPC brinda incentivos por resultados, la calidad clínica del hospital de alta complejidad constituye un factor competitivo.

Estos factores externo-interno y de competencia da pie para entender por qué el hospital de alta complejidad aborda la problemática de las glosas: debe garantizar su viabilidad financiera sin dejar de cumplir su misión de atención especializada. Dado este contexto conceptual, el modelo de concurrencia en las seis unidades de cuidado intensivo (UC) surge como una respuesta organizacional coherente con las fortalezas institucionales y los retos del entorno, optimizando procesos internos para afrontar amenazas externas como la crisis de liquidez y los obstáculos al acceso a la salud.

Descripción del Método y/o Estrategia que Utilizará para Resolver la Problemática Organizacional

En respuesta a la necesidad de mitigar el impacto financiero generado por las glosas de tipología asistencial, particularmente en las unidades de cuidado crítico, se desarrolló una estrategia metodológica estructurada en cuatro fases: diagnóstico, diseño de indicadores, análisis operativo y gestión de soluciones.

Fase 1: Diagnóstico de la Situación Problema

En un primer momento, se realizó un análisis retrospectivo de los indicadores del porcentaje de glosa correspondientes a los años 2019 a 2023, lo cual permitió establecer el comportamiento histórico y los patrones de variabilidad que afectan el recaudo institucional.

A partir de estos datos, se construyeron visualizaciones gráficas que reflejaron los picos y descensos en el volumen de cuentas glosadas, revelando que los mayores porcentajes se concentraron en áreas críticas como la unidad de cuidado intensivo médica, cardiovascular y pediátrica. En paralelo, se efectuó una revisión documental de los informes emitidos mensualmente por el área de Glosas y Auditorías, fuente secundaria institucional que permitió validar las cifras y contextualizar los hallazgos en los convenios más afectados.

Con base en estos resultados, se formuló una matriz DOFA para identificar los factores internos y externos que condicionan el problema. Este ejercicio evidenció, por un lado, fortalezas como el talento humano calificado, la existencia de un manual tarifario propio y la implementación progresiva de Power BI; y, por otro lado, debilidades tales como la falta de auditoría concurrente en todos los servicios, la deficiencia en los registros clínicos y la documentación incompleta de medicamentos de alto valor.

Simultáneamente, se elaboró un árbol de problemas que permitió descomponer las causas y efectos de las glosas, ubicando como problema central el incremento sostenido de glosas asistenciales, y como causas raíz, la falta de estandarización en la auditoría, la cultura reactiva frente a los hallazgos y la escasa articulación entre los servicios clínicos y administrativos.

Fase 2: Diseño de Indicadores y Levantamiento de Información Primaria

Con base en el diagnóstico inicial, se definieron seis indicadores clave para el seguimiento de las principales causas de glosa. Estos indicadores fueron: (1) Pertinencia de la estancia en UCI; (2) Oportunidad de paso a salas de cirugía; (3) Oportunidad del procedimiento diagnóstico; (4) Pertinencia de laboratorios de alto costo; (5) Soporte de insumos de alto valor; (6) Soporte de medicamentos de alto valor. Es importante aclarar que este último no fue posible medir durante la vigencia 2024 por limitaciones en la trazabilidad de los datos.

La medición de los indicadores se inició en diciembre de 2023, mediante una base de datos en Excel diseñada por el equipo auditor, donde se estableció una estructura común para todas las unidades de cuidado intensivo: adulto, pediátrica, neonatal, coronaria, cardiovascular y postquirúrgica.

La recolección de información se delegó a cinco médicos auditores distribuidos por unidad, quienes tienen como responsabilidad el diligenciamiento mensual de los indicadores a partir de la auditoría concurrente y la revisión de historias clínicas. Cada médico registró las observaciones, soportes clínicos y tipo de glosa identificada, lo cual permitió construir un conjunto de datos confiable y homogéneo. Esta base se consolidaba mensualmente y se socializaba con el área de Glosas y Auditoría para su validación técnica y para la retroalimentación correspondiente con los jefes de servicio.

Fase 3: Análisis Técnico y Herramientas de Visualización

Durante los primeros tres meses del proceso, se identificaron inconsistencias en la estructura del archivo de Excel, lo que dificultaba el análisis estadístico y la generación de visualizaciones automáticas. Por ello, en marzo de 2024 se realizaron ajustes técnicos a la base, orientados a mejorar la calidad del dato y permitir su posterior explotación en plataformas analíticas.

Desde junio de 2024, la base depurada fue migrada a Power BI, lo cual representó un avance significativo en términos de control de gestión, ya que permitió construir un tablero dinámico con filtros por unidad, tipo de glosa, causa de rechazo y oportunidad de intervención. Esta plataforma facilitó la lectura del comportamiento mensual de los indicadores, generó alertas visuales cuando algún umbral era superado, y permitió integrar los datos con otras áreas como cartera y facturación.

En esta fase, también se aplicó un análisis multicriterio con apoyo de la Subdirección de Operaciones, con el fin de establecer prioridades de acción según la frecuencia de glosa, el impacto financiero de cada causal y la posibilidad de corrección dentro del ciclo de atención del paciente. Así se definieron los servicios priorizados para la vigencia 2024, siendo las unidades de cuidado intensivo el núcleo de intervención estratégica. Este enfoque se alinea con los principios de gestión basada en evidencia y permite enfocar los recursos institucionales en los puntos de mayor retorno operativo.

Fase 4: Articulación Institucional y Toma de Decisiones

Finalmente, los resultados de este proceso metodológico se han articulado con las decisiones operativas a nivel institucional. La Subdirección de Operaciones y los líderes de las unidades clínicas reciben informes trimestrales de desempeño, a partir de los cuales se establecen acciones correctivas y se definen compromisos de mejora. Este flujo de información ha permitido avanzar hacia un modelo de auditoría concurrente proactiva, en donde se corrigen errores en tiempo real, se ajustan las estancias según pertinencia clínica y se documentan los soportes con mayor rigurosidad.

En paralelo, se ha propuesto revisar los paquetes de contratación con las EPS para incluir medicamentos sin INVIMA cuando su uso esté justificado clínicamente, así como formalizar procesos internos para mejorar la oportunidad de respuesta entre los distintos actores intervinientes en el proceso de atención. Estas medidas complementan el modelo de auditoría y fortalecen la estrategia general de sostenibilidad financiera institucional.

En general, la estrategia desarrollada integró el uso de información primaria levantada por personal médico especializado, análisis documental proveniente del área de glosas, aplicación de herramientas administrativas como la matriz DOFA y el árbol de problemas, evaluación técnico-financiera y visualización de indicadores en Power BI.

Esta combinación ha permitido abordar la problemática de manera integral, focalizar la intervención en los servicios de mayor impacto, y construir una base sólida para la toma de decisiones basada en datos. La ruta metodológica se concibe, por tanto, como un modelo replicable para otras áreas clínicas de la institución que presenten comportamientos similares en la generación de glosas.

Descripción de la Problemática Empresarial

Para comprender la problemática organizacional que afecta el recaudo por glosas asistenciales, fue necesario iniciar con un diagnóstico que permitiera caracterizar la situación actual a partir de evidencias internas. Es por ello que, la primera fase del estudio tuvo como propósito reconocer tanto los factores estructurales como operativos que inciden en la generación y aceptación de glosas, mediante el análisis de información histórica y la revisión de documentos institucionales.

En este contexto, se aplicó la herramienta de análisis matriz FODA, donde se identificaron inicialmente las fuerzas, debilidades, oportunidades y amenazas, valorando cada una por su importancia, intensidad, tendencia y así obtener la puntuación correspondiente para cada una.

Tabla 3.

Análisis DOFA

1. Los factores internos			
1.1 Fuerzas	274	1.2 Debilidades	254
Uso de Power BI para el monitoreo en tiempo real	100	Registro clínico incompleto que impide demostrar pertinencia asistencial	80
Manual tarifario propio que facilita la negociación con pagadores	75	Medicamentos administrados sin indicación INVIMA	60
Desescalonamiento de estancias coordinado con el área de facturación	45	Procesos fragmentados en codificación y facturación	50
Talento humano especializado, con cinco médicos auditores en seis UCI	27	Inoportunidad en la toma de decisiones clínicas por demoras en medios diagnósticos	32
Experiencia consolidada en alta complejidad cardiovascular	27	Dependencia de los flujos de pago de las EPS que genera vulnerabilidad financiera	32
2. Factores externos			
2.1 Oportunidades	230	2.2 Amenazas	176

Acceso a fondos de garantía hospitalaria y giro directo como mecanismos de estabilización	64	Morosidad y liquidación de EPS que aumentan la cartera institucional	60
Mejora en la oportunidad de acuerdos de servicio para evitar glosas por estancias inactivas	60	Falta de oportunidad en respuestas desde los servicios intervinientes	48
Uso de analítica predictiva para anticipar glosas y fortalecer la toma de decisiones	45	Escalada de costos médicos e insumos de alto valor que presionan el margen operativo	32
Socialización de hallazgos de glosas con áreas clínicas para generar acciones preventivas	36	Alta rotación de auditores en EPS, lo que produce criterios inconsistentes	18
Inclusión de medicamentos sin INVIMA en contratos para mitigar objeciones	25	Baja adherencia a protocolos clínicos por parte del equipo tratante	18

Fuente: Elaboración propia (2025)

Ahora bien, el árbol de problemas que describe la cadena causal del incremento de objeciones y su impacto financiero:

Tabla 4.

Árbol de problemas – Glosas asistenciales en unidades de cuidado crítico

Niveles del problema	Descripción detallada
Problema central	Incremento sostenido de glosas asistenciales en las unidades de cuidado crítico que reduce el recaudo y compromete la sostenibilidad financiera del hospital de alta complejidad en Bogotá.
Efectos directos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deterioro del flujo de caja y aumento de la cartera vencida institucional. ✓ Disminución de la capacidad de inversión en talento humano y tecnología médica. ✓ Sobrecarga administrativa en los equipos de facturación, cartera y auditoría. ✓ Riesgo reputacional frente a entidades pagadoras por glosas recurrentes.

Niveles del problema	Descripción detallada
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Restricción presupuestal para ejecutar programas sociales como las brigadas médicas.
Causas directas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registros clínicos incompletos o sin trazabilidad, que impiden demostrar pertinencia en la estancia en UCI. ✓ Falta de soportes documentales de insumos y medicamentos de alto valor. ✓ Demoras en autorizaciones para procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, lo que prolonga estancias sin justificación. ✓ Permanencia innecesaria de pacientes en niveles de cuidado superior por falta de gestión oportuna. ✓ Ausencia de auditoría concurrente estandarizada que permita corregir inconsistencias durante la estancia hospitalaria.
Causas raíz	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cultura organizacional predominantemente reactiva, con enfoque en corrección posterior y no en prevención. ✓ Fragmentación de los sistemas de información previos a la integración con Power BI; ✓ Capacitación insuficiente del personal clínico en normativas de facturación y requisitos de las EPS. ✓ Alta rotación del personal médico y de enfermería en unidades críticas, que interrumpe la continuidad en el conocimiento operativo. ✓ Variabilidad en los criterios exigidos por las EPS para justificar la pertinencia, lo que dificulta la estandarización documental.
Dato cuantitativo complementario	<p>Entre 2021 y 2022, el valor aceptado por glosas en UCI presentó un incremento del 62,14 %, pasando de \$272.395.826 a \$441.651.976, seguido de una reducción del 44,40 % en 2023; estos cambios reflejan inestabilidad operativa y deficiencias en la gestión concurrente del soporte clínico y administrativo.</p>

Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

La lectura cruzada entre los factores identificados en la matriz DOFA y los elementos estructurados en el árbol de problemas permitió ir delineando con mayor precisión aquello que realmente está en el centro de la situación institucional. Al revisar tanto los registros cuantitativos

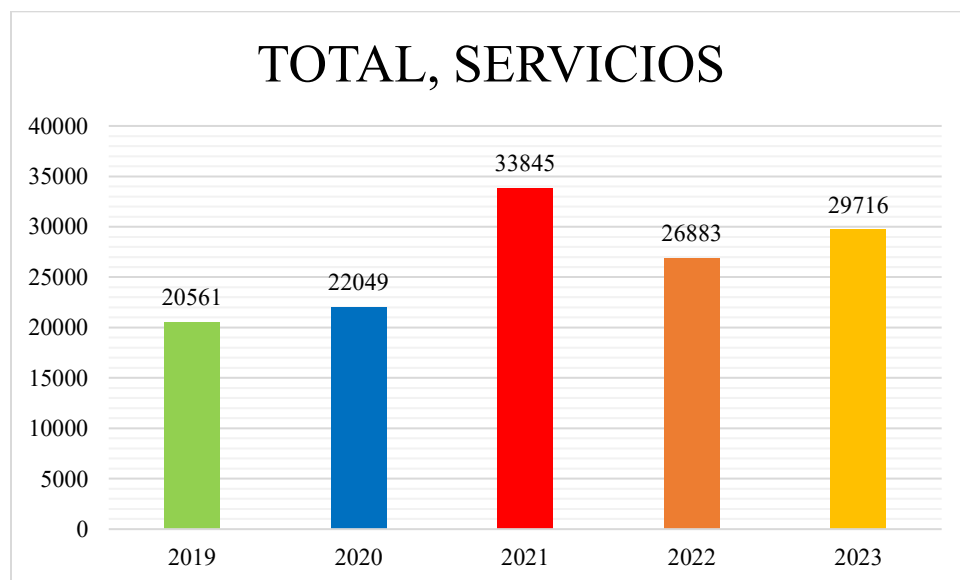
como las prácticas operativas en las unidades de cuidado crítico, comenzaron a destacar ciertos patrones que apuntan a una problemática más compleja de lo que en principio parecía. Varias de las debilidades internas terminan conectándose con condiciones externas que profundizan las dificultades, y a su vez, las causas administrativas y técnicas identificadas van configurando un escenario que explica las cifras de glosa reportadas en los últimos años.

Identificación del Problema Principal

Para identificar cuál era el problema principal relacionado con las glosas asistenciales en el hospital de alta complejidad en Bogotá, fue necesario elaborar una base de datos general que se organizó en Excel (Anexo 1). La cual permitió recolectar toda la información relevante sobre los casos de glosas desde el año 2019 hasta el 2025, cabe resaltar que para el presente estudio se han tenido en cuenta los años correspondientes a 2019 – 2023, tal como se evidencia en la siguiente Figura 2.

Figura 2.

Total, servicios por año



Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

Se registraron 133.051 casos en total, que incluyen datos detallados como: número del caso, fuente, valor, mes y año, NIT, servicio, responsable, descripción de la causa, tipo de concepto (si era administrativo o asistencial), observaciones y otros campos que ayudan a ubicar la información con precisión.

Al analizar los datos, se evidenció que hay una gran variedad de causas por las cuales se generaban estas glosas. Algunas aparecieron muy pocas veces, como errores pequeños de digitación o servicios facturados a usuarios retirados. Pero también se hallaron causas más preocupantes por el alto número de veces que se repitieron y por los valores tan altos que significaron para la institución. Por ejemplo, se detectaron miles de casos por falta de soporte adecuado en la administración de medicamentos (casi 9.000 casos), servicios incluidos en otros ya cobrados (más de 800 casos), consultas o interconsultas sin los debidos soportes (más de 6.000 casos), y más de 17.000 casos relacionados con conciliaciones específicas con EPS, como FAMISANAR.

Tabla 5.

Causas frecuentes de glosas entre 2019 y 2023

DESCRIPCIÓN DE CAUSAS DE GLOSAS	TOTAL
PROCESO ACTA	17498
PROCESO DE ACTA FAMISANAR	17294
511, 512 DEVOLUCIONES A PACIENTES FACT ELECTRONICA	12520
FACT MEDICAMENTOS - INSUMO / MEDICAMENTO SIN SOPORTE DE ADMINISTRACION	8900
COBERT MTOS O MAT NO RECON x PLAN DE BENEF EPS-CMP	8594
FACT CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS	6110
FACT MATERIALES - INSUMO / MEDICAMENTO SIN SOPORTE DE ADMINISTRACION	5994
MED AYUDAS DIAGNOST (INCLUYE PROC DIAGNOST)	5289
TARIF CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS	4805

SOPORT FALTA FORMATO DE JUSTIFIC O AUTORIZ MNP	4646
PROCESO DE ACTA SALUD TOTAL	4014
FACT AYUDAS DIAGNOSTICAS (INCLUYE PROC DIAG)	3790
TARIF AYUDAS DIAGNOSTICAS (INCLUYE PROC DIAGNOST)	2991
COBERT SERV NO EXISTE EN OFERTA CONVENIO O CONTRAT	2750
PROCESO DE ACTA SANITAS	2454
AUT PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD NO AUTORIZADA	2024
FACT SERV O INSUMO INCLUIDO ESTANCIA O DER DE SALA	2001
SOPORT FALTA LECTURA DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	1941
MED ESTANCIA	1832
FACT RECAUDO BONOS, PERIODOS CAREN, CTAS MOD, COPAG	1568
FACT HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS - PROCEDIMIENTO MAL LIQUIDADO / NO REALIZ / NO SOPORT	1498
FACT HONORARIOS PARAMEDICOS - SERVICIO - PROCEDIMIENTO NO QX NO REALIZADO / NO SOPORT	1417
MED MEDICAMENTOS - NO PERMITE SU ADMON	1385
FACT SERVICIO O INSUMO INCLUIDO EN PAQUETE	1359
PROCESO DE ACTA COOMEVA	958
TARIF MEDICAMENTOS - MAYOR VALOR COBRADO	912
AJUSTE REFACTURACION X CAMBIO DE FECHA O CONVENIO	899
FACT SERVICIO O PROCEDIMIENTO INCLUIDO EN OTRO	838
TARIF HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS	673
FACT ESTANCIA - AJUSTAR ESTANCIA A PISO	638
TARIF DERECHOS DE SALA	565
TARIF HONORARIOS PARAMEDICOS	465
PROCESO DE ACTA COMPENSAR	388
MED CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS	358
FACT DERECHOS DE SALA	338
COBERT APOYO DIANOSTICO NO CUBIERTO POR EPS-CMP	316
TARIF MATERIALES - MAYOR VALOR COBRADO	314
FACT ATENCION INTEGRAL (PAQUETE Y/O ACTIVIDAD)	292
TARIF ESTANCIA	283
MED HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS	245
SOBREFACTURACION DEL SERVICIO	225
FACT USUARIO O SERV CORRESPONDE A OTRO PLAN O RESP - NO CUBIERTO POR EL GOBIERNO	212
COBERT PROC O ACTIV NO CUBIERTO PLAN BENEF EPS-CMP	205
FACT AUTORIZACION NO CORRESPONDE A LA IPS	188

MED MATERIALES	180
SOPORT FALTA COPIA DE HC COMPLETA O DOC CLINICOS	111
ACTA COMPENSAR	102
ACTA COOMEVA	89
MED HONORARIOS PARAMEDICOS	86
TARIF ATENCION INTEGRAL (PAQUETE Y/O ACTIVIDAD)	78
AUT ESTANCIA	51
REVERSION DE NOTAS - PROCEDIMIENTO MAL LIQUIDADO / NO REALIZ / NO SOPORT	51
DOBLE FACTURACION DEL SERVICIO	46
NOTA DEBITO - Menos Reversiones Fte 25 y Prov.	40
MED DERECHOS DE SALA	35
REDEVOLUCION Y/O REGLOSA	34
AJUSTES TRANSITORIOS (C)	31
SOPORT DETALLE CARGOS DE FACTURA (INCLUYE OTRO PTE	23
CAMBIO DE COBERTURA DE AUTORIZACION	17
TARIF RECARGOS NO PACTADOS - MAYOR VALOR COBRADO	13
FACT DATOS INSUFICIENTES DEL USUARIO	9
AUT MEDICO QUE ORDENA NO ADSCRITO	7
CRUCE DE CUENTAS © - PROCEDIMIENTO MAL LIQUIDADO / NO REALIZ / NO SOPORT	7
FACT FACTURA EXCEDE TOPES AUTORIZADOS	6
FACT PROC O ACTIV REPORTADA DIFERENTE A LO AUTORIZ	6
SOPORT ESTANCIA	6
SOPORT FALTA FORMATO COPIA FACT O DETAL CARGO SOAT	6
FACT FACTURAR X SEPARADO TIPO RECOBRO CTC, ATEP, TUT	5
CARGO NO FACTURABLE	4
AUT INCONSIST COMPROB DERECHOS ORDEN AUTORIZ SERV	3
COBERT AGOTADA EN LA POLIZA	2
FACT ERROR EN DESCUENTO PACTADO	2
FACT ERROR EN SUMA DE CONCEPTOS FACTURADOS	2
MED PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD NO PERTINENTE	2
ACTA FAMISANAR	1
AUT ORDEN O AUTORIZ SERVICIOS VENCIDA O REEMPLAZAD	1
DEVOL USUARIO SIN DERECHOS (RETIRADO O MOROSO)	1
ERROR DIGITACION SUMINISTROS	1
FACT PRESCRIP DENTRO DE TERMINOS LEGALES O PACT	1
MED SERVICIO O PROCEDIMIENTO INCLUIDO EN OTRO	1

RADICACION ERRADA	1
SOPORT FALTA FORMATO DE ATEP	1
SOPORT FALTAN DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS ACORDADOS	1
SOPORT HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS	1
MAYOR VALOR COBRADO SEGUN TARIFAS PACTADAS (SIN ESPECIFICAR)	1

Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

Luego de haber identificado las principales causas que generan glosas en el hospital de alta complejidad en Bogotá, se consideró importante revisar también el impacto económico que estas representan. Al revisar los datos, se puede notar que hay causas que, generan montos elevados y otras que, por su frecuencia constante, terminan acumulando sumas importantes a lo largo del tiempo. Por ejemplo, algunas glosas relacionadas con procesos de acta o con medicamentos sin el soporte adecuado concentran gran parte del valor económico observado; demostrando que el problema está en diferentes aspectos: (1) la cantidad de glosas, (2) en el tipo y (3) en la gravedad de lo que se está objetando.

La siguiente Tabla presenta los valores anuales de cada causa de glosa, lo que ayuda a identificar cuáles son los puntos que más recursos están afectando y que, por lo tanto, necesitan una intervención prioritaria desde lo administrativo, lo clínico y lo financiero.

Tabla 6.*Valores económicos por causa y año*

DESCRIPCIÓN DE CAUSAS	2019	2020	2021	2022	2023	Total
511, 512 DEVOLUCIONES A PACIENTES FACT ELECTRONICA	\$ 596,066,016. 00	\$ 338,041,096. 00	-\$ 126,590,550. 00	-\$ 516,265.00	\$ 0.00	\$ 807,000,297. 00
511, 512 DEVOLUCIONES A PACIENTES FACT ELECTRONICA	\$ 224,424,915. 00					\$ 224,424,915. 00
ACTA COMPENSAR			\$ 116,129,124. 00	\$ 333,668,911.0 0		\$ 449,798,035. 00
ACTA COOMEVA			\$ 15,974.00			\$ 15,974.00
ACTA FAMISANAR			\$ 410,040,217. 00			\$ 410,040,217. 00
AJUSTES TRANSITORIOS (C)	\$ 21,595,050.0 0		\$ 1,854,331.00	\$ 20,747,298.00	\$ 8,701.00	\$ 44,205,380.0 0
AUT ESTANCIA				\$ 33,032,130.00	\$ 16,136,363.00	\$ 49,168,493.0 0
AUT INCONSIST COMPROB DERECHOS ORDEN AUTORIZ SERV				\$ 956,454.00		\$ 956,454.00

AUT MEDICO QUE ORDENA NO ADSCRITO		\$ 5,944,633.00			\$	5,944,633.00
AUT ORDEN O AUTORIZ SERVICIOS VENCIDA O REEMPLAZAD					\$ 6,295.00	\$ 6,295.00
AUT PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD NO AUTORIZADA	\$ 338,458,057. 00	\$ 219,015,529. 00	\$ 153,340,922. 00	\$ 210,264,578.0 0	\$ 150,529,669.0 0	\$ 1,071,608,75 5.00
CAMBIO DE COBERTURA DE AUTORIZACION		\$ 25,387,708.0 0			\$ 1,186,528.00	\$ 26,574,236.0 0
CARGO NO FACTURABLE					\$ 1,211,671.00	\$ 1,211,671.00
COBERT APOYO DIANOSTICO NO CUBIERTO POR EPS-CMP					\$ 16,306,923.00	\$ 30,168,260.00 46,475,183.0 0
COBERT COBERT AGOTADA EN LA POLIZA					\$ 196,743.00	\$ 196,743.00
COBERT MTOS O MAT NO RECON x PLAN DE BENEF EPS- CMP	\$ 567,013,607. 00	\$ 464,021,309. 00	\$ 603,220,692. 00	\$ 727,890,487.0 0	\$ 694,880,086.0 0	\$ 3,057,026,18 1.00
COBERT PROC O ACTIV NO CUBIERTO PLAN BENEF EPS- CMP					\$ 14,602,130.00	\$ 34,167,573.00 48,769,703.0 0
COBERT SERV NO EXISTE EN OFERTA CONVENIO O CONTRAT	\$ 240,666,541. 00	\$ 425,095,933. 00	\$ 394,112,932. 00	\$ 283,109,662.0 0	\$ 17,286,949.00	\$ 1,360,272,01 7.00

CRUCE DE CUENTAS (C)	\$		\$ 0.00			\$
	1,216,395.00					1,216,395.00
DEVOL USUARIO SIN DERECHOS (RETIRADO O MOROSO)				\$ 213,494.00		\$ 213,494.00
DOBLE FACTURACION DEL SERVICIO	\$	\$	\$	\$ 2,340,378.00	\$ 137,781.00	\$
	5,050,663.00	2,539,621.00	2,260,460.00			12,328,903.00
ERROR DIGITACION SUMINISTROS					\$ 23,194.00	\$ 23,194.00
FACT ATENCION INTEGRAL (PAQUETE Y/O ACTIVIDAD)	\$	\$	\$ 60,000.00	\$ 9,877,063.00	\$	\$
	42,621,606.00	20,483,278.00			49,572,072.00	122,614,019.00
FACT AUTORIZACION NO CORRESPONDE A LA IPS	\$ 85,961.00	\$	\$	\$	\$	\$
		4,330,384.00	5,393,443.00	15,847,649.00	13,520,019.00	39,177,456.00
FACT AYUDAS DIAGNOSTICAS (INCLUYE PROC DIAG)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	145,590,554.00	160,648,413.00	193,789,368.00	136,222,137.00	183,058,517.00	819,308,989.00
FACT CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	426,312,268.00	432,833,778.00	124,907,279.00	174,420,954.00	228,920,561.00	1,387,394,840.00
FACT DATOS INSUFICIENTES DEL USUARIO					\$ 852,094.00	\$ 852,094.00
FACT DERECHOS DE SALA	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	14,179,970.00	15,933,138.00	25,006,777.00	17,430,534.00	27,366,246.00	99,916,665.00
	0	0	0			0

FACT ERROR EN DESCUENTO PACTADO					\$ 276,624.00	\$ 276,624.00
FACT ERROR EN SUMA DE CONCEPTOS FACTURADOS				\$ 0.00		\$ 0.00
FACT ESTANCIA	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	44,338,406.0	106,604,233.00	51,700,690.00	202,016,194.00	48,425,079.00	453,084,602.00
FACT FACTURA EXCEDE TOPES AUTORIZADOS		\$ 89,400.00	\$ 193,149.00	\$ 96,369.00	\$ 27,303.00	\$ 406,221.00
FACT FACTURAR X SEPARADO TIPO RECOBRO CTC, ATEP, TUT				\$ 176,620.00	\$ 170,177.00	\$ 346,797.00
FACT HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	157,339,162.00	298,510,196.00	114,452,615.00	79,958,205.00	104,675,923.00	754,936,101.00
FACT HONORARIOS PARAMEDICOS	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	23,075,834.00	35,243,317.00	51,892,454.00	132,382,239.00	28,129,814.00	270,723,658.00
FACT MATERIALES	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	153,298,742.00	304,880,707.00	138,324,195.00	175,954,193.00	211,488,022.00	983,945,859.00
FACT MEDICAMENTOS	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	364,680,848.00	262,141,347.00	372,361,778.00	446,623,785.00	249,111,692.00	1,694,919,450.00
FACT PRESCRIP DENTRO DE TERMINOS LEGALES O PACT					\$ 185,280.00	\$ 185,280.00
FACT PROC O ACTIV REPORTADA DIFERENTE A LO AUTORIZ					\$ 1,745,575.00	\$ 1,745,575.00

FACT RECAUDO BONOS, PERIODOS CAREN, CTAS MOD, COPAG	\$ 31,040,025.0 0	\$ 31,867,521.0 0	\$ 6,728,627.00	\$ 13,047,177.00	\$ 3,475,740.00	\$ 86,159,090.0 0
FACT SERV O INSUMO INCLUIDO ESTANCIA O DER DE SALA	\$ 46,168,173.0 0	\$ 72,378,742.0 0	\$ 59,136,145.0 0	\$ 74,641,732.00	\$ 21,395,549.00	\$ 273,720,341. 00
FACT SERVICIO O INSUMO INCLUIDO EN PAQUETE	\$ 102,669,390. 00	\$ 62,753,644.0 0	\$ 72,719,876.0 0	\$ 54,951,537.00	\$ 66,437,204.00	\$ 359,531,651. 00
FACT SERVICIO O PROCEDIMIENTO INCLUIDO EN OTRO	\$ 27,668,608.0 0	\$ 69,373,742.0 0	\$ 15,930,004.0 0	\$ 3,497,348.00	\$ 4,764,754.00	\$ 121,234,456. 00
FACT USUARIO O SERV CORRESPONDE A OTRO PLAN O RESP	\$ 11,745,615.0 0	\$ 48,251,436.0 0	\$ 688,395.00	\$ 2,906,860.00	\$ 581,572.00	\$ 64,173,878.0 0
MED AYUDAS DIAGNOST (INCLUYE PROC DIAGNOST)	\$ 262,540,447. 00	\$ 140,117,504. 00	\$ 95,317,654.0 0	\$ 193,583,635.0 0	\$ 171,742,190.0 0	\$ 863,301,430. 00
MED CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS	\$ 10,436,157.0 0	\$ 12,576,950.0 0	\$ 7,415,123.00	\$ 10,484,286.00	\$ 6,619,691.00	\$ 47,532,207.0 0
MED DERECHOS DE SALA	\$ 1,374,642.00	\$ 702,396.00	\$ 398,274.00	\$ 1,819,609.00	\$ 1,206,284.00	\$ 5,501,205.00
MED ESTANCIA	\$ 221,753,662. 00	\$ 310,896,332. 00	\$ 230,895,803. 00	\$ 282,716,047.0 0	\$ 326,042,069.0 0	\$ 1,372,303,91 3.00

MED HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS	\$ 30,812,105.0 0	\$ 71,783,333.0 0	\$ 6,172,045.00	\$ 5,990,261.00	\$ 38,787,020.00	\$ 153,544,764. 00
MED HONORARIOS PARAMEDICOS	\$ 2,132,973.00	\$ 2,916,421.00	\$ 3,584,580.00	\$ 3,392,196.00	\$ 6,409,492.00	\$ 18,435,662.0 0
MED MATERIALES	\$ 16,162,498.0 0	\$ 11,334,799.0 0	\$ 3,727,346.00	\$ 7,326,517.00	\$ 949,914.00	\$ 39,501,074.0 0
MED MEDICAMENTOS	\$ 84,636,485.0 0	\$ 140,186,075. 00	\$ 93,979,212.0 0	\$ 163,950,783.0 0	\$ 45,159,800.00	\$ 527,912,355. 00
MED PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD NO PERTINENTE				\$ 41,699.00		\$ 41,699.00
MED SERVICIO O PROCEDIMIENTO INCLUIDO EN OTRO				\$ 14,380.00		\$ 14,380.00
NOTA DEBITO	-\$ 10,819,824.0 0	-\$ 17,275,311.0 0	-\$ 121,222,497. 00	-\$ 13,549,847.00		-\$ 162,867,479. 00
PROCEDIMIENTO NO REALIZADO	\$ 19,702,810.0 0	\$ 21,676,372.0 0	\$ 420,574,088. 00	\$ 2,379,163.00	\$ 19,638,581.00	\$ 483,971,014. 00
PROCESO ACTA				\$ 806,723,747.0 0		\$ 806,723,747. 00

PROCESO DE ACTA	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	481,574,696.	799,504,778.	1,362,906,56	4,141,064,174.	2,835,535,450.	9,620,585,66
	00	00	9.00	00	44	7.44
PROCESO DE ACTA COMPENSAR	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	128,261,049.	738,557,889.	178,693,394.	544,128,532.0	907,100,883.0	2,496,741,74
	00	00	00	0	0	7.00
PROCESO DE ACTA COOMEVA	\$	\$	\$			\$
	3,670,674.00	243,813,299.	78,928,686.0			326,412,659.
		00	0			00
PROCESO DE ACTA FAMISANAR	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	1,735,860,06	1,394,372,11	1,006,042,45	597,571,146.0	765,217,662.0	5,499,063,43
	9.00	1.00	1.00	0	0	9.00
PROCESO DE ACTA SALUD TOTAL	\$	\$	\$		\$	\$
	611,227,709.	191,837,704.	631,501,357.		195,511,438.0	1,630,078,20
	00	00	00		0	8.00
PROCESO DE ACTA SANITAS			\$		\$	\$
			43,657,852.0		557,709,781.0	601,367,633.
			0		0	00
RADICACION ERRADA			\$ 384,754.00			\$ 384,754.00
REDEVOLUCION Y/O REGLOSA				\$ 3,939,216.00	\$ 725,588.00	\$ 4,664,804.00
REFACTURACION	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	189,442,280.	50,214,461.0	18,870,837.0	34,771,250.00	10,143,698.00	303,442,526.
	00	0	0			00
REVERSION DE NOTAS	\$ 90,540.00	\$ 276,283.00		-\$ 30,854,760.00	-\$ 7,522,756.00	-\$ 38,010,693.0
						0

SOPORT DETALLE CARGOS DE FACTURA (INCLUYE OTRO PTE)				\$ 2,350,309.00	\$ 2,350,309.00	
SOPORT ESTANCIA				\$ 997,252.00	\$ 997,252.00	
SOPORT FALTA COPIA DE HC COMPLETA O DOC CLINICOS	\$ 75,112,513.00	\$ 2,097,234.00	\$ 404,381.00	\$ 696,449.00	\$ 2,388,583.00	\$ 80,699,160.00
SOPORT FALTA FORMATO COPIA FACT O DETAL CARGO SOAT				\$ 121,963.00	\$ 1,545,451.00	
SOPORT FALTA FORMATO DE ATEP				\$ 19,849.00	\$ 19,849.00	
SOPORT FALTA FORMATO DE JUSTIFIC O AUTORIZ MNP	\$ 660,030,818.00	\$ 434,623,639.00	\$ 175,896,333.00	\$ 756,502,194.00	\$ 119,791,244.00	\$ 2,146,844,228.00
SOPORT FALTA LECTURA DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	\$ 27,890,266.00	\$ 23,360,159.00	\$ 17,859,896.00	\$ 28,406,128.00	\$ 74,113,263.00	\$ 171,629,712.00
SOPORT FALTAN DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS ACORDADOS				\$ 92,806.00	\$ 92,806.00	
SOPORT HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS				\$ 42,372.00	\$ 42,372.00	
TARIF ATENCION INTEGRAL (PAQUETE Y/O ACTIVIDAD)	\$ 125,845,238.00	\$ 23,296,428.00	\$ 115,575.00	\$ 23,744,660.00	\$ 6,539,803.00	\$ 179,541,704.00

TARIF AYUDAS DIAGNOSTICAS (INCLUYE PROC DIAGNOST)	\$ 102,134,721.00	\$ 80,534,691.00	\$ 60,706,053.00	\$ 146,612,870.00	\$ 93,365,573.00	\$ 483,353,908.00
TARIF CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS	\$ 52,417,611.00	\$ 189,774,746.00	\$ 45,193,737.00	\$ 116,501,912.00	\$ 110,694,083.00	\$ 514,582,089.00
TARIF DERECHOS DE SALA	\$ 8,979,507.00	\$ 28,010,554.00	\$ 38,606,426.00	\$ 12,389,202.00	\$ 17,639,313.00	\$ 105,625,002.00
TARIF ESTANCIA	\$ 17,517,037.00	\$ 30,171,782.00	\$ 31,538,150.00	\$ 8,132,506.00	\$ 2,437,469.00	\$ 89,796,944.00
TARIF HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS	\$ 46,560,164.00	\$ 80,298,779.00	\$ 105,114,754.00	\$ 24,150,086.00	\$ 25,702,466.00	\$ 281,826,249.00
TARIF HONORARIOS PARAMEDICOS	\$ 2,894,059.00	\$ 4,710,634.00	\$ 5,673,874.00	\$ 5,953,320.00	\$ 1,407,915.00	\$ 20,639,802.00
TARIF MATERIALES	\$ 26,382,002.00	\$ 72,846,898.00	\$ 59,064,132.00	\$ 30,382,777.00	\$ 6,163,971.00	\$ 194,839,780.00
TARIF MEDICAMENTOS	\$ 51,606,282.00	\$ 23,537,239.00	\$ 25,516,170.00	\$ 31,119,546.00	\$ 15,171,159.00	\$ 146,950,396.00
TARIF RECARGOS NO PACTADOS	\$ 212,114.00				\$ 22,159,636.00	\$ 22,371,750.00

(en blanco)				\$ 6,360,206.00		\$ 6,360,206.00
TOTAL	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	8,573,171,19	8,507,178,65	7,415,185,90	11,136,363,79	8,570,986,953.	44,202,886,4
	8.00	1.00	6.00	0.00	44	98.44

Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

Al revisar los datos consolidados entre 2019 y 2023, se identificaron servicios con una recurrencia particular en valores glosados, algunos de ellos no necesariamente vinculados con la alta complejidad clínica, sino con procesos de soporte clave como la facturación o la gestión documental. En este sentido, el análisis evidenció una concentración importante del valor económico en servicios como Facturación, ACTA y Educación Médica, lo que se traduce a fallas estructurales en procesos de validación, registro y conciliación con los pagadores.

Si bien hay múltiples áreas con registros significativos, se destacan de forma especial aquellas relacionadas con la atención en unidades de cuidado intensivo, tanto en población adulta como pediátrica. Ya que son servicios que implican una alta complejidad clínica y a su vez costos elevados, por lo que cualquier inconsistencia en los soportes o en el proceso de facturación se traduce en glosas de alto valor. En este sentido, la mirada se dirige a la capacidad del sistema para asegurar precisión en contextos clínicos exigentes.

La siguiente Tabla 7 presenta los servicios con mayor valor en el periodo analizado:

Tabla 7.*Valores económicos por servicios*

SERVICIOS	CONT EO	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL, VALOR
ACTA	38003	\$3,052,914, 194.00	\$3,349,975,98 9.00	\$4,427,863, 793.00	\$6,533,261,46 4.00	\$5,422,205, 718.00	\$22,786,221,1 58.00
ADMISIONES	11432	\$895,855,7 33.00	\$475,302,833. 00	\$652,307,2 92.00	\$802,324,574. 00	\$232,990,7 97.00	\$3,058,781,22 9.00
ALMACEN	1					\$1,515,141. 00	\$1,515,141.00
ANESTESIA	638	\$4,348,290. 00	\$15,388,963.0 0	\$36,062,30 7.00	\$163,313,383. 00	\$17,858,78 6.00	\$236,971,729. 00
ARMADO	2107	\$613,885,7 79.00	\$391,515,324. 00	\$161,718,6 69.00	\$36,142,126.0 0	\$71,476,80 7.00	\$1,274,738,70 5.00
ARRIENDOS	1	\$1,214,606. 00					\$1,214,606.00
AUTORIZACIONES	641	\$298,119,7 63.00	\$148,962,713. 00	\$57,953,66 9.00	\$142,132,231. 00	\$53,214,48 3.00	\$700,382,859. 00
BANCO DE SANGRE	122	\$10,114,39 4.00	\$10,717,944.0 0	\$8,302,538. 00	\$5,442,372.00	\$2,364,404. 00	\$36,941,652.0 0
CAJAS	2167	\$133,370,8 51.00	\$69,290,153.0 0	\$89,082,12 9.00	\$92,206,452.0 0	\$53,888,06 0.00	\$437,837,645. 00
CARDIOLOGIA ADULTOS	1736	\$61,622,59 0.00	\$67,549,262.0 0	\$39,274,70 8.00	\$48,763,034.0 0	\$39,559,96 4.00	\$256,769,558. 00
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	408	\$11,063,61 1.00	\$27,129,192.0 0	\$20,320,83 3.00	\$17,577,808.0 0	\$16,785,82 6.00	\$92,877,270.0 0

CARTERA	9433	-	-	-	-	-	-
		\$1,357,153, 526.00	\$2,288,144,38 9,641.00	\$2,469,686, 795.00	\$1,924,470,72 2.00	\$114,305,5 25.00	\$2,294,010,00 6,209.00
CHEQUEO EJECUTIVO	127	\$17,526,43 1.00	\$294,339,090. 00	\$9,927,745. 00	\$6,436,332.00	\$15,431,14 2.00	\$343,660,740. 00
CIRUGIA CABEZA Y CUELLO	4	\$21,751.00	\$2,291,219.00		\$148,602.00	\$524,580.0 0	\$2,986,152.00
CIRUGIA CARDIOVASCULAR ADULTO	508	\$25,342,07 6.00	\$34,308,899.0 0	\$23,975,19 8.00	\$41,079,834.0 0	\$77,285,71 6.00	\$201,991,723. 00
CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA	47	\$776,338.0 0	\$1,804,276.00	\$8,518,899. 00	\$8,345,097.00	\$3,884,294. 00	\$23,328,904.0 0
CIRUGIA DE TORAX	136	\$10,963,46 8.00	\$13,989,391.0 0	\$10,802,95 4.00	\$22,878,419.0 0	\$3,208,007. 00	\$61,842,239.0 0
CIRUGIA GENERAL	961	\$22,321,74 3.00	\$44,169,343.0 0	\$32,734,37 8.00	\$37,709,005.0 0	\$25,908,27 0.00	\$162,842,739. 00
CIRUGIA HEPATICA	26	\$661,821.0 0	\$3,765,029.00	\$1,509,268. 00	\$344,764.00	\$1,018,221. 00	\$7,299,103.00
CIRUGIA PEDIATRICA	57	\$1,083,357. 00	\$3,052,165.00	\$1,690,480. 00	\$446,907.00	\$10,325,25 4.00	\$16,598,163.0 0
CIRUGIA PLASTICA	167	\$12,217,45 4.00	\$22,713,043.0 0	\$1,442,046. 00	\$3,067,259.00	\$8,885,671. 00	\$48,325,473.0 0
CIRUGIA VASCULAR PEDIATRICA	33	\$3,803,181. 00	\$895,323.00	\$6,289,118. 00	\$5,041,722.00	\$3,831,896. 00	\$19,861,240.0 0
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	104	\$8,583,026. 00	\$22,573,416.0	\$897,356.0 0	\$8,549,984.00	\$3,565,035. 00	\$44,168,817.0 0

CLINICA DEL DOLOR	218	\$2,056,904.00	\$1,664,827.00	\$1,177,366.00	\$7,930,285.00	\$9,654,486.00	\$22,483,868.00
COMITES TECNICO CIENTIFICOS	648	\$353,774,996.00	\$42,176,942.00	\$4,960,494.00	\$407,617,289.00	\$11,094,733.00	\$819,624,454.00
CUIDADO PALIATIVO	44	\$27,420.00	\$8,877.00	\$67,774.00	\$3,004,483.00	\$879,663.00	\$3,988,217.00
DERMATOLOGA PEDIATRICA	1				\$9,184.00		\$9,184.00
DERMATOLOGIA ADULTOS	33	\$314,475.00	\$423,257.00	\$45,733.00	\$586,545.00	\$804,106.00	\$2,174,116.00
DIRECCION DE OPERACIONES	1		\$4,504,288.00				\$4,504,288.00
DIRECCION MEDICA	1	\$22,600.00					\$22,600.00
DONACIONES	4		\$5,570,000.00	\$3,000,000.00		\$14,492,259.00	\$23,062,259.00
EDUCACIÓN MEDICA	76	\$1,192,432,841.00	\$1,127,482,317.00	\$619,662,349.00	\$639,664.00	\$153,896.00	\$2,940,371,067.00
ELECTROFISIOLOGIA ADULTOS	239	\$60,732,997.00	\$11,722,974.00	\$7,174,211.00	\$130,796,660.00	\$33,261,303.00	\$243,688,145.00
ELECTROFISIOLOGIA PEDIATRICA	27	\$3,275,432.00	\$4,465,216.00	\$2,196,866.00	\$563,193.00	\$1,223,208.00	\$11,723,915.00
ENDOCRINOLOGIA ADULTO	66	\$786,203.00	\$1,319,587.00	\$1,520.00	\$1,232,430.00	\$1,121,405.00	\$4,461,145.00
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	6	\$149,231.00		\$78,288.00		\$84,542.00	\$312,061.00
ENFERMERIA	10332	\$275,537,918.00	\$263,607,818.00	\$316,430,644.00	\$362,145,603.00	\$198,898,487.00	\$1,416,620,470.00

EPS	8211	\$255,198,9 15.00	\$290,916,473. 00	\$491,164,6 52.00	\$809,162,655. 00	\$691,397,9 78.00	\$2,537,840,67 3.00
EVENTO CORPORATIVO	2	\$35,700,00 0.00	\$1,249,500.00				\$36,949,500.0 0
FACTURACIÓN	9357	\$702,970,5 05.00	\$2,283,922,92 6,900.00	\$464,544,0 64.00	\$621,027,540. 00	\$379,806,9 29.00	\$2,286,091,27 5,938.00
FARMACIA	571	\$12,988,92 9.00	\$16,801,156.0 0	\$15,161,56 9.00	\$46,903,388.0 0	\$95,475,96 3.00	\$187,331,005. 00
FISIATRIA	662	\$12,019,59 4.00	\$4,770,785.00	\$4,263,518. 00	\$6,033,365.00	\$9,799,063. 00	\$36,886,325.0 0
GASTROENTEROLOG IA ADULTO	834	\$19,743,73 4.00	\$35,381,260.0 0	\$24,098,93 2.00	\$40,102,714.0 0	\$50,949,92 2.00	\$170,276,562. 00
GASTROENTEROLOG IA PEDIATRICA	101	\$4,586,908. 00	\$9,205,782.00	\$2,505,184. 00	\$921,158.00	\$287,309.0 0	\$17,506,341.0 0
GENETICA	12		\$6,322.00		\$305,328.00	\$630,648.0 0	\$942,298.00
GERIATRIA	156	\$2,031,117. 00	\$3,397,071.00	\$1,398,242. 00	\$831,870.00	\$3,157,264. 00	\$10,815,564.0 0
GINECOLOGIA	31	\$677,663.0 0	\$272,571.00	\$635,835.0 0	\$435,296.00	\$261,672.0 0	\$2,283,037.00
GINECO- OBSTETRICIA	2	\$493,814.0 0			\$93,938.00		\$587,752.00
GLOSAS	32		\$2,341,851.00		\$14,663,808.0 0	\$4,568,436. 00	\$21,574,095.0 0
HEMATOONCOLOGIA ADULTO	465	\$18,810,63 0.00	\$154,306,948. 00	\$36,423,03 8.00	\$58,258,406.0 0	\$32,774,52 7.00	\$300,573,549. 00
HEMATOONCOLOGIA PEDIATRICA	32	\$7,453,247. 00	\$1,161,045.00	\$1,330,854. 00	\$248,714.00	\$8,359,232. 00	\$18,553,092.0 0

HEMODINAMIA ADULTO	176	\$7,249,788. 00	\$16,477,914.0 0	\$7,733,850. 00	\$11,895,154.0 0	\$10,650,03 7.00	\$54,006,743.0 0
HEMODINAMIA PEDIATRICA	14			\$984,341.0 0	\$300,793.00	\$1,593,292. 00	\$2,878,426.00
HEPATOLOGIA	121	\$6,787,372. 00	\$3,839,640.00	\$8,200,062. 00	\$11,778,998.0 0	\$3,003,223. 00	\$33,609,295.0 0
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	1					\$426,304.0 0	\$426,304.00
INFECTOLOGIA ADULTO	617	\$30,360,33 5.00	\$38,870,861.0 0	\$13,413,16 5.00	\$45,907,117.0 0	\$23,051,38 0.00	\$151,602,858. 00
INFECTOLOGIA PEDIATRICA	40	\$1,083,425. 00	\$9,531,407.00	\$2,287,360. 00	\$2,155,474.00	\$1,230,105. 00	\$16,287,771.0 0
INSUMO / MEDICAMENTO NO POS	1			\$8,420.00			\$8,420.00
INTERCONSULT - CONSULTAS - MANEJOS / AJUSTAR / NO FACT / NO SOPORT	1					\$47,908.00	\$47,908.00
INTERNACIONAL	3			\$12,225,02 2.00	\$1,205,729.00		\$13,430,751.0 0
INVESTIGACION	29	\$4,195,005. 00	\$3,688,701,13 2.00	\$13,525,06 1.00	\$43,583,838.0 0	\$0.00	\$3,750,005,03 6.00
INVIMA	130			\$63,206,56 1.00	\$1,182,537.00	\$1,113,860. 00	\$65,502,958.0 0
LABORATORIO	920	\$25,970,45 9.00	\$11,613,928.0 0	\$12,410,13 1.00	\$29,089,265.0 0	\$52,266,00 3.00	\$131,349,786. 00

LOGISTICA	161	\$15,743,408.00	\$61,199,575.00	\$8,029,261.00			\$84,972,244.00
MEDICINA GENERAL	608	\$16,592,710.00	\$48,714,902.00	\$6,949,713.00	\$70,256,407.00	\$3,311,176.00	\$145,824,908.00
MEDICINA INTERNA	2036	\$78,419,079.00	\$130,762,927.00	\$67,815,842.00	\$46,317,285.00	\$50,260,977.00	\$373,576,110.00
MEDICINA NUCLEAR	122	\$26,256,380.00	\$10,167,382.00	\$14,089,939.00	\$7,471,519.00	\$8,235,877.00	\$66,221,097.00
NEFROLOGIA ADULTO	241	\$4,395,997.00	\$8,041,782.00	\$20,745,334.00	\$15,862,974.00	\$16,827,473.00	\$65,873,560.00
NEFROLOGIA PEDIATRICA	38	\$2,609,796.00	\$615,325.00	\$944,931.00	\$1,224,354.00	\$848,015.00	\$6,242,421.00
NEUMOLOGIA ADULTO	1280	\$33,487,349.00	\$30,843,587.00	\$30,418,781.00	\$40,823,942.00	\$15,382,061.00	\$150,955,720.00
NEUMOLOGIA PEDIATRICA	17	\$709,984.00	\$476,822.00			\$520,725.00	\$1,707,531.00
NEUROCIRUGIA	95	\$5,764,183.00	\$38,180,303.00	\$4,854,123.00	\$745,032.00	\$3,457,888.00	\$53,001,529.00
NEUROCIRUGIA PEDIATRICA	7	\$77,517.00	\$724,465.00		\$350,377.00	\$85,787.00	\$1,238,146.00
NEUROLOGIA ADULTO	423	\$15,166,949.00	\$16,156,130.00	\$17,621,066.00	\$9,274,514.00	\$26,828,352.00	\$85,047,011.00
NEUROLOGIA PEDIATRICA	32	\$372,613.00	\$625,464.00		\$413,460.00	\$1,381,309.00	\$2,792,846.00
NEURORADIOLOGIA	31		\$1,013,419.00	\$5,790,804.00	\$154,653.00	\$6,006,859.00	\$12,965,735.00
NUTRICION	272	\$5,184,176.00	\$10,337,494.00	\$12,004,238.00	\$11,952,936.00	\$3,707,537.00	\$43,186,381.00

ODONTOLOGIA	22	\$48,113.00	\$54,544.00	\$309,601.0 0	\$103,280.00	\$675,853.0 0	\$1,191,391.00
OFTALMOLOGIA	61	\$1,022,590. 00	\$416,951.00	\$369,871.0 0	\$132,311.00	\$254,915.0 0	\$2,196,638.00
ONCOLOGIA	42	\$4,481,216. 00	\$1,597,497.00	\$902,005.0 0	\$4,583,779.00	\$1,117,393. 00	\$12,681,890.0 0
ONCOLOGIA PEDIATRICA	1					\$256,433.0 0	\$256,433.00
ORTOPEDIA	638	\$38,279,67 0.00	\$103,352,490. 00	\$14,473,48 0.00	\$17,992,354.0 0	\$37,983,50 6.00	\$212,081,500. 00
OTORRINOLARINGOL OGIA	104	\$4,380,706. 00	\$2,019,145.00	\$3,623,047. 00	\$631,062.00	\$4,264,388. 00	\$14,918,348.0 0
OTRO	4	\$56,445,71 3.00					\$56,445,713.0 0
PATOLOGIA	443	\$16,632,45 0.00	\$25,308,130.0 0	\$59,271,64 7.00	\$3,905,488.00	\$6,313,115. 00	\$111,430,830. 00
PEDIATRIA	759	\$62,415,46 7.00	\$71,789,940.0 0	\$32,903,16 1.00	\$35,162,023.0 0	\$28,608,97 2.00	\$230,879,563. 00
PROGRAMAS ESPECIALES	2					\$0.00	\$0.00
PSICOLOGIA	145	\$628,408.0 0	\$1,457,785.00	\$513,294.0 0	\$514,275.00	\$1,104,180. 00	\$4,217,942.00
PSIQUIATRIA	197	\$904,091.0 0	\$500,500.00	\$611,285.0 0	\$3,674,511.00	\$4,192,016. 00	\$9,882,403.00
RADIOLOGIA	1020	\$41,299,94 3.00	\$29,079,345.0 0	\$41,702,25 5.00	\$56,155,593.0 0	\$69,682,83 1.00	\$237,919,967. 00
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	112	\$2,742,130. 00	\$2,541,423.00	\$666,531.0 0	\$13,198,587.0 0	\$6,996,059. 00	\$26,144,730.0 0

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	13	\$457,980.0 0	\$172,000.00		\$99,033.00	\$3,051,540. 00	\$3,780,553.00
REHABILITACION CARDIACA	110	\$1,910,522. 00	\$973,694.00	\$707,386.0 0	\$2,435,921.00	\$1,830,788. 00	\$7,858,311.00
REUMATOLOGIA ADULTOS	91	\$19,742,60 5.00	\$12,907,867.0 0	\$36,505.00	\$1,495,897.00	\$3,159,085. 00	\$37,341,959.0 0
REUMATOLOGIA PEDIATRICA	5		\$12,023,386.0 0			\$47,908.00	\$12,071,294.0 0
RTS	35	\$613,162.0 0	\$995,400.00	\$3,116,308. 00	\$26,629,033.0 0	\$4,816,659. 00	\$36,170,562.0 0
SALAS DE CIRUGIA	345	\$2,141,801. 00	\$2,708,658.00	\$1,848,458. 00	\$14,809,729.0 0	\$22,618,32 2.00	\$44,126,968.0 0
SERVICIO SOCIAL	15				\$205,011.00	\$469,306.0 0	\$674,317.00
SIMULACION	27			\$1,290,000. 00	\$19,963,459.0 0	\$3,349,332. 00	\$24,602,791.0 0
SISTEMAS	5			\$4,851,768. 00		\$52,629,46 7.00	\$57,481,235.0 0
TARIFAS	11592	\$658,264,3 94.00	\$730,452,055. 00	\$1,339,897, 580.00	\$1,382,621,96 4.00	\$202,874,5 62.44	\$4,314,110,55 5.44
TERAPIA RESPIRATORIA	460			\$42,194.00	\$10,291,718.0 0	\$20,105,46 2.00	\$30,439,374.0 0
TESORERIA	2			\$35,600.00		\$136,671.0 0	\$172,271.00
TRASPLANTE CORAZON	1	\$8,241,856. 00					\$8,241,856.00
TRASPLANTE HEPATICO	287	\$61,699,66 5.00	\$36,046,109.0 0	\$27,205,17 1.00	\$42,960,599.0 0	\$10,954,54 7.00	\$178,866,091. 00

TRASPLANTE PULMON	69	\$17,304,43 9.00	\$4,189,169.00	\$3,882,088. 00	\$2,615,950.00	\$2,877,589. 00	\$30,869,235.0 0
TRASPLANTE RENAL	73	\$4,876,649. 00	\$38,980,953.0 0	\$11,546,55 3.00	\$5,339,347.00	\$22,110,47 1.00	\$82,853,973.0 0
UNIDAD CUIDADO INTENSIVO CARDIOVASCULAR	608	\$60,290,59 1.00	\$56,217,997.0 0	\$41,899,45 4.00	\$59,194,620.0 0	\$42,738,49 1.00	\$260,341,153. 00
UNIDAD CUIDADO INTENSIVO CORONARIO	272	\$40,097,49 5.00	\$22,838,565.0 0	\$5,471,404. 00	\$25,666,053.0 0	\$27,749,48 4.00	\$121,823,001. 00
UNIDAD CUIDADO INTENSIVO MEDICO	1138	\$86,087,55 2.00	\$105,109,462. 00	\$38,645,72 2.00	\$150,986,075. 00	\$58,353,99 8.00	\$439,182,809. 00
UNIDAD CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	443	\$32,332,64 9.00	\$72,553,785.0 0	\$98,765,39 8.00	\$85,271,081.0 0	\$19,560,08 9.00	\$308,483,002. 00
UNIDAD CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA	755	\$51,290,94 1.00	\$126,124,932. 00	\$75,561,57 2.00	\$113,912,655. 00	\$82,985,74 4.00	\$449,875,844. 00
UNIDAD CUIDADO INTENSIVOCARDIOV ASCULAR PEDIATRICA	156	\$15,315,17 0.00	\$22,060,087.0 0	\$9,845,457. 00	\$23,334,574.0 0	\$14,818,38 3.00	\$85,373,671.0 0
URGENCIAS ADULTO	4204	\$196,109,0 14.00	\$128,714,066. 00	\$151,688,3 86.00	\$109,562,202. 00	\$74,532,00 9.00	\$660,605,677. 00
URGENCIAS PEDIATRICA	144	\$6,702,171. 00	\$3,443,280.00	\$1,764,694. 00	\$2,266,513.00	\$1,969,330. 00	\$16,145,988.0 0
UROLOGIA ADULTOS	200	\$9,099,735. 00	\$4,277,284.00	\$1,311,949. 00	\$4,422,193.00	\$3,884,280. 00	\$22,995,441.0 0

UROLOGIA	12	\$204,981.0	\$350,000.00	\$118,901.0	\$26,379.00	\$1,118,049.	\$1,818,310.00
PEDIATRICA		0		0		00	
(en blanco)		\$237,800.0		-			-\$20,742.00
		0		\$258,542.0			
				0			
Total	133051	\$8,573,171,	\$8,507,178,65	\$7,415,185,	\$11,136,363,7	\$8,570,986,	\$44,202,886,4
		198.00	1.00	906.00	90.00	953.44	98.44

Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

La revisión de la problemática institucional permitió identificar que uno de los principales focos de atención debía estar en las glosas generadas en los servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tanto en adultos como en población pediátrica y neonatal. Esta prioridad surgió del análisis de los datos económicos y administrativos, en los que se evidenció que los valores glosados en estos servicios representan una proporción significativa dentro del total general de la institución.

Por esta razón, se hizo necesario primero discriminar cada una de las causas generales de glosa, para luego centrarse en aquellas que se presentan con mayor recurrencia y frecuencia dentro del entorno de las UCI y así tener una visión de los puntos débiles en el proceso, facilitando la elaboración de estrategias puntuales de mejora.

Los síntomas del problema se manifiestan en diferentes niveles:

- Se identifican inconsistencias en la documentación, demoras en el cargue de soportes clínicos, errores en la codificación de procedimientos y falta de articulación entre el personal asistencial y los equipos administrativos.
- Situación que ha generado una carga operativa adicional para los equipos encargados de gestionar glosas, al tiempo que afecta directamente el flujo de caja institucional, deteriorando la relación con las EPS y generando reprocesos innecesarios.
- La repetitividad de estas situaciones en el tiempo sugiere que no se trata de hechos aislados, sino de un patrón que evidencia debilidades en el diseño del proceso y en los mecanismos de control interno.

En términos estructurales, los distintos problemas identificados no son independientes. Por el contrario, todos están conectados y parecen ser consecuencia de un problema relacionado con la falta de integración y comunicación entre las áreas clínicas y administrativas. Las glosas, entonces son el reflejo de fallos que inicia con la prestación del servicio y culmina con la facturación. Por eso, la solución exige revisar toda la ruta asistencial, desde el ingreso del paciente hasta el envío de la cuenta.

Las consecuencias de este problema se sienten tanto a corto como a largo plazo. En el corto plazo, afectan la operatividad diaria de la institución, generan desgaste en el personal, aumentan la carga laboral y ponen en riesgo la calidad del servicio. En el largo plazo, si no se interviene con decisiones contundentes, puede comprometerse la estabilidad financiera del hospital de alta complejidad en Bogotá, puede dificultar futuras alianzas con aseguradoras y debilitar la confianza de los usuarios.

Descripción de las Alternativas, Estrategias y/o Acciones a Desarrollar para dar Solución a la Problemática Empresarial

Dando seguimiento a las problemáticas identificadas anteriormente, las cuales se convirtieron en el punto de partida para definir alternativas de mejora con sustento técnico, operativo y estratégico para el hospital de alta complejidad en Bogotá en el tema de glosas. En este apartado se exponen las acciones desarrolladas a partir del segundo trimestre de 2024, cuando se estableció un modelo de seguimiento más riguroso que permitió de primera instancia consolidar un resumen de los valores anuales de glosas registradas entre 2019 y 2024.

A continuación, se presenta una síntesis comparativa que refleja el comportamiento general de las glosas en el periodo señalado:

Tabla 8.

Informe general de aceptación 2019

Mes (2019)	Valor Facturado	Valor Aceptación	% Acept.
Enero	\$ 27,589,532,424	\$ 551,274,324	2.0%
Febrero	\$ 31,061,452,320	\$ 446,808,173	1.4%
Marzo	\$ 32,371,813,985	\$ 469,301,775	1.4%
Abril	\$ 35,117,350,586	\$ 379,555,593	1.1%
Mayo	\$ 33,538,891,521	\$ 365,986,142	1.1%
Junio	\$ 35,275,479,864	\$ 2,252,199,803	6.4%
Julio	\$ 39,898,453,808	\$ 693,798,634	1.7%
Agosto	\$ 40,656,900,791	\$ 672,554,254	1.7%
Septiembre	\$ 35,745,591,004	\$ 527,046,084	1.5%
Octubre	\$ 37,608,510,013	\$ 649,111,452	1.7%
Noviembre	\$ 37,467,178,540	\$ 613,298,567	1.6%
Diciembre	\$ 37,191,518,978	\$ 952,236,397	2.6%
Total	\$ 423,522,673,834	\$ 8,573,171,198	2.02%

Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

El análisis del año 2019 evidencia una baja tasa de aceptación promedio del 2,02 % frente al total facturado, con picos aislados como en junio (6,4 %) y diciembre (2,6 %), que contrastan con meses como abril y mayo, donde apenas se alcanzó el 1,1 %.

Tabla 9.

Informe general de aceptación 2020

Mes (2020)	Valor Facturado	Valor Aceptación	% Acept.
Enero	\$ 33,298,755,345	\$ 522,380,844	1.57%
Febrero	\$ 34,115,372,639	\$ 711,994,609	2.09%
Marzo	\$ 37,936,503,190	\$ 363,881,066	0.96%
Abril	\$ 17,225,252,361	\$ 1,078,570,621	6.26%
Mayo	\$ 19,777,994,636	\$ 762,227,206	3.85%
Junio	\$ 26,174,662,156	\$ 841,272,931	3.21%
Julio	\$ 32,588,246,651	\$ 498,598,762	1.53%
Agosto	\$ 30,787,461,105	\$ 431,839,165	1.40%
Septiembre	\$ 36,386,747,181	\$ 1,201,147,900	3.30%
Octubre	\$ 37,058,860,727	\$ 985,361,480	2.66%
Noviembre	\$ 37,506,976,832	\$ 483,063,847	1.29%
Diciembre	\$ 42,872,336,014	\$ 626,840,220	1.46%
Total	\$ 385,729,168,837	\$ 8,507,178,651	2.2%

Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

Al comparar el comportamiento de la aceptación entre los años 2019 y 2020, se evidencia una leve mejora en el porcentaje promedio anual, pasando del 2,02 % al 2,2 %. No obstante, el análisis mensual revela que la tendencia sigue siendo inestable y fragmentada. En 2020, abril destaca con una aceptación del 6,26 %, posiblemente asociada a ajustes operativos o situaciones atípicas del inicio de la pandemia; mientras que meses como marzo (0,96 %) y noviembre (1,29 %) muestran niveles bajos similares a los observados en 2019.

Tabla 10.*Informe general de aceptación 2024*

Mes (2024)	Valor Facturado	Valor Aceptación	% Acept.
Enero	\$ 56,475,315,107	\$ 271,235,233	0.5%
Febrero	\$ 59,569,368,894	\$ 541,198,704	0.9%
Marzo	\$ 65,367,271,158	\$ 363,889,728	0.6%
Abril	\$ 65,053,304,017	\$ 1,626,335,636	2.5%
Mayo	\$ 61,292,273,712	\$ 1,103,448,316	1.8%
Junio	\$ 63,338,823,329	\$ 763,129,314	1.2%
Julio	\$ 67,208,367,225	\$ 479,508,521	0.71%
Agosto	\$ 66,429,183,001	\$ 459,958,635	0.69%
Septiembre	\$ 63,906,333,917	\$ 815,090,133	1.28%
Octubre	\$ 70,150,724,561	\$ 1,031,286,000	1.47%
Noviembre	\$ 58,635,243,420	\$ 963,003,569	1.64%
Diciembre	\$ 65,121,978,004	\$ 1,029,911,230	1.58%
Total	\$ 762,548,186,345	\$ 9,447,995,019	1.2%

Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

Si bien meses como abril (2,5 %) y mayo (1,8 %) muestran leves mejoras puntuales asociadas al inicio del seguimiento focalizado en las unidades de cuidado crítico, el resto del año mantiene cifras bajas, especialmente en enero (0,5 %), marzo (0,6 %) y julio (0,71 %).

Ahora bien, siguiendo la secuencia de las acciones desarrolladas, resulta clave desagregar los datos según el concepto específico de la glosa, con el fin de identificar con mayor precisión cuáles fueron las categorías que más impactaron el recaudo institucional durante el período 2019–2024.

Es decir, al observar el valor aceptado por cada concepto y su evolución año tras año, se hace evidente cómo ciertas causas presentan un comportamiento cíclico o incluso creciente. La Tabla 11 muestra los principales conceptos de glosa con sus respectivos valores aceptados y el porcentaje de variación entre años seleccionados. Además, la Tabla 12 presenta el comportamiento

de las glosas aceptadas entre 2019 y 2023, clasificadas según concepto específico, lo cual permite identificar con claridad los rubros más sensibles al rechazo por parte de los pagadores.

Tabla 11.*Comportamiento anual del valor aceptado por concepto de glosa (2019–2023)*

CONCEPTO	2019	2020	2021		2022		2023		
	Valor Aceptado	Valor Aceptado	% de variación	Valor Aceptado	% de variación	Valor Aceptado	% de variación	Valor Aceptado	% de variación
ESTANCIA UCI NO PERTINENTE	\$ 137,008,734	\$ 174,271,674	27.20 %	\$ 122,758,134	- 29.56%	\$ 155,607,441	26.76%	\$ 124,736,244	-19.84%
EXAMEN NO PERTINENTE	\$ 15,818,065	\$ 5,139,616	- 67.51 %	\$ 2,669,280	- 48.06%	\$ 7,153,250	167.98 %	\$ 31,518,212	340.61%
INSUMO / MEDICAMENTO NO POS	\$ 92,865,557	\$ 184,069,171	98.21 %	\$ 117,972,081	- 35.91%	\$ 159,095,676	34.86%	\$ 39,373,376	-75.25%
NO CUBIERTO POR EL CONVENIO	\$ 850,945	\$ 1,489,849	75.08 %	\$ 4,792,742	221.69 %	\$ 12,290,150	156.43 %	\$ 13,326,873	8.44%
INTERPRETACION Y LECTURA	\$ 5,192,612	\$ 1,730,884	- 66.67 %	\$ 3,686,420	112.98 %	\$ 3,783,741	2.64%	\$ 13,323,084	252.11%
INSUMO / MEDICAMENTO NO PERTINENTE SU ADMON	\$ 11,588,368	\$ 11,290,484	- 2.57%	\$ 8,111,578	28.16%	\$ 17,581,152	116.74 %	\$ 7,501,512	-57.33%

SOBREFACTURACION DEL SERVICIO	-	-	-	-	-	-	-	\$ 84,672	-
SERVICIO - PROCEDIMIENTO NO QX NO REALIZADO / NO SOPORT	-	-	-	-	-	\$ 96,700		\$ 73,400	-24.10%
INTERCONSULT - CONSULTAS - MANEJOS / NO PERTINENTES	\$ 751,200	\$ 3,008,817	300.5 3%	\$ 142,370	-	-	-	\$ 38,725	-
PROCESO DE ACTA	-	\$ 249,400	-	-	-	\$ 4,129	-	-	-
SERVICIO / EXAMEN / PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO	-	-	-	-	-	\$ 8,690,545	-	-	-
AJUSTE REFACTURACION X CAMBIO DE FECHA O CONVENIO	-	-	-	-	-	\$ 115,503	-	-	-
COPAGOS, BONOS, BAUCHER Y/O CUOTAS MODERADORAS	-	-	-	-	-	\$ 528,794	-	-	-
FACTURA ELECTRONICA	-	-	-	-	-	\$ 244,337	-	-	-
HONORARIOS MEDICOS / NO PERTINENTES	\$ 52,300	-	-	-	-	\$ 73,538	-	-	-
HONORARIOS PARAMEDICOS / NO PERTINENTES	-	\$ 31,620	-	-	-	-	-	-	-

MAYOR VALOR COBRADO SEGUN TARIFAS PACTADAS	-	\$ 32,577	-	-	-	\$ 81,290	-	-	-
TOTAL	\$	\$	36.76	\$	-	\$	62.14%	\$	-44.40%
	284,659,	389,303,	%	272,395,	30.03%	441,651,		245,550,	
	388	478		826		976		391	

Tabla 12.

Indicador de porcentaje de glosa frente a la meta anual

SERVICIO	2019		2020		2021		2022		2023	
	Valor Aceptado	Valor Aceptado	% de variación	Valor Aceptado	% de variación	Valor Aceptado	% de variación	Valor Aceptado	% de variación	
UNIDAD CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA	\$ 51,290,941	\$ 122,454,034	138.74 %	\$ 75,561,572	- 38.29 %	\$ 113,912,655	50.75 %	\$ 82,985,744	- 27.15 %	
UNIDAD CUIDADO INTENSIVO MEDICO	\$ 86,087,552	\$ 101,608,871	18.03 %	\$ 45,966,667	- 54.76 %	\$ 134,272,993	192.11 %	\$ 57,754,500	- 56.99 %	
UNIDAD CUIDADO INTENSIVO CARDIOVASCULAR	\$ 59,956,121	\$ 53,403,838	- 10.93 %	\$ 40,092,734	- 24.93 %	\$ 59,194,620	47.64 %	\$ 42,738,491	- 27.80 %	
UNIDAD CUIDADO INTENSIVO CORONARIO	\$ 40,001,255	\$ 21,879,474	- 45.30 %	\$ 5,471,404	- 74.99 %	\$ 25,666,053	369.09 %	\$ 27,749,484	8.12%	

UNIDAD CUIDADO	\$	\$	112.12	\$	40.59	\$	-	\$	-
INTENSIVO NEONATAL	32,008,349	67,897,174	%	95,457,992	%	85,271,081	10.67%	19,503,789	77.13%
UNIDAD CUIDADO	\$	\$	44.04	\$	-	\$	137.01	\$	-
INTENSIVOCARDIOVASCULAR PEDIATRICA	15,315,170	22,060,087	%	9,845,457	55.37%	23,334,574	%	14,818,383	36.50%
TOTAL	\$	\$	36.76	\$	-	\$	62.14	\$	-
	284,659,388	389,303,478	%	272,395,826	30.03%	441,651,976	%	245,550,391	44.40%

Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

En primer lugar, de acuerdo con la Tabla 11, el concepto “*Estancia UCI no pertinente*” se mantiene constante como una de las principales causas de glosa, con fluctuaciones importantes: tras un aumento del 27,2 % en 2020, experimenta una fuerte caída del 29,56 % en 2021, vuelve a subir en 2022 (26,76 %) y nuevamente desciende en 2023 (-19,84 %).

Otro hallazgo relevante es el comportamiento del concepto “*Insumo / Medicamento no POS*”, que casi se duplicó en 2020 (+98,21 %) y mostró una caída marcada en 2021 (-35,91 %), para luego repuntar (+34,86 %) y finalmente caer bruscamente en 2023 (-75,25 %). Algo similar ocurre con el concepto “*Examen no pertinente*”, el cual, aunque inicia con cifras modestas, evidencia una alarmante subida del 340,61 % en 2023, que sugiere fallos en la pertinencia clínica de los procedimientos solicitados o la documentación que los justifica.

De especial interés es también el incremento exponencial en conceptos como “*Insumo / medicamento sin soporte de administración*”, con un aumento desproporcionado del 2358,99 % en 2022, lo cual representa un serio riesgo financiero si no se controla con medidas correctivas inmediatas en el registro clínico y el uso de sistemas de información. Finalmente, el valor total aceptado por glosas muestra un comportamiento volátil: tras crecer un 36,76 % en 2020, cae un 30,03 % en 2021, vuelve a crecer un 62,14 % en 2022 y cae nuevamente un 44,40 % en 2023.

Para complementar el análisis de los valores aceptados por glosa según los conceptos más frecuentes, se construyó un indicador que permite observar el comportamiento del porcentaje de glosa por año en relación con la meta institucional establecida. Este indicador se enfocó especialmente en las unidades de cuidado intensivo, por ser las que históricamente han concentrado los mayores montos asociados a glosas asistenciales.

Al observar los datos consolidados de la Tabla 12, se evidencia un comportamiento altamente inestable en los valores aceptados por glosa en las unidades de cuidado intensivo entre

2019 y 2023. Aunque en algunos años se presentaron incrementos importantes —como en 2020 con un crecimiento del 36.76 % respecto a 2019, o en 2022 con un aumento del 62.14 %— estos picos fueron seguidos por caídas significativas, como en 2021 (-30.03 %) y especialmente en 2023 (-44.40 %).

A partir del comportamiento histórico de las glosas, resulta pertinente analizar el indicador de porcentaje de glosa aceptada frente al valor facturado, comparado con la meta interna definida por la institución para cada vigencia, con el fin de identificar la eficacia de las estrategias implementadas en términos de documentación, auditoría y gestión administrativa.

Tabla 13.

Comparativo histórico de % de glosa aceptada vs. meta institucional (2019–2023)

Datos	2019	2020	2021	2022	2023	% Variación
Valor Facturado	\$424,060	\$385,729	\$531,067	\$618,228	\$668,177	8.08%
Valor Aceptado	\$8,573	\$8,507	\$7,415	\$11,136	\$8,571	-23.03%
% Glosa	2.02%	2.21%	1.40%	1.80%	1.30%	
Meta	1.8%	2.0%	2.0%	1.5%	1.4%	

Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

Al observar los datos, se destaca que en 2019 y 2020 el porcentaje de glosa superó la meta establecida, alcanzando 2,02 % y 2,21 %, respectivamente. Esta tendencia se corrigió en 2021 con una disminución notable al 1,40 %, ubicándose por debajo del umbral del 2,0 %. No obstante, en 2022 se produjo un incremento al 1,80 %, lo cual volvió a superar la meta del 1,5 % definida para ese año. Finalmente, en 2023 se logró una mejora considerable al bajar el indicador a 1,30 %, situándose por debajo del 1,4 % propuesto, lo cual refleja un avance positivo en la contención de glosas.

Tabla 14.

Variación porcentual anual del valor aceptado por glosas (2021–2024)

Comparación	% de Variación
2021 vs 2020	-36.65%
2022 vs 2021	28.57%
2023 vs 2022	-27.78%
2023 vs 2024	-4.62%

Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

Luego de estos resultados, se puede mencionar que la propuesta realizada demuestra que también es importante revisar cuánto dinero representan esas glosas y cómo afectan el presupuesto de la institución. Por eso, las soluciones deben enfocarse especialmente en las unidades de cuidado intensivo, ya que allí se concentran muchas de las glosas más costosas.

Además, se compararon los indicadores que se formularon para hacerle seguimiento a los principales puntos críticos, entre ellos: si las estancias en UCI eran pertinentes, si los pacientes pasaban a cirugía en el momento adecuado, si los procedimientos diagnósticos se hacían a tiempo, si los laboratorios de alto costo eran necesarios, y si los insumos y medicamentos de alto valor estaban bien soportados, dejando los siguientes resultados:

Tabla 15.

Matriz comparativa de indicadores de control de glosas

Indicador Formulado	Resultado Observado	Fortalezas Avances	/	Dificultades Limitaciones	o	Observaciones Relevantes
Pertinencia de UCI	Se logró establecer seguimiento diario en marzo en UCI médica, pediátrica y neonatal.	Mayor trazabilidad de casos en servicios críticos.		Aún persisten registros clínicos incompletos o tardíos.		Requiere mayor articulación entre auditores y jefes de servicio.

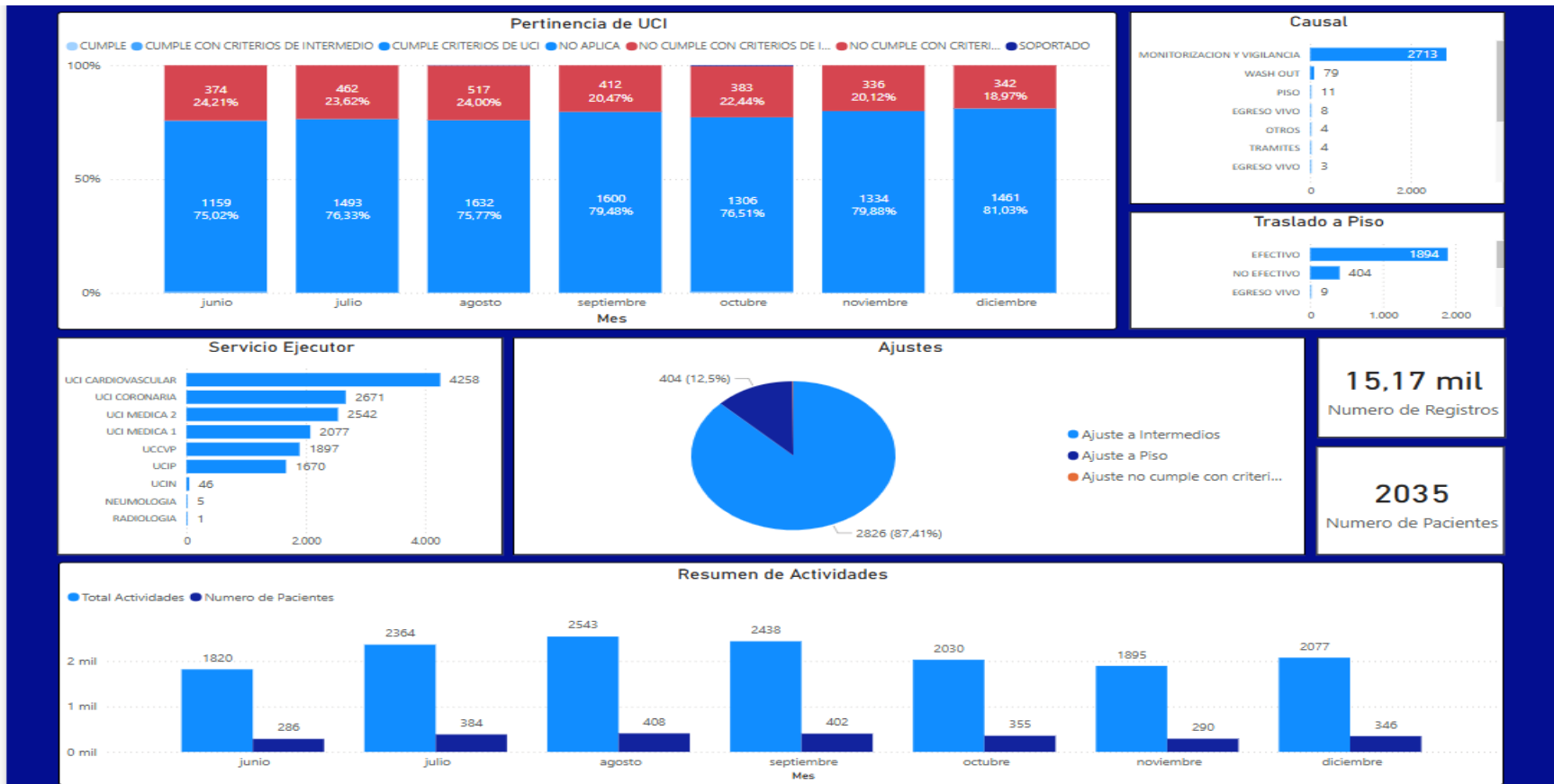
Indicador Formulado	Resultado Observado	Fortalezas / Avances	Dificultades o Limitaciones	Observaciones Relevantes
Oportunidad de paso a salas de cirugía	Incluido desde junio en el tablero Power BI.	Se empezó a medir con visualización clara en indicadores.	No todos los servicios registran fecha y hora exacta del paso.	Se sugiere protocolo único de registro para todos los servicios.
Oportunidad de procedimiento diagnóstico	Medición implementada en Power BI desde julio.	Mayor control de tiempos entre orden, realización y registro.	Casos sin trazabilidad clara o con registros en sistemas diferentes.	Necesita integración de sistemas y validación cruzada.
Pertinencia de laboratorios de alto costo	Indicador visible en tablero, con validación por auditoría concurrente.	Se redujeron glosas por este concepto desde abril.	Falta consolidación de soportes clínicos y justificaciones.	Continuar con formación al personal sobre pertinencia clínica.
Soporte de insumos de alto valor	Reporte diario por auditoría concurrente desde marzo.	Se mejoró el soporte en historias clínicas.	Persisten fallas en la documentación de administración.	Reforzar proceso de doble validación por enfermería y farmacia.
Soporte de medicamento de alto valor	No fue posible medir en 2024.			

Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

Después de reunir toda la información de los indicadores que se venían trabajando, se decidió llevar estos datos al tablero de Power BI para tener una mejor visualización. Esta herramienta facilitó ver con mayor claridad cómo se han comportado los indicadores en el tiempo y en qué servicios se concentran los principales problemas. Gracias a esto, fue posible identificar con más precisión los puntos que requieren atención prioritaria; el enlace que dirige a esta herramienta es <https://app.powerbi.com/groups/me/reports/5abdbf8b-d524-4115-b07c-5b8076a7382a/ReportSection?experience=power-bi>; como se detalla a continuación:

Figura 3.

Pertenencia en UCI



Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

Uno de los aspectos más sensibles en la gestión clínica y administrativa de las instituciones hospitalarias es la pertinencia del uso de camas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Esta categoría representa no solo un uso intensivo de recursos médicos y humanos, sino también uno de los puntos críticos más frecuentes para la generación de glosas asistenciales, debido a su alto costo y a la exigencia de soportes clínicos rigurosos. En el panel de Power BI correspondiente al periodo junio–diciembre de 2024, se observa un comportamiento que resulta útil para reflexionar sobre la gestión de pertinencia en estas unidades.

En los seis meses analizados, se evidencia que entre el 18 % y el 24 % de los casos no cumplieron con los criterios definidos para atención en UCI. Por ejemplo, en junio, el 24,21 % de los registros fue clasificado como “No cumple criterios”, en julio fue el 23,62 % y en agosto el 24 %. Aunque septiembre, octubre y diciembre muestran leves reducciones en este indicador (con 20,47 %, 22,44 % y 18,97 % respectivamente), se mantiene un patrón estable de uso no justificado que supera el 18 % en todos los meses.

Este comportamiento coincide con lo documentado por Agudelo-Hoyos et al. (2020), quienes advierten que las glosas relacionadas con estancias no pertinentes en UCI tienen origen, muchas veces, en procesos clínico-administrativos poco rigurosos, en la falta de auditoría concurrente o en demoras en la valoración por parte del equipo tratante. Asimismo, Rojas-Riaño (2022) encontró que, en clínicas privadas, más del 25 % de las glosas hospitalarias estaban asociadas con estancias prolongadas en UCI sin justificación clínica adecuada.

En cuanto a los servicios ejecutores, se destaca que la mayor cantidad de casos se concentra en la UCI Cardiovascular (4258 registros), seguida por la UCI Coronaria (2671) y la UCI Médica 2 (2542). Esto sugiere que estos servicios requieren especial atención y revisión desde la perspectiva de pertinencia, ya que es en ellos donde se genera el mayor volumen de decisiones

clínicas susceptibles de glosa. En línea con lo anterior, Hernández-Aguilar et al. (2017) proponen como estrategia clave la implementación de comités de revisión de casos UCI con participación de auditores clínicos, con el fin de prevenir registros sin soporte o fuera de criterios establecidos.

La gráfica circular de ajustes también refuerza esta lectura: el 87,41 % de los ajustes registrados en este periodo se debieron a traslados de pacientes que no cumplían con los criterios de ingreso a UCI, es decir, se trataba de pacientes que, al momento de la auditoría, no justificaban su permanencia en ese nivel de atención. Esta cifra no solo refleja la magnitud del problema, sino también el impacto potencial sobre el valor glosado por los aseguradores. Como lo evidencian Franco-Herrera et al. (2023), este tipo de glosa tiene un alto impacto financiero, pues generalmente se trata de servicios facturados con tarifas altas que, al ser objetados, afectan directamente los flujos de caja institucionales.

Otra variable importante es el traslado a piso: de los registros realizados, 1894 fueron clasificados como “traslado efectivo”, lo que indica que una porción importante de pacientes pudo ser manejada en un nivel inferior sin comprometer su seguridad. Este hallazgo apunta a la necesidad de fortalecer los protocolos de egreso de UCI, tal como lo señalan González-Muñoz et al. (2020), quienes recomiendan la articulación entre UCI y medicina interna para optimizar los tiempos de permanencia y disminuir el riesgo de glosas por pertinencia.

Figura 4.

Oportunidad paso a salas



Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

La oportunidad en el paso a salas quirúrgicas es un factor determinante en la atención hospitalaria, especialmente en instituciones de alta complejidad donde los tiempos críticos pueden incidir directamente en los desenlaces clínicos y en la eficiencia operativa del servicio. El análisis visual correspondiente a los meses de junio a diciembre de 2024 muestra avances relevantes, pero también evidencia persistentes retos relacionados con demoras no justificadas en los traslados de pacientes desde las unidades de cuidado a los quirófanos.

A nivel general, se observa que la mayoría de los procedimientos fueron clasificados como oportunos, con porcentajes que oscilan entre el 67,68 % (agosto) y el 84,39 % (junio). Sin embargo, en todos los meses persiste un grupo de casos clasificados como “No oportunos”, representando entre el 15 % y el 32 % del total mensual. Este rango sugiere que, aunque existe un cumplimiento razonable del indicador, se mantienen brechas significativas que deben abordarse de manera más decidida.

Los principales servicios ejecutores implicados en estos traslados son hemodinamia (334 registros), cirugía cardiovascular (72) y electrofisiología (71). Esto es consistente con el alto volumen de procedimientos cardiovasculares que realiza la institución. Desde la perspectiva de la especialidad tratante, la UCI Coronaria lidera el número de solicitudes con 389 casos, lo que sugiere una alta concentración de pacientes que requieren intervención quirúrgica programada o urgente desde esta unidad.

La gráfica de causas para traslados no oportunos evidencia factores estructurales y operativos que aún afectan la oportunidad: el 13 % de los casos no se realizaron a tiempo por razones como festividades (76 casos), gestión administrativa u otras situaciones no clínicas (37 casos), e incluso inestabilidad hemodinámica o falta de disponibilidad de salas, aunque estos últimos en menor proporción. Este hallazgo es coherente con lo señalado por Cadavid-Carvajal y

Morelo-Agudelo (2020), quienes identificaron que los retrasos en cirugía se deben con frecuencia a barreras administrativas internas y fallas de comunicación entre servicios.

Adicionalmente, el promedio de días de espera para los traslados no oportunos fue de 3,96 días, una cifra que, si bien no es excesivamente alta, representa un impacto clínico y logístico importante cuando se suman múltiples casos en listas de espera. Esta demora promedio puede influir negativamente tanto en la evolución clínica del paciente como en la ocupación de camas, afectando la rotación y el acceso para nuevos ingresos.

En cuanto a los procedimientos específicos más demandados, se destacan la arteriografía coronaria (192 casos), la angioplastia percutánea (121) y la implantación de marcapasos (30). Todos estos corresponden a procedimientos cuya oportunidad es clave para evitar complicaciones cardiovasculares mayores.

Los resultados reflejan que, si bien la mayoría de los traslados a salas se realizan en tiempos adecuados, existe una franja crítica que aún se ve afectada por demoras innecesarias. Tal como lo sugieren Franco-Herrera et al. (2023) y Hernández-Aguilar et al. (2017), es recomendable fortalecer los procesos de coordinación inter servicios, crear rutas prioritarias para procedimientos urgentes y contar con listas de control quirúrgico dinámicas que permitan prever y gestionar las contingencias, especialmente en días festivos o en periodos de alta demanda.

Figura 5.

Oportunidad de procedimiento diagnostico



Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

La oportunidad en la realización de procedimientos diagnósticos es un componente esencial dentro del proceso asistencial, ya que permite confirmar o descartar patologías en tiempos adecuados, garantizando así intervenciones clínicas oportunas y evitando la progresión de enfermedades. En el periodo analizado (junio a diciembre de 2024), los datos reflejan un desempeño favorable en términos de oportunidad, aunque persisten algunos puntos críticos que requieren seguimiento continuo.

Durante los siete meses evaluados, los porcentajes de cumplimiento oportuno se mantuvieron por encima del 88 %, alcanzando su mejor desempeño en septiembre con un 95,71 % y en octubre con un 96,86 %. Estos datos evidencian un nivel general de cumplimiento bastante sólido. Sin embargo, aunque los porcentajes son positivos, aún se registran casos “No oportunos” en cada mes, lo que obliga a revisar los motivos detrás de estas excepciones.

Entre las causas más frecuentes de oportunidad no cumplida se encuentran los días festivos (69 casos), categoría que suele influir significativamente en la programación de procedimientos. A esta se suman otras causas como indisponibilidad de salas, factores administrativos o cancelaciones imprevistas, todos elementos señalados en estudios previos como González-Muñoz et al. (2020), quienes destacan la necesidad de planes de contingencia operativa para minimizar los retrasos.

Desde el punto de vista de los servicios ejecutores, destacan Cardiología no invasiva (622 procedimientos) y Radiología (310), seguidos por Electrofisiología (43) y UCI Cardiovascular (25). Esto refleja que la mayor carga diagnóstica está concentrada en estudios cardiovasculares e imagenológicos, lo cual es coherente con el perfil clínico de la institución. Las especialidades tratantes con mayor número de solicitudes provienen de la UCI Coronaria (502) y la UCI

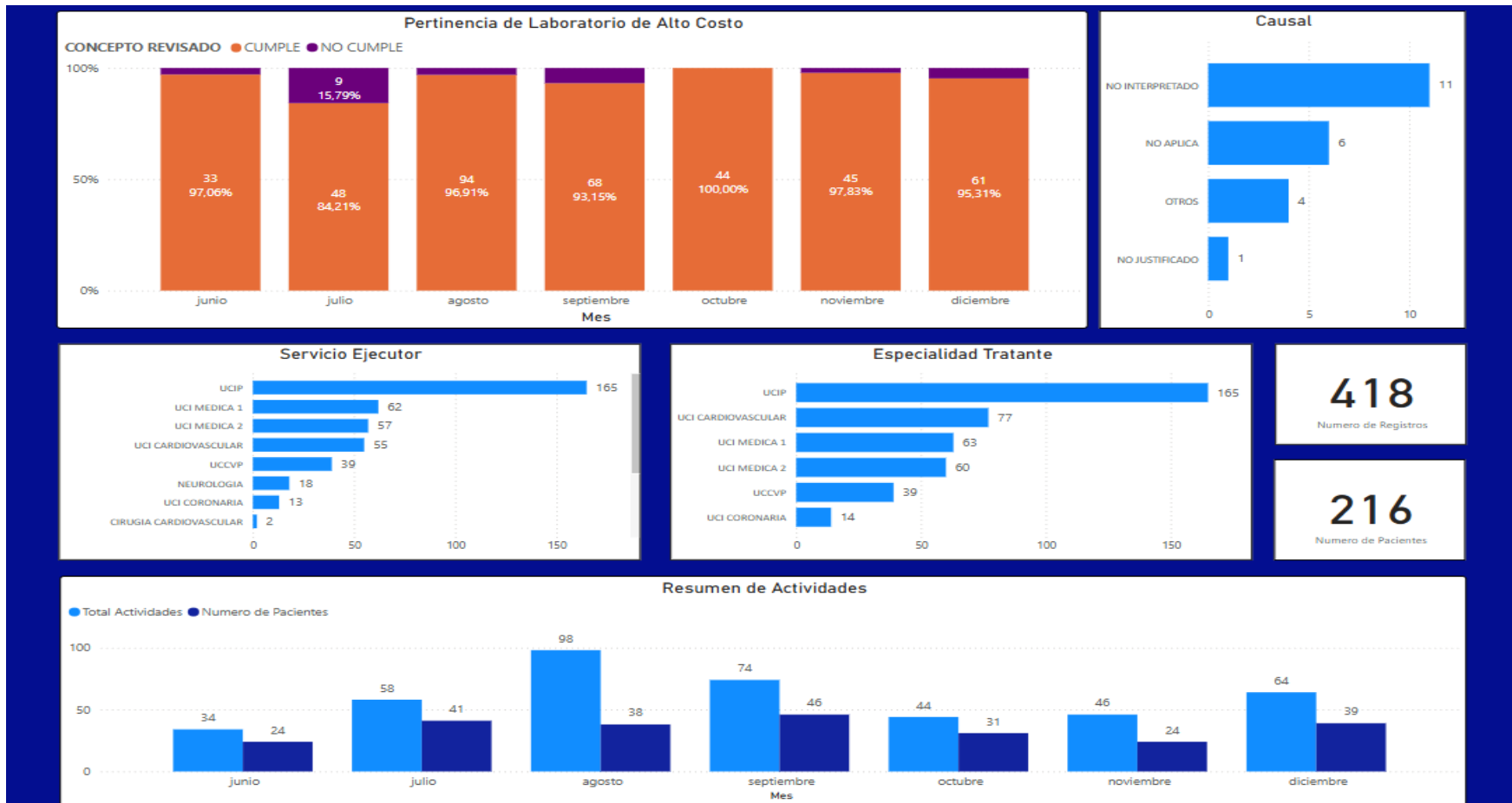
Cardiovascular (410), reafirmando que estas unidades críticas requieren diagnósticos ágiles para orientar decisiones clínicas.

Los procedimientos más frecuentes fueron el ecocardiograma transtorácico (606 casos), la tomografía computada de vasos (95) y el monitoreo electrocardiográfico continuo (44), todos ellos estudios clave para la toma de decisiones en pacientes cardiovasculares. Tal como advierten Rojas Riaño (2022) y Agudelo Hoyos et al. (2020), la demora en este tipo de procedimientos puede impactar directamente en la seguridad del paciente y en los resultados clínicos.

El análisis también muestra que la suma de días no oportunos fue de 206 días, con un promedio de 2,58 días por caso, lo cual, aunque no es alarmante, sí representa una oportunidad de mejora. La meta institucional debería orientarse a reducir este promedio a menos de dos días, garantizando una mayor agilidad en la gestión y ejecución de estudios diagnósticos, especialmente en pacientes críticos.

Figura 6.

Pertinencia laboratorio de alto costo



Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

La vigilancia de las pruebas de alto costo en el laboratorio es crucial. En el análisis del tablero de Power BI para la vigencia 2024 (junio a diciembre), se observa que la mayoría de las solicitudes cumplen con criterios de pertinencia (entre 93 % y 100 %), con solo un pequeño porcentaje de rechazos. Esto refleja una adecuada aplicación de filtros previos, aunque no elimina por completo los ajustes.

Palacios-Narváez et al. (2018) han documentado que hasta el **50 %@** de las solicitudes de pruebas en laboratorios no cumplen criterios clínicos, lo cual genera gastos innecesarios. Por ello, implementar auditorías desde la fase de solicitud ayuda a evitar estos sobrecostos; ante esto, los resultados del tablero indican que:

Tabla 16.

Recomendaciones de mejora en la pertinencia de laboratorios de alto costo

Área de mejora	Acción propuesta
Estandarización previa	Actualizar protocolos clínicos para pruebas de alto costo, basados en guías.
Filtros inteligentes	Implementar alertas en Power BI que detecten solicitudes dudosas en tiempo real.
Capacitación al equipo médico	Formación específica sobre normativas y justificación de solicitudes.
Auditoría selectiva creciente	Enfocar revisiones en áreas de mayor consumo UCI, como ya se monitoriza.
Revisión de impacto económico	Comparar costos evitados versus costo de auditorías para validar su sostenibilidad.

Fuente: Elaboración propia (2025)

Figura 7.

Soporte de insumos de alto valor



Fuente: Hospital de alta complejidad en Bogotá, gestión financiera interna (2024)

Los insumos de alto valor —como prótesis, dispositivos especiales o medicamentos biotecnológicos— requieren una auditoría estricta debido a su alto impacto en los costos operativos y financieros. En este sentido, los resultados del tablero evidencian un comportamiento altamente favorable en cuanto a la pertinencia y justificación del uso de estos insumos.

Durante los siete meses analizados, se revisaron un total de 541 casos, de los cuales más del 97 % contaron con soporte adecuado en todas las mensualidades. Se destaca que, en los meses de octubre, noviembre y diciembre, el 100 % de los soportes fueron considerados pertinentes y bien fundamentados. Solo en julio se presenta un pequeño porcentaje de soportes no validados (4.35 %, correspondiente a 3 registros), lo que representa un margen mínimo de oportunidad para mejora.

En cuanto a los servicios ejecutores, sobresale la participación de:

- UCIP con 154 solicitudes auditadas,
- UCI Médica 1 (110) y UCI Cardiovascular (104),
lo cual refleja el perfil clínico de alta complejidad de los pacientes.

En términos de especialidad tratante, también predominan UCIP, UCI Cardiovascular y UCI Médica 1, confirmando que la mayor demanda de insumos costosos proviene de estas áreas críticas. Las causales de no validación son escasas y se concentran en los conceptos “No aplica” y “Otros”, sin que se evidencien categorías como “no justificado” o “rechazado por inconsistencias”, lo cual fortalece la trazabilidad y el cumplimiento normativo.

La adecuada justificación clínica de los insumos de alto valor ha sido ampliamente estudiada en el ámbito hospitalario. De acuerdo con Hernández-Aguilar et al. (2017), el uso

inadecuado de insumos costosos representa una de las principales causas de glosas por parte de los aseguradores, afectando la liquidez institucional y la sostenibilidad de los servicios. En la misma línea, Agudelo-Hoyos et al. (2020) recomiendan protocolos de justificación médica automatizados y auditorías en tiempo real, como los implementados mediante Power BI, para asegurar eficiencia y minimizar riesgos de objeción o glosa. Además, como concluye Rojas-Riaño (2022), la trazabilidad del uso de insumos costosos debe ser visible para todos los actores del proceso asistencial, lo que coincide con la visualización clara y detallada del presente tablero.

En este orden de ideas, las estrategias planteadas «entre ellas, la mejora de soportes clínicos, la estandarización de procesos asistenciales, el seguimiento de indicadores clave mediante herramientas de visualización como Power BI, y el fortalecimiento de auditorías concurrentes» responden a los hallazgos detectados en la gestión de glosas asistenciales en las unidades de cuidado crítico. Estas acciones apuntan a disminuir el porcentaje de glosas y a su vez a optimizar la eficiencia administrativa y la sostenibilidad financiera de la institución.

Plan y recomendaciones para la implementación de la solución

A partir del análisis de la problemática relacionada con las glosas asistenciales en las unidades de cuidado crítico, se definieron una serie de alternativas viables que buscan mejorar la calidad del soporte clínico, reducir la recurrencia de glosas y fortalecer la trazabilidad de la información. Para priorizar las acciones, se tuvo en cuenta su costo, tiempo estimado de ejecución, impacto esperado y facilidad de implementación. La matriz de priorización mostró como alternativas más viables: (1) el seguimiento visual mediante Power BI, (2) la capacitación del personal clínico y (3) la estandarización de los criterios de pertinencia.

La primera acción a implementar será la ampliación del seguimiento visual con Power BI, debido a su bajo costo, alta facilidad de implementación y capacidad para generar impacto inmediato. Esta herramienta permite identificar desviaciones en tiempo real, apoyar decisiones clínicas y facilitar el trabajo de auditoría. Será responsabilidad del equipo de analítica institucional liderar este proceso, en coordinación con la Dirección Médica y el área de calidad. Se plantea implementarlo a partir del mes siguiente a la aprobación del plan, con actualizaciones mensuales y generación de alertas automáticas.

En segundo lugar, se desarrollará un ciclo de capacitaciones dirigido al personal asistencial de las UCI. El objetivo es fortalecer los conocimientos sobre soportes clínicos, pertinencia de procedimientos y correcta documentación. Esta acción estará a cargo de la Subdirección de Educación en Salud y se realizará por fases: primero con el personal médico, luego con enfermería y áreas administrativas. Se utilizarán estrategias como talleres, casos reales y sesiones interactivas. El impacto se medirá mediante indicadores de glosas antes y después de las capacitaciones.

La tercera alternativa prioritaria es la estandarización de criterios clínicos, especialmente en lo referente a laboratorios de alto costo, procedimientos diagnósticos y uso de insumos de alto

valor. Para ello, se recomienda consolidar una mesa técnica integrada por auditores clínicos, médicos tratantes y personal de facturación. Esta mesa definirá y socializará los criterios mínimos requeridos para autorizar servicios, reduciendo ambigüedades que hoy generan glosas. Esta acción comenzará su implementación en el tercer mes del plan.

Desde el punto de vista presupuestal, las tres alternativas seleccionadas son sostenibles, dado que se apalancan en recursos internos ya disponibles (tecnología, talento humano, horarios institucionales). Además, el análisis costo-beneficio muestra que el gasto operativo es significativamente menor que las pérdidas acumuladas por glosas no aceptadas. No implementar estas acciones implicaría mantener un índice de glosa del 1.2%, lo cual representa pérdidas millonarias y pone en riesgo la sostenibilidad de algunos servicios de alta complejidad.

Finalmente, se identifican restricciones que podrían dificultar la implementación, como la rotación de personal médico, la resistencia al cambio o la falta de interoperabilidad entre sistemas. Por ello, se recomienda incluir en el plan un cronograma claro, responsables por actividad, canales de retroalimentación y reuniones periódicas de seguimiento. También se sugiere implementar pilotos antes de extender los cambios a toda la institución.

Para definir las acciones más viables y efectivas frente a la problemática de glosas en las unidades de cuidado crítico, se construyó una matriz de priorización basada en cuatro criterios clave: costo, tiempo de implementación, impacto potencial y facilidad operativa; cada alternativa fue valorada con una escala del 1 al 5, donde 5 representa el mayor beneficio o desempeño.

Tabla 17.*Matriz de Priorización de Alternativas para el Control de Glosas en UCI¹*

Alternativa	Costo	Tiempo	Impacto	Facilidad de implementación	Puntaje Total
Seguimiento visual con Power BI y generación de alertas	5	5	5	5	20
Ciclo de capacitaciones sobre pertinencia y soportes clínicos	4	4	5	4	17
Mesa técnica para estandarizar criterios clínicos	5	3	4	3	15
Auditoría concurrente en tiempo real en las UCI	3	3	4	3	13
Rediseño del proceso de soporte documental para insumos y medicamentos	2	2	5	2	11
Implementación de firma electrónica avanzada en solicitudes UCI	2	3	4	2	11

Fuente: Construcción propia, 2025

El análisis evidencia que la estrategia con mayor puntaje total es la implementación de un sistema de seguimiento visual en Power BI con generación de alertas automáticas, ya que requiere baja inversión, puede activarse de forma inmediata y tiene un alto impacto en la toma de decisiones oportunas. Le siguen en prioridad el desarrollo de un ciclo de capacitaciones clínicas específicas y la conformación de una mesa técnica para estandarizar criterios. Estas acciones destacan por su coherencia con la capacidad institucional, su aplicabilidad en el corto plazo y su potencial para reducir glosas evitables.

¹ Costo: Se refiere al nivel de inversión requerido (5 = muy bajo; 1 = muy alto).

Tiempo: Tiempo estimado para ejecutar la alternativa (5 = corto plazo; 1 = largo plazo).

Impacto: Grado en que la alternativa puede reducir glosas y mejorar calidad (5 = muy alto).

Facilidad de implementación: Nivel de dificultad para ejecutar en el contexto actual (5 = muy fácil).

Las demás alternativas, si bien son valiosas, demandan mayores recursos o implican restricciones técnicas, por lo que se sugiere su desarrollo progresivo en etapas posteriores.

Conclusiones

En primer lugar, el objetivo central de esta investigación aplicada consistió en analizar y proponer soluciones estratégicas frente al incremento sostenido de glosas asistenciales en las unidades de cuidado crítico del hospital de alta complejidad en Bogotá, especialmente las unidades de cuidado intensivo adulto, pediátrico y neonatal. De acuerdo con el análisis realizado, este objetivo se cumplió satisfactoriamente mediante la identificación precisa de causas, evaluación cuantitativa del impacto financiero y propuesta específica de alternativas correctivas, fundamentadas en indicadores técnicos claramente establecidos.

Entre los principales hallazgos cabe resaltar que las unidades de cuidados intensivos, en todas sus categorías, constituyen el núcleo crítico del problema. Particularmente, se determinó que la pertinencia clínica insuficientemente sustentada y la falta de soportes documentales oportunos fueron las causas más frecuentes de glosa aceptada. De manera adicional, se detectaron demoras en procedimientos diagnósticos y quirúrgicos que incrementaron significativamente los costos asociados a estas objeciones, con variaciones porcentuales destacadas en los años analizados (2019–2023). Asimismo, se observó que las medidas tradicionales de control, limitadas a indicadores porcentuales de glosa, no resultan suficientes si se ignora el impacto económico de cada caso específico.

En virtud de estos resultados, se adoptaron decisiones estratégicas fundamentales. Por una parte, se implementó el uso de la herramienta Power BI, logrando el monitoreo en tiempo real de los indicadores seleccionados, permitiendo así intervenciones oportunas sobre inconsistencias

detectadas diariamente. Paralelamente, se planteó un programa específico de fortalecimiento en auditoría concurrente, extendiéndolo paulatinamente a todas las unidades críticas, lo cual se considera un paso determinante para mitigar los riesgos de objeción por falta de pertinencia clínica documentada. A su vez, se recomendó la realización constante de capacitaciones al personal asistencial, enfocadas en normativas vigentes, pertinencia asistencial y requerimientos administrativos de facturación y auditoría.

Cabe mencionar que las soluciones propuestas son robustas desde el punto de vista metodológico, al basarse en datos empíricos, análisis cuantitativos claros y enfoques cualitativos precisos, lo que garantiza su aplicabilidad real y su relevancia técnica. Además, se destaca como aporte la integración de metodologías diversas como la matriz DOFA, el árbol de problemas y la matriz de priorización de alternativas, todas herramientas técnicas y gerenciales de comprobada utilidad en contextos hospitalarios complejos.

Sin embargo, es necesario aclarar que el alcance del presente trabajo se limita únicamente a las unidades de cuidado crítico analizadas y al periodo específico mencionado, excluyendo otros servicios hospitalarios que también podrían beneficiarse de un análisis similar. Igualmente, no se profundizó en factores externos como cambios regulatorios o variaciones del contexto económico del sector salud, aspectos que podrían tener incidencia directa en los resultados obtenidos.

Por consiguiente, se recomienda ampliar futuras investigaciones a otras áreas críticas de la Fundación que también presenten niveles elevados de glosa asistencial, como hospitalización general, cirugía electiva y servicios de alta complejidad no críticos. Adicionalmente, resultaría valioso replicar este modelo de análisis técnico y financiero en otras instituciones del sector, facilitando así estudios comparativos que contribuyan a identificar y adoptar mejores prácticas en la gestión integral de glosas.

Finalmente, cabe resaltar que los resultados y estrategias obtenidos en esta investigación poseen un potencial significativo para generar mejoras tangibles, tanto a nivel financiero, como en términos operativos y reputacionales para el hospital de alta complejidad en Bogotá, sirviendo, asimismo, de referente técnico-práctico para otras entidades hospitalarias con problemáticas similares.

Referencias

- Agudelo Hoyos, M., Álvarez Méndez, W., & Buelvas Oliveros, K. (2020). *Caracterización de las glosas presentadas a la facturación de los servicios de salud en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín, 2019* [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”].
- Arias Calvo, J. (2021, 18 de febrero). *¿Cuál es la diferencia entre una IPS y una EPS?* Alcaldía Mayor de Bogotá. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/cual-es-la-diferencia-entre-una-ips-y-una-eps#:~:text=Las%20EPS%20y%20las%20IPS,la%20salud%20los%20pueden%20atender>
- Arias Montenegro, J. M. (2025, 19 de febrero). *IPS en Colombia alertaron sobre inminente colapso financiero por deudas de EPS intervenidas por el Gobierno nacional*. Infobae. <https://www.infobae.com/colombia/2025/02/20/ips-en-colombia-alertaron-sobre-inminente-colapso-financiero-por-deudas-de-eps-intervenidas-por-el-gobierno-nacional/#:~:text=La%20falta%20de%20pago%20oportuno,del%20total%20adeudado>
- Banco de la República. (2023, 2 de octubre). *Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia* (Revista Ensayos sobre Política Económica, No. 106). <https://doi.org/10.32468/espe106> Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2021, noviembre 19). *Personas mayores en Colombia, hacia la inclusión y la participación: XV Congreso Internacional de Envejecimiento y Vejez “Década del Envejecimiento Saludable 2020–2030”*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia->

[presentacion.pdf#:~:text=poblaci%C3%B3n%2C%20para%202021%2C%20se%20estim
a,de%20la%20poblaci%C3%B3n%20del%20pa%C3%ADs](#)

Cadavid Carvajal, E. C., & Morelo Agudelo, M. V. (2020). *Análisis de las principales causas de glosas en la E.S.E Hospital San Antonio de Tarazá año 2020* [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”].

Franco Herrera, D., García Ríos, D. Y., Quiñones López, B. H., & Valera Rodríguez, M. P. (2023). *Caracterización, análisis y plan de mejoramiento para la disminución de las glosas en el Hospital Regional José David Padilla Villafañe en Aguachica, Cesar* [Trabajo de grado, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Administrativas en Salud, Programa de Especialización en Gerencia en Salud].

Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología. (2022). *Nuestra historia*. <https://www.lacardio.org/historia/#:~:text=Desde%20ese%20momento%2C%20y%20en, tratamiento%20y%20recuperaci%C3%B3n%20de%20nuestros>

González Muñoz, C. F., Torres Arias, D. M., & Cardona Trujillo, J. R. (2020). *Estrategias para disminución de glosas en la E.S.E Hospital Comunal Las Malvinas de Florencia - Caquetá* [Trabajo de grado, Universidad Católica de Manizales, Especialización en Administración en Salud, sede Pitalito]. Tutor: R. N. Román Marín.

Hernández Aguilar, C. M., Chinome Sarmiento, J. P., García Camargo, K. L., & Martínez Prada, A. Y. (2017). *Análisis de causas de glosas en la E.S.E Hospital San Vicente de Arauca durante el periodo de enero a diciembre de 2016 y planteamiento de recomendaciones para su mejoramiento* [Trabajo de grado, Universidad de Santander (UNDES), Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Servicios de Salud].

- iMedicalServices. (2024, 16 de febrero). *¿Qué son las glosas en el sector salud?* iMedical.
<https://www.imedicalservices.com/post/que-son-las-glosas-en-el-sector-salud>
- Merco. (2024). *Ranking Merco Talento 2024: Empresas y sectores en Colombia*.
<https://www.merco.info/co/ranking-merco-talento>
- Palacios Narváez, I. V., Palma, S. R., & Sánchez Mojica, M. (2018). *Protocolo para el análisis de la pertinencia en la solicitud de pruebas de función tiroidea en la IPS Cafam para la toma de decisiones en servicios de salud de atención primaria* [Trabajo de grado, Universidad El Bosque, Especialización en Medicina Familiar].
- Rojas Riaño, O. F. (2022). *Evaluación de las causas de glosas en hospitalización de la Clínica Sharon Medical Group del municipio de Ibagué en el periodo comprendido de enero a julio de 2022* [Trabajo de grado, Universidad EAN en convenio con Universidad del Tolima, Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud].