

FACTORES RELACIONADOS CON LA OCURRENCIA DE GLOSAS EN EL
CENTRO DE ATENCIÓN MEDICA DE LA CIUDAD DE BUENAVENTURA EN EL
PRIMER SEMESTRE DE 2019

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD

ESTUDIANTES:
ADRIANA YANES RAMOS
JESSICA DURAN SANCLEMENTE



UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
CALI, VALLE DEL CAUCA
2019

FACTORES RELACIONADOS CON LA OCURRENCIA DE GLOSAS EN EL
CENTRO DE ATENCIÓN MEDICA DE LA CIUDAD DE BUENAVENTURA EN EL
PRIMER SEMESTRE DE 2019

ESTUDIANTES:
ADRIANA YANES RAMOS
JESSICA DURAN SANCLEMENTE

DIRECTOR:
DANIEL HUMBERTO SEPÚLVEDA QUINTERO



UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
CALI, VALLE DEL CAUCA
2019

Dedicatoria

*A Dios por la vida y el despertar de cada
mañana*

Agradecimientos

A Dios por ser el pilar de nuestras vidas.

A nuestros padres, hermanos, hijos por el apoyo incondicional para cumplir nuestros objetivos profesionales.

A nuestro tutor de tesis Dr. Daniel Sepulveda por su valioso tiempo, motivación y conocimientos profesionales para la realización de este proyecto.

Resumen:

El trabajo aborda la ocurrencia y la aparición de glosas en la IPS del municipio de Buenaventura en el Valle del Cauca. Para ello se solicitó información a dicha organización que facilitara el análisis. La información aportada corresponde al periodo comprendido entre el 1/01/2019 y el 30/06/2019. En dicho periodo se encontraron 55 ocurrencias de glosas por un costo cercano a los setenta millones de pesos. La principal causa de este fenómeno está referida a inconsistencias en la parte asistencial seguido por diferencias entre la facturación y lo autorizado por las EPS. Se concluye con la IPS debe mejorar en aspectos como si manual de procedimientos, la capacitación del personal en el trámite de los documentos desde la parte asistencial y revisar los contratos de prestación de servicios con las EPS. El mejoramiento del proceso de facturación y la reducción de la ocurrencia de glosas se configura como un acto de Responsabilidad Social Organizacional y ayudara a la creación de valor compartido para la IPS, sus colaboradores, proveedores y pacientes.

Palabras clave: glosas, Sistema de Salud Colombiano, IPS, EPS, Actores de Salud en Colombia, Responsabilidad Social Organizacional

Abstract:

The research analyzes the occurrence and appearance of glosses in the IPS of the municipality of Buenaventura in Valle del Cauca. For this, information was requested from said organization to facilitate the analysis. The information provided corresponds to the period between 01/01/2019 and 06/30/2019. In this period 55 occurrences of glosses were found for a cost close to seventy million pesos. The main cause of this phenomenon is related to inconsistencies in the care section followed by differences between the billing and the authorized by the EPS. It concludes with the IPS should improve in aspects such as manual procedures, the training of staff in the processing of documents from the assistance and review contracts for the provision of services with EPS. The improvement of the billing process and the reduction of the occurrence of glosses is configured as an act of Organizational Social Responsibility and will help to create shared value for the IPS, its collaborators, suppliers and patients.

Keywords: Glosses, Colombian Health System, IPS, EPS, Health Actors in Colombia, Organizational Social Responsibility

Contenido

Índice de Gráficos	vi
Índice de Tablas	vii
Introducción	1
1. Planteamiento del Problema	4
1.1 Antecedentes	4
2. Planteamiento del Problema	8
2.1. Formulación del problema.....	8
2.2. Pregunta de investigación.....	11
3. Justificación	12
4. OBJETIVOS	15
4.1. Objetivo general	15
4.2. Objetivos específicos.....	15
5. Marco Teórico.....	16
5.1 Las glosas y la legislación.....	18
5.2 Marco Contextual.....	22
5.3 Responsabilidad Social Organizacional.....	23
5.4 Organizaciones, no instituciones	23
5.5 RSO y actores del sector Salud.....	24
6.0 METODOLOGÍA.....	27

6.1	Caracterización general de la metodología empleada	27
6.2	Periodo de tiempo.....	28
7.	Criterios de Selección	34
7.1	Criterios de inclusión.....	34
7.2	Criterios de Exclusión	34
8.0	Recolección de Datos	35
8.1	Análisis de la Información	35
9.	Análisis y Resultados de Datos.....	37
10.	Conclusiones	42
11.	Recomendaciones.....	44
11.1	Acciones de mejora	44
11.2	RSO como componente fundamental.....	45
	Referencias.....	47

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Causales de glosas en el sistema de Salud colombiano	13
Gráfico 2 Actividades que generan glosas en el periodo estudiado.....	38
Gráfico 3 Tipo de glosa.....	39
Gráfico 4 Frecuencia de glosas por meses y tendencia.....	41

Índice de Tablas

Tabla 1 Trámite de Glosas a partir del decreto 4747 de 2007	19
Tabla 2 Trámite de Glosas a partir de la Ley 1438 de 2011	20
Tabla 3 Ejemplo de codificación de glosa	20
Tabla 4 Conceptos generales	20
Tabla 5 Conceptos específicos.....	21
Tabla 6 Resumen de Glosas causadas en la IPS	29
Tabla 7 Variable de Glosas Cualitativa.....	37
Tabla 8 Variable de Glosas Cuantitativa.....	37

Introducción

El sistema de salud en Colombia opera de forma piramidal. En este, el Estado recoge los recursos financieros a partir de las diferentes fuentes de financiación establecidas para ello, y los distribuyen a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en adelante ADRES (1), a las diferentes Entidades Administradoras Sociales, conocidas como EPS (2,3). Adicional a ello, el Estado consolida y regula un plan obligatorio de salud, en adelante POS.

Con el POS, el Estado define un paquete de servicios, tecnologías y medicamentos que se deben asegurar de forma financiada a los usuarios (4). Las EPS son las organizaciones encargadas de afiliar, registrar, recaudar las cotizaciones, gestionar los pagos a los prestadores del servicio y garantizar la prestación de este (4).

Para el logro de este propósito, las EPS contratan los servicios con diferentes Instituciones Prestadoras de Servicio, en adelante IPS (5). Estas organizaciones de salud, que pueden ser de orden público o privado, son las encargadas de que los usuarios reciban todas las atenciones, procedimientos o requerimientos en salud que necesiten (5–7).

Cada IPS está disponible para uno o varios grupos poblacionales. Estas pueden ser de nivel 1, 2 o 3 a partir de varios factores como tamaño de las instalaciones, servicios habilitados para prestar, poblaciones acogidas, entre otros (8). El nivel 1 corresponde con los centros básicos habilitados para procedimientos simples y atenciones generales, citas, curaciones, revisiones. Los otros dos niveles suman elementos de mayor complejidad en la atención.

Las IPS cobran todos los procedimientos asistenciales efectuados a las EPS a través de un proceso de facturación. Esto consiste en entregar las facturas generadas por cada paciente y

adicionar los soportes o documentaciones necesarias para validar la información y aprobar los pagos (2). Algunos procedimientos o atenciones por su naturaleza tienen un costo importante que las EPS deben pagar, por lo que tienen una validación administrativa previa a su ejecución.

Todo el sistema de salud en Colombia confluye bajo dos regímenes. Se trata del régimen contributivo y del régimen subsidiado (8). En el primero los pacientes pagan sus afiliaciones a través de aportes que se hacen como disminución de sus sueldos. Adicionalmente, los afiliados pagan cuotas mínimas moderadoras cuando reciben atenciones en particular. Estos rubros se calculan según una clasificación dada por la EPS y la regulación estatal (4). En el segundo, las personas de menos recursos y sin empleo son afiliados automáticos del sistema y el Gobierno responde por ellos. Esto se hace a través del Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales, SISBEN quien se encarga de censar a la población para ubicarla en diferentes categorías y autorizar a las EPS del régimen subsidiado la afiliación del paciente (9).

En la actualidad el sistema de salud se encuentra en una crisis financiera dados los diferentes factores de orden social, político y económico que afectan al país (10,11). Esta situación viene afectando la administración de los recursos, las reglamentaciones y la prestación de salud en todo el territorio por lo que el rigor dentro de las áreas y organizaciones de control se torna más estricto.

Asegurar la mayor cantidad de población a atender y usar los recursos de la forma más eficiente posible son los objetivos principales de las EPS (11). Para este propósito existen una serie de mecanismos de orden administrativo y de auditoría que se encargan de regular la operación y de tomar acciones de coacción cuando sea necesario. Entre estos mecanismos se encuentra la *Glosa* como forma de hacer recobro de las facturas emitidas por las IPS y con la cual se limita el margen de error y pago que tienen con estas organizaciones de salud.

La presente investigación busca conocer, entre otras cosas, cuáles son las causas o factores externos e internos que influyen en la generación de glosas en el centro de atención médica de la ciudad de Buenaventura en el Valle del Cauca. Con esta información se plantea hacer el diagnóstico del problema y aportar al conocimiento para diseñar estrategias de solución.

Para ello, el documento se organiza como sigue. En primer lugar, se hace una contextualización al problema y se presentan algunos antecedentes de investigaciones sobre el tema o relacionados en Colombia. En este apartado se plantean el problema y la pregunta de investigación, se justifica la investigación y se declaran los objetivos. En segundo lugar, se aborda el marco teórico y conceptual en el que se sostiene la investigación. La tercera parte presenta el componente metodológico empleado, para finalmente en cuarto lugar presentar los resultados y las conclusiones de la investigación.

1. Planteamiento del Problema

1.1 Antecedentes

Al parecer, las glosas son un problema común no solo como una de las piedras angulares de la inestabilidad financiera de algunos actores del Sistema de salud colombiano, sino como objeto de investigación desde la academia. A continuación, en este apartado, se presentan algunas evidencias previas de estudios acerca de las glosas en Colombia.

El primer documento por reseñar es denominado “Identificación causales de glosas aplicadas en los servicios de salud en el tercer trimestre de 2014 en la E.S.E Hospital san Rafael de Oiba” (12). En la investigación de la que da cuenta el documento mencionado se concluyó que las principales causas de glosas en la IPS consultada radican en errores administrativos, mayormente y en errores asistenciales por parte del personal médico de la institución. Para el caso de los primeros, tuvieron que ser asumidos por el personal responsable dado que son inconciliables, los segundos en su mayoría fueron corregidos. La investigadora planteó un plan de mejoramiento en aras de reducir la incidencia de las glosas de la IPS. Está pendiente la realización de un seguimiento, o la publicación de este, si ya se llevó a cabo, para verificar la efectividad de sus planteamientos.

Las mejoras propuestas para la E.S.E Hospital San Rafael de Oiba en Santander giraron en torno al mejoramiento de los mecanismos de control de calidad y seguimiento en los procesos y a la capacitación continua del personal asistencial para reducir las incidencias. El alcance de la investigación no permite dar cuenta de más información al respecto.

El siguiente trabajo reseñable es el titulado “Glosas generadas en ASSBASALUD E.S.E en el primer semestre del año 2017 y 2018” (13). El objetivo de este trabajo fue el de identificar las causales de generación de glosas al interior de dicha IPS. Dentro de sus resultados principales se

destacan que las glosas más frecuentes fueron por tarifa, soporte y pertinencia. El equipo investigador finalmente realizó las siguientes recomendaciones:

“al jefe de glosas: Implementar plan de mejoramiento, Socializar las principales causas de glosas, Aplicar listas de chequeo por cada factura generada, Elaborar e implementar manual de glosas institucional. Se recomienda al líder de planeación y sistemas de la entidad: Realización de ajustes del software institucional y sistematización de la totalidad de soportes de historia clínica. Se recomienda al líder del proceso de facturación: Realizar la parametrización del sistema de información, Socializar los cambios contractuales con el equipo de facturación e Implementar el manual de facturación institucional. Se recomienda a coordinación médica y auditoría de la entidad: Implementar proceso de auditoria concurrente” (13)¹.

En la misma dirección el trabajo anterior, se encuentra el documento de López Mendoza, Gallego Orozco, Pinzón Castaño, Betancur Pulgarin, & Eusse Londoño. Ellos estudiaron las glosas generadas en el proceso de hospitalización de la Clínica Central del Quindío. En su análisis encontraron que el 60% de las glosas corresponden al área administrativa, siendo las causales glosas asociadas a facturación y tarifas (14); algo que parece un factor común en todas las IPS.

En la IPS odontológica Santa María S.A.S de Pereira se realizó un estudio similar. El objetivo de este estudio fue identificar las causas de las glosas generadas. Los resultados del análisis identificaron que “el mayor número de estas se presentan por el servicio de radiología con 426 glosas seguido de actividades de promoción y prevención con 323 y finalmente por actividades de consulta con 103 glosas” (15). Sin embargo, la mayor cantidad de glosas corresponden al

¹ Se sustituyeron las viñetas del original para mejorar el estilo y la presentación

servicio de ayudas diagnosticas no contratadas. Esto es algo que al momento del estudio no se había podido solucionar contractualmente con las EPS.

El trabajo de Chavarría Chavarría del 2018, tuvo el objetivo de validar una herramienta para realizar la auditoria de las cuentas en el sistema de salud y mejorar la gestión de las glosas con el fin de mejorar los estándares de calidad en el sistema (16). Como resultado, se realizó el diseño de una herramienta que validara las facturas y parametrizara los contratos entre las IPS y las EPS. El programa arroja indicadores de gestión que permiten controlar, en caliente, la gestión de la facturación e ir evitando la ocurrencia de glosas. Se concluyó que la herramienta podrá ser utilizada por actores del sector salud en otras ciudades y contribuir así con su gestión interna. Sin embargo, el documento no indica cómo se puede adquirir o encontrar dicho aplicativo.

En el mismo sentido apunta el trabajo de Quintana, Salgado, & Torres del 2016. En este documento se analiza la idoneidad de encargar la gestión de la facturación a una entidad externa a la IPS para reducir la incidencia de glosas (5). A partir del análisis realizado se consolido un portafolio que fue ofrecido a diferentes IPS para su implementación. No se pudo encontrar algún documento relativo al rendimiento de este sistema posterior a su implementación real en alguna IPS.

Otro documento encontrado es acerca del modelo de administración de glosas en la IPS Universitaria de la ciudad de Medellín. Según los autores de esta investigación, para el año 2011, la IPS mencionada no tenía definido un proceso de gestión y un canal de información precisa y objetiva que le permitiera realizar un manejo acertado y preciso de las glosas y las devoluciones administrativas y asistenciales (17). Finalmente, el objetivo de la investigación y principal resultado del documento mencionado fue la creación del sistema de información que supliera la

falencia dentro de la IPS. Este proceso debió ir acompañado, por recomendación del equipo investigador, de la implementación de sistemas de gestión de la calidad efectivos.

Al Hospital San Vicente de Arauca se le realizó un análisis que permitió identificar el nivel de afectación financiero ocasionado por las glosas en el año 2016 (18). Para dicho propósito se identificaron las principales causales de este fenómeno y se calculó la afectación para las finanzas de la organización hospitalaria. Se pudo identificar que el 6% de la facturación para dicho periodo constituyó una glosa o devolución de facturación.

Respecto a las principales causas de este fenómeno al interior del Hospital San Vicente de Arauca, Hernández Aguilar, Chinome Sarmiento, García Camargo, & Martínez Prada, identificaron que para el año 2016 las principales causales de glosas fueron

“de tipo administrativo, sin embargo al tomar como referencia el Anexo 6 (...) se evidencia que esta aplicación también está relacionada con el papel que desempeña la parte asistencial en la generación de glosas, debido a la ausencia total o parcial de los soportes, registros clínicos incompletos que no incluyen una justificación adecuada del ordenamiento, no realización de órdenes completas, el no registro de los resultados de laboratorios y ayudas diagnósticas, entre otros factores contribuyentes” (18).

Desde la misma universidad del trabajo anterior, Universidad de Santander, se propuso el análisis de las glosas generadas en una IPS del departamento de Santander en el periodo de julio de 2017 a junio de 2018 y posteriormente se formuló un plan de mejoramiento (19). Dentro de los hallazgos salió a la luz que la IPS estudiada no tenía, en el periodo consultado, un adecuado proceso de control de las glosas. Los motivos de ello son, entre varios otros, el desconocimiento del proceso de contestación de glosas por parte de los responsables, la falta de una estandarización de procesos y la nula asignación de responsabilidades. Aunque el documento

promete un plan de mejora, en la lectura de este no fue posible encontrar alguna sugerencia diferente a la implementación de un software de facturación, por un lado, y a la implementación de un sistema de gestión de la calidad total, por el otro.

Como se puede evidenciar en las líneas anteriores, existen un diverso grupo de trabajos acerca de las glosas en Colombia. Parece existir un marcado interés de la academia por analizar el interior de las organizaciones actoras del sector salud para ayudar a encontrar soluciones a la crisis desde diferentes ángulos. La mayoría de los estudios sobre glosas se centran en la identificación de los factores que las originan dentro de las IPS y en la proposición de acciones de mejora.

El hecho de que este problema aun sea un inconveniente principal de la gestión de la facturación entre las IPS y las EPS da cuenta que la solución está igual de lejana que siempre. Algunos de los trabajos proponen acciones de implementación de sistemas de gestión de calidad o de sistemas de gestión de facturación o el outsourcing de este proceso. Todo ello va encaminado a reducir el número de glosas.

Con este panorama nacional presentado, aclarando que hay un número mayor de trabajos que se pueden reseñar en el mismo sentido, ahora es pertinente continuar con el desarrollo de la investigación. El siguiente paso es el planteamiento del problema específico que atañe a este equipo investigador de la Universidad Santiago de Cali.

2. Planteamiento del Problema

2.1. Formulación del problema

Dentro de las operaciones relacionadas con la prestación de los servicios de salud, entre las que se destacan las consultas, atenciones, procedimientos entre otras, suministrados a los usuarios en los diferentes centros asistenciales, existe un procedimiento administrativo en el cual la Entidad

Prestadora, debe cancelar los valores facturados por conceptos de ejecución de tales servicios. En este punto se puede presentar un impedimento o contratiempo operativo conocido como Glosa.

Esta Glosa puede definirse como una no conformidad que afecta, en forma parcial o total, el valor de factura a cancelarse (13,20). Por lo general, esta es encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral (12,13).

La glosa requiere de un análisis y una resolución por parte del prestador de servicios de salud (20). La dificultad en esta actividad, se presenta cuando, tras revisar el escenario que causó la discrepancia, se encuentra que fue un error humano, normativo o tecnológico que obliga al prestador del servicio a asumir dicho costo (16).

En la actualidad, para muchas de las IPS y EPS del país la no aprobación/pertinencia en los procesos de facturación se ha convertido en el tendón de Aquiles de su funcionamiento. Esto, debido a que, en la mayoría de los casos, los recursos destinados al sector se ven afectados de manera drástica por deficiencias en los procesos internos y externos que regulan la operación y el desarrollo de los procedimientos efectuados para prestar los servicios médicos.

Este problema es aún mayor al tener en cuenta la crisis nacional en la que se encuentra el sector. Más aún, cuando estos recursos que se desaprovechan podrían destinarse para resolver varias de las problemáticas internas de cada entidad prestadora. Adicional a ello, la revisión, gestión y control de las glosas significa un desgaste de tiempo y de recursos que también podría destinarse a otros ámbitos. Esta problemática nacional arroja unos valores significativos para el sistema de salud colombiano.

Según cifras de ADRES, solo entre abril y octubre del año 2017 se cobraron \$556.751 millones de pesos en glosas para un total de \$457.050 glosas tramitadas y aprobadas (21). De acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología, en adelante INC, durante el año 2012 se generó, a nivel nacional, una facturación de servicios por valor de \$116.192.889.666 de los cuales existió una facturación glosada que asciende a \$34.362 millones. Esto equivale al 34,84% de la cartera del INC (22). Es decir, que un cuarto de los procesos tramitados incurrió en este pago.

Durante el año 2016 Savia Salud EPS registró glosas generadas a las IPS por un valor de \$70.535 millones que, sobre un radicado neto de \$1,038 billones, corresponde a un 7% del total

facturado; estas glosas tuvieron una mayor presencia en la facturación equivalente a enfermedades de alto costo (23). Esta misma entidad reportó, para el año 2017, un valor generado en glosas por parte de las IPS cercano a \$104 mil millones de una facturación total de \$1.360 millones (24). De igual forma, esta EPS registró glosas por \$125.619 para el año 2018, esto equivale al 11% del total de su facturación inicial (25).

De igual forma, según la investigación realizada por Orozco Gálvez, Garzón Pérez, & Mejía Londoño, ASSBASALUD E.S.E presentó glosas de \$44.295.995 pesos en el periodo 2017 que equivalen al 21.6% del total de la facturación de ese periodo. Situación similar ocurrida en el periodo siguiente donde se registraron glosas por \$55.434.687 pesos equivalentes al 24% de la facturación total (13).

Todo lo anterior evidencia una tendencia hacia la aparición de glosas y resalta la importancia de una adecuada justificación en la pertinencia de la prestación del servicio. La excesiva generación de las glosas afecta a todo el sector salud en Colombia sin discriminación de régimen e incluye a los actores del sistema de una manera integral. Esto propicia el aumento en la preocupación por el uso óptimo de los recursos y el cubrimiento de las necesidades de la operación del sistema.

La presentación de las Glosas puede ocurrir por diferentes causas o escenarios y sus orígenes pueden ser por aspectos procedimentales, operativos, administrativos o técnicos. Analizar las causas y su solución es de vital importancia para alivianar los saldos liquidados por estos recobros. Al revisar diferentes contextos, se pueden encontrar patrones o fuentes comunes de generación. Como ejemplo de ello está el caso de la Clínica Universitaria San Juan de Dios de Cartagena.

En la Clínica Universitaria San Juan de Dios de Cartagena, se encontró que el 33,54% de las glosas corresponden a medicamentos no registrados por enfermería, el 2% se debe a laboratorios no soportados por el médico en la historia clínica, el 26 % se realizan por materiales sin soporte de utilización en historia clínica y un 19 % ocurren por estancias no pertinentes (22). Todos ellos presentan, como factor común, deficiencias en temas operativos. También se puede mencionar el caso del Hospital Clínica central del Quindío.

En el año 2016, el Hospital Clínica central del Quindío determinó que el 60% de las glosas presentadas correspondieron a al área administrativa, específicamente en lo relacionado con

facturación y tarifas; el porcentaje restante fue referido al área asistencial (14). Por lo que las dos grandes categorías para todas estas causales corresponden con la operación y la asistencia.

Vale la pena destacar que existen deficiencias en el sistema de salud que dificultan la detección temprana de las falencias y amenazas que se dan lugar dentro del proceso administrativo y asistencial. Por lo general, estas se ven reflejadas en la prestación de los servicios de salud y pueden ser las generadoras de la gran mayoría de las glosas.

Al tener en cuenta que las glosas afectan la sostenibilidad financiera de las IPS, se pretende, con el presente trabajo, realizar un análisis retrospectivo para determinar cuáles fueron los factores internos y externos principales que propiciaron la generación de glosas en el segundo trimestre del año 2018 en el Centro de Atención Médica Domiciliaria en Buenaventura. De esta manera, se busca, además, proponer alternativas de solución que vayan desde el diseño de estrategias de capacitación continua al personal administrativo y asistencial, hasta la modificación de los procedimientos o mecanismos de operación.

2.2. Pregunta de investigación

A partir de lo reseñado con anterioridad, es importante contribuir con un estudio que permita la reducción de las glosas en las organizaciones de salud. Este estudio debe tener en cuenta, no solo los factores externos que puedan influenciar anomalías en los procesos internos de la organización, sino también los factores internos propios de cada organización que pueden ser causales de glosas. En este sentido, se escogió una organización prestadora de salud del municipio de Buenaventura para indagar sobre su funcionamiento e identificar estas situaciones.

Para dicho propósito se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores internos y externos que inciden para la aparición de glosas en el Centro Médico Medical Care de la ciudad de Buenaventura?

3. Justificación

La entidad prestadora de servicios es la que, acorde con su denominación, realiza los procedimientos y atenciones requeridas por los usuarios dentro del sistema de salud. Estas deben procurar porque sus servicios sean íntegros, de calidad y autosostenibles. Debido a la delicadeza del sector en que operan, cualquier error se puede traducir en pérdidas humanas. Es por ello por lo que estas organizaciones prestadoras de salud están altamente monitoreadas y vigiladas por los diferentes medios de control, tanto públicos estatales, que velan por la protección de los derechos humanos y el buen uso de los recursos financieros. Por lo anterior, existe un modelo operativo y financiero que soporta todas las variables que conjugan dentro de este sistema para evaluar la eficiencia en los procesos, en las operaciones y en los resultados.

Dentro de este modelo, existe un reproceso llamado Glosa, reglamentado por el Decreto 4747 de 2007 (26) y en el que se regulan diferentes aspectos relacionados con la gestión administrativa de los procedimientos y su ejecución en las diferentes sedes de los prestadores de servicios de salud. Las entidades responsables de pago de los servicios de salud revisan cuidadosamente las condiciones mínimas de los acuerdos para la prestación del servicio notificando y penalizando cualquier violación. En la Resolución 3047 de 2008, en su Anexo Técnico Número 6, se crea el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas (20) en donde estandariza la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones. El Gráfico 1 presenta las principales causales de glosas definidas en este manual. Estos conceptos se abordarán con mayor profundidad en la sección de Problema de Investigación de este documento.

Gráfico 1 Causales de glosas en el sistema de Salud colombiano



Elaboración propia a partir del Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas (20)

En este contexto, es necesario el desarrollo de metodologías que permitan planificar, controlar y mejorar los procesos, procedimientos y actividades asistenciales para atender de forma satisfactoria las necesidades de los usuarios sin afectar negativamente los márgenes financieros de las IPS. Al reconocer el impacto que tienen las glosas en estas organizaciones se justifica identificar los principales factores internos que las generan para proponer planes de mejora.

Esta investigación pretende realizar un diagnóstico de los factores contextuales y específicos que inciden como causa de las irregularidades en el desarrollo de los procedimientos que fomentan los reportes de glosas.

La motivación principal para llevar a cabo este trabajo y que justifica su elaboración, es el interés, como profesionales de la salud, en contribuir a la optimización de los recursos financieros, disminuir la incidencia de glosas y mejorar la prestación del servicio de la IPS estudiada.

Es importante señalar que la otra motivación para llevar a cabo este trabajo fue una conexión entre una de las investigadoras con dicha organización; además, del interés personal en

determinar los factores internos y externos en la generación de glosas; debido a que, en el año 2018 la IPS estudiada presentó el 20% de glosas en un periodo de 6 meses poniendo en riesgo su operatividad.

Es por ello por lo que este estudio construyó un paralelo entre las glosas originadas de índole administrativo y asistencial, con el objetivo de identificar de una manera detallada las causales de glosas y así mismo mejorar la operatividad de sus procesos para la prestación del servicio.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Identificar los principales factores internos y externos que ocasionaron los pagos por concepto de glosas administrativas y asistenciales en el centro médico de la ciudad de Buenaventura en el periodo comprendido entre el primero de enero de 2019 y el treinta de junio de 2019.

4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar el comportamiento de los pagos realizados por glosas en el centro asistencial.
- Identificar las causas principales de glosas administrativas y asistenciales presentadas en el centro médico.
- Determinar los factores internos que dieron lugar a la presentación de las glosas en el centro asistencial.
- Generar recomendaciones que permita la optimización de los recursos en salud evitando la presentación de causas de glosas.
- Identificar la importancia de una gestión adecuada de las glosas para la promoción de políticas integrales de Responsabilidad Social organizacional y garantizar la creación de valor y la sostenibilidad de la IPS.

5. Marco Teórico

Para el desarrollo de esta investigación, al igual que de cualquier otra, es importante tener claridad teórica, política, legal y conceptual. Es por ello por lo que en este apartado se expone el marco teórico que sostiene esta investigación. Es importante aclarar que por cuestiones de estilo y de forma, no se realizó una división por componentes, es decir, no se discrimina como componentes externos lo legal, lo teórico, lo contextual, pues todo ello hace parte de un todo. Cada una de estas partes estarán subsumidas en este apartado. Para dicho propósito, en primer lugar, se presentarán los componentes teóricos básicos para el entendimiento de la investigación, en segundo lugar, se expondrán los componentes éticos que deben ser tenidos en cuenta para posteriormente presentar el marco legal en el contexto colombiano. Como primera medida, se deben tener en cuenta los cambios políticos, legales e innovadores que arrojan a las IPS.

Actualmente las IPS se enfrentan a nuevos retos, por los diferentes cambios e innovaciones que ha desarrollado el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos cambios han profundizado en temas como la descentralización, cuyo cambio se da a una integración indirecta entre la administración de las IPS y las EPS. Y en la gestión de los recursos del sistema por parte del ADRES (1). Con esto, se obliga a que las EPS administren de forma eficiente los recursos financieros y sean participe de los procesos de evaluación de calidad llevados a cabo al interior de las IPS.

El sistema de salud colombiano está compuesto por tres regímenes. Se trata del régimen contributivo, el subsidiado y vinculado (27). El último de estos tiene dos modalidades: a) de pago, por capitación y b) los aportes por compensación o evento. Ambas modalidades son mediadas por las EPS, quienes pagan a las IPS por sus servicios. Esta mediación y los pagos son regulados por el Estado a través de diferentes Resoluciones y decretos.

Precisamente, la Resolución 3047 de 2008 (28) tiene como objeto reglamentar los cobros entre las IPS y las EPS. En la aplicación de esta norma es donde se detecta la crisis que podría originar una crisis en el sector. Precisamente, aquí es donde se pueden originar las glosas.

Estas son un fenómeno que se presenta en el proceso de facturación entre las IPS y las EPS. De acuerdo con el Ministerio de Salud y la Protección Social, una glosa es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud,

encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud (20). Ahora es necesario contextualizar acerca del sistema de salud colombiano y sus principales actores.

El sistema de salud de Colombia está conformado por dos actores fundamentales, entre varios otros. Estos son las EPS y las IPS. Ambas son un tipo de organización que, tal como se expresa en la revisión hecha por Hernández Madroñero & Londoño-Cardozo (29), no deberían tener fines de lucro pues su labor es la prestación de los servicios de salud. A continuación, se describe el papel de cada una con mayor precisión.

Las Entidades Promotoras de Salud, conocidas simplemente por las siglas EPS, son aquellas organizaciones que son responsables de la afiliación y el registro de los usuarios y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía (3). Sin embargo, aunque se argumenta que estas entidades deben ser organizaciones que no busquen un lucro por la prestación del servicio en salud, se presentó desde su configuración una alta incidencia de capital privado que por lo general busca un rédito por su operación (30).

Esto no debería ser un impedimento para su correcto funcionamiento. Sin embargo, dada la postura neoliberal y capitalista promovida desde el gobierno, que se refleja en las reformas, y al ánimo de lucro de algunos de los inversionistas privados, el sistema de salud se vio envuelto en diferentes crisis que no son objeto de este trabajo (8). Las EPS son quienes gestionan parte de los recursos financieros y los pacientes del sistema a través de una repartición equitativa para todas las partes. Sin embargo, quienes se encargan de prestar el servicio, o, mejor dicho, quienes están en constante y directa interacción con los usuarios son las IPS.

Las Instituciones Prestadoras de Salud, conocidas como IPS, son organizaciones oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (5). Es decir, son todas las organizaciones encargadas de la prestación del servicio de salud en diferentes grados de complejidad y especialidades médicas. Normalmente se les conoce como centros médicos, puestos de salud, clínicas, hospitales, entre otras denominaciones. En este punto es importante realizar una aclaración conceptual.

Está mal que, a este tipo de organizaciones, o a cualquier otro, se le llame institución. Este es un concepto errado que está ampliamente utilizado en el contexto colombiano. No por esta razón debe ser aceptado. Para sortear ello, aquí se les trata de organizaciones de salud. En ese orden de ideas, una institución es aquella norma o dictamen socialmente aceptado que rige el comportamiento de las personas (31,32). Una institución es, por ejemplo, el hecho que los seres humanos se agrupen para conformar lo que se entiende por familia. El hecho de que exista esa costumbre es una institución, el hecho de que se tenga una concepción de familia, papa, mama, e hijos, es una institución. No lo son las entidades, ni los organismos del gobierno, ni las universidades, ni los colegios. Algunos de estos podrían ser institutos.

Respecto al estatus conceptual de estos conceptos, en el apartado correspondiente a la Responsabilidad Social se hará una somera discusión acerca de las organizaciones y sus diferentes configuraciones. Hecha esta claridad, es pertinente ahondar más en el tema que compete a esta investigación, las *glosas* que ocurren en los procesos de facturación entre las EPS y las IPS.

5.1 Las glosas y la legislación

Las glosas son un punto crítico en la facturación de la atención ofrecida por prestadores. Esto hace que sea necesario esclarecer las causas de su ocurrencia, mediante un análisis juicioso y sistemático de la pertinencia y oportunidad de servicios brindados a los usuarios. En este contexto, es importante y necesario revisar la legislación y los procedimientos de orden nacional para la facturación y frente a la aparición de las glosas.

Lo primero que se puede mencionar es el decreto 4747 de 2007 (26). En este decreto se definió el proceso que se debe llevar a cabo para el trámite de glosas y respuestas a las devoluciones. Esta normatividad se concentra en tres puntos importantes. La primera, es el soporte de la

facturación por tipo de servicio prestado; El segundo, la definición de las causales de glosas y devoluciones y el tercero, el tiempo en el trámite de glosas.

En este sentido, desde el decreto 4747 de 2007 se pueden establecer los tiempos en los que se deben tramitar las glosas y las devoluciones. Todo ello se presenta en la Tabla 1. En esta tabla se evidencian los diferentes pasos que se deben llevar a cabo por los actores, es decir, por las entidades responsables del pago y los prestadores del servicio de salud.

Este proceso, como se evidencia en la Tabla 1, es cíclico y varios de sus pasos incluyen el regreso de la responsabilidad del proceso a la otra organización. Es decir, es un intercambio de responsabilidades durante la duración de este.

ENTIDAD DE PAGO RESPONSABLE	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD
Formulación de la glosa	Dar respuesta	Levantar total o parcialmente la glosa	Cancelar los valores de las glosas levantadas
30 días hábiles siguientes a la recepción de la factura	15 días hábiles siguientes a la recepción de la glosa	10 días hábiles para la recepción de respuesta a la IPS	5 días hábiles siguientes al proceso para el levantamiento de glosa debe informar al prestador
	Devoluciones, subsanar la glosa respetando la fecha de recepción		

Tabla 1 Trámite de Glosas a partir del decreto 4747 de 2007

Fuente: Decreto 4747 de 2007 Ministerio de la Protección Social (26)

Posteriormente, y con los cambios políticos y económicos, pero principalmente dadas las crisis en el sistema de salud colombiano, apareció una nueva reglamentación para los tiempos en que se debe llevar a cabo el trámite de las glosas en el país. Se trata de la Ley 1438 de 2011 (33).

En la Tabla 2 se presentan los cambios que el proceso del trámite de las glosas tuvo en Colombia a partir de la ley 1438 de 2011 con la que se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS. Dentro de las principales modificaciones está la conciliación final ante la SUPERSALUD, la reducción en algunos de los tiempos de los trámites y un paso de verificación adicional para la subsanación de las glosas por parte del prestador de salud.

Tabla 2 Trámite de Glosas a partir de la Ley 1438 de 2011

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	RESPONSABLE DEL PAGO	PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD
Formulación de la glosa	Dar respuesta	Levantar total o parcialmente la glosa	Glosas subsanables	Cancelar los valores de las glosas levantadas	Conciliación
20 días hábiles siguientes a la recepción de la factura	15 días hábiles siguientes a la recepción de la glosa	10 días hábiles para la recepción de respuesta a la IPS	7 días hábiles para subsanar las causas de las glosas no levantadas y enviarlas nuevamente a la entidad responsable	5 días hábiles siguientes al proceso del levantamiento de glosa informando al prestador la justificación de las glosas o la proporción que no fueron levantadas	Después de agotarse los términos previstos, acudirá a la SUPERSALUD para que sirva como garante conciliatorio.

Fuente: Ley 1438 de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social (33)

Respecto a los motivos de las glosas, la regulación, a partir de la resolución 3047 de 2008 (28), definió una codificación que permite identificar el motivo que la genera. En principio, esta resolución y su posterior modificación, la resolución 416 de 2009 (34), determinó codificar las glosas con tres dígitos donde el primero corresponde a los conceptos generales y los dos siguientes corresponde a los conceptos específicos de cada glosa. A continuación, la Tabla 3 presenta un ejemplo de código de glosa.

Tabla 3 Ejemplo de codificación de glosa

GENERAL	ESPECIFICO
6	53

Tomado de Resolución 3047 de 2008 (28)

Los conceptos generales hacen referencia a la agrupación de procesos en los que se puede presentar una situación motivo de glosa. Estos se agrupan en nueve categorías, ver Tabla 4, a partir de la información consignada en la Resolución 3047 de 2008 (28).

Tabla 4 Conceptos generales

COD	CONCEPTO GENERAL	APLICACION
1	FACTURACION	Cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados
2	TARIFA	Diferencias al comparar los valores facturados con los pactados
3	SOPORTES	Aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o

		ilegibles.
4	AUTORIZACION	Servicios NO autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas.
5	COBERTURA	Aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan
6	PERTINENCIA	No existe coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría medica
8	DEVOLUCIONES	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud
9	RESPUESTA A GLOSA O DEVOLUCION	Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable de pago

Fuente: Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social (28)

En ese mismo sentido, la Resolución 3047 indica que los conceptos específicos hacen referencia a los derivados del concepto general en la medida que se entienden como subprocesos contenidos en él. Estos pueden contenerse en un solo concepto general o en varios. La Tabla 5 muestra los códigos y los conceptos específicos contenidos en la resolución.

Tabla 5 Conceptos específicos

Código	Concepto Especifico
1	Estancia
2	Visitas medicas
3	Honorarios médicos en procedimiento
4	Honorarios otros profesionales asistenciales
5	Materiales
6	Medicamentos
7	Toma de muestra de laboratorio
8	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnostico)
9	Insumos
10	Equipos médicos
11	Factura excede tope autorizados
12	Facturar por separado por tipo de recobro (CTC, tutelas)
13	Error en suma de conceptos facturados
14	Datos insuficientes de usuario
15	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable

16	Usuario retirado o moroso
17	Valor en letras diferentes a valor en números
18	Error en descuento pactado
19	Profesional que ordena no adscrito
20	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud
21	Autorización de servicios no pactados
22	Autorización de servicios adicionales
23	Notas de evolución sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
24	Copia de historia clínica completa
25	Orden o formula medica
26	Comprobante del recibo de usuario
27	Orden de autorización de servicio vencida
28	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, Tutelas)
29	Factura no cumple requisitos legales
30	Factura ya cancelada
31	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
32	Falta de orden medica en la historia clínica
33	Evoluciones sin firma y sello de profesional
34	Evoluciones sin fecha y hora

Fuente: Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social (28)

5.2 Marco Contextual

La IPS es una organización de carácter privado que presta servicios de atención domiciliaria en salud a pacientes agudos y crónicos de baja, mediana y alta complejidad radicados en el Distrito de Buenaventura. La oferta de valor de esta organización está dirigida hacia una atención centrada en la seguridad del paciente. Tiene como misión ofrecer atención de pacientes que demandan un servicio con calidad y oportunidad.

Tiene servicios en medicina general, fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, fonoaudiología, enfermería, terapia enterostomal y laboratorio clínico. Se atienden pacientes del régimen contributivo y subsidiado del municipio de Buenaventura. En la actualidad cuentan con un promedio de 500 pacientes de todos los niveles y especialidades.

Para cubrir esta demanda, la organización cuenta un personal administrativo regional cercano a los 82 colaboradores y un personal asistencial cercano a los 157. La organización tiene contratos con Coosalud, Medimás, Coomeva, Comfenalco y Cruz Blanca. Se debe mencionar que esta información es referente a la estructura organizacional regional y no específica de la ciudad de

Buenaventura. En este municipio la IPS cuenta con 5 colaboradores administrativos y 25 profesionales de la salud en diferentes disciplinas.

De igual forma, esta organización ha presentado problemas de liquides en los últimos dos años. Varias noticias han refrendado esta situación donde en ocasiones se han retrasado con los pagos. Sin embargo, todo ello se ha venido subsanando.

5.3 Responsabilidad Social Organizacional

La responsabilidad social es un tema común en la actualidad, pero pocos se detienen a entenderla. Para empezar, es necesario contextualizar de forma somera sobre ella para poder identificar su importancia para este estudio.

En primer lugar, se definirá el término utilizado en este documento. Suele emplearse, sobre todo en Colombia, el término Responsabilidad Social Empresarial, o RSE dadas sus siglas. En algunos otros países y contextos, por ejemplo en Estados Unidos y Europa, suele emplearse el término RSC o Responsabilidad Social Corporativa como el común denominador (35,36). Sin embargo, el término que debería usarse y que tiene una amplitud conceptual mayor es RSO.

La Responsabilidad Social Organizacional o RSO, abarca a la responsabilidad que deben tener todos los tipos de organizaciones sin importar su denominación (35,36). En este sentido entonces a continuación se aborda conceptualmente el término organización.

5.4 Organizaciones, no instituciones

Desde la Sociología, pero principalmente desde la Ciencia de la Administración, se obtienen teorías que giran en torno al esclarecimiento conceptual de aquello que se entiende por *Organización*. Según diversos autores, una organización es toda aquella agrupación de personas que buscan objetivos en común (37–39).

Las organizaciones son los entes sociales, creados por las personas para, a través del uso de los recursos disponibles, transformar la realidad (36). Estas organizaciones pueden tener diferentes características y fines (29). Es decir, que en el concepto de organización se agrupan, desde organizaciones sociales sin ánimo de lucro, hasta organizaciones empresariales con ánimo de lucro (29). Las empresas son un tipo de organización.

A partir del trabajo de Londoño-Cardozo & Hernández Madroñero se identificó que, a grandes rasgos, los diferentes autores clasifican a las organizaciones según sus fines misionales; se aclara que esta no es ni la única, ni la mejor forma de clasificar a estos hechos sociales, pero es pertinente para el objeto de este trabajo. Esta clasificación es a) organizaciones con fines de lucro y b) organizaciones con fines no lucrativos (29).

Se entiende que los hospitales, los centros médicos de menor complejidad, las EPS, las IPS, incluso el ministerio de Salud son organizaciones. Como su función misional no es la obtención de utilidades, ganancias o lucros, se considera que todos los actores del sector Salud son organizaciones con fines no lucrativos. Todos los excedentes de la operación que se genere en estas organizaciones deben ser reinvertidos para el mejoramiento del servicio.

En este orden de ideas es donde se fundamenta el uso del término RSO. A continuación, se discute sobre la Responsabilidad Social en estas organizaciones y su relación con la incidencia de glosas.

5.5 RSO y actores del sector Salud

La Responsabilidad Social, en adelante RS, ha tenido diferentes matices. Según un artículo de opinión de Milton Friedman en el NY Times, la responsabilidad social de las empresas esta en generar ganancias para sus accionistas (40). Sin embargo, como se argumenta, algunas

organizaciones no buscan generar ganancias y, por lo tanto, esta postura cargada de pensamiento capitalista y utilitarista no puede aplicarse a las organizaciones del sector salud. Además, la postura de Friedman es reduccionista pues se acoge únicamente al factor económico.

Sin embargo, algunos autores consideran que el desempeño de la organización se puede y se debe medir desde diferentes frentes. En ese contexto Carroll consideró que el desempeño de una organización se puede medir desde lo económico, desde lo ambiental y desde la gestión de lo social (41). En este último entra la gestión de lo que se denominan grupos de interés. Es decir, de los *stakeholders* configurados en los colaboradores internos de la organización, los usuarios o clientes, los proveedores y la sociedad en sí misma.

Es decir que la RS debe estar configurada en cada uno de estos escenarios y ofrecer valor para cada uno de estos grupos (42). Para poder cumplir con ello, las organizaciones de cualquier tipo deben integrar en todos los niveles y en todas las operaciones que tengan políticas de RS (35,36). Es decir, la RS debe ser transversal a todas las actuaciones de una organización.

Para el caso de los actores de la salud en Colombia, la responsabilidad social no puede estar configurada únicamente en campañas de responsabilidad enfocada al paciente. La responsabilidad social se debe fundamentar en la gestión financiera, en la gestión de los recursos, en la gestión del personal, en la atención adecuada e idónea de los pacientes, en campañas de prevención (que no deben verse como una política de ahorro futuro). Adicionalmente, la RSO de los actores del sector salud se debe reflejar en el cumplimiento de todos los requisitos de legales y en la eficiencia de procesos que permita mejorar en cada momento su función misional, la atención integral del paciente y su cuidado.

En el contexto de la investigación, reducir la incidencia de glosas en las IPS no es solo un acto de responsabilidad financiera y de mejoramiento de las finanzas de la organización, sino un acto de RS. Esto principalmente por que la adecuada gestión de los recursos permite un buen flujo de caja y el cumplimiento de los pagos de funcionamiento. Además, porque el tiempo, el esfuerzo y el dinero empleado en resolver las devoluciones y las glosas se puede trasladar a escenarios de atención al paciente.

6.0 METODOLOGÍA

6.1 Caracterización general de la metodología empleada

En esta investigación, dadas sus características, se acudirá únicamente a fuentes secundarias de información. Este trabajo se enmarca en el enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se hará énfasis en una organización del sector salud ubicada en un municipio del Valle del Cauca a la que se le analizará la incidencia de glosas. A continuación, todo ello se describe con mayor detalle.

En primer lugar, es menester hablar del proceso de escogencia de la organización. En principio, se buscó una IPS que estuviera ubicada en el área metropolitana de Cali. Es decir, el interés focal fue alguna IPS ubicada o con influencia en Cali, Palmira, Jamundí, Yumbo o Candelaria. Adicionalmente, se segmentaron las IPS para realizar los análisis en IPS de mediano o pequeño tamaño. Esta decisión se tomó dado el interés de ayudar a mejorar la situación financiera de los pequeños o nuevos actores del sector. Sin embargo, al realizar las consultas respecto al acceso de información y factibilidad de trabajo no fue posible ubicar alguna de estas organizaciones.

Una vez se imposibilitó encontrar una IPS dispuesta a colaborar con la investigación se buscó una organización que contara con las características y que tuviera alguna cercanía con el equipo investigador. Esta es una IPS ubicada en el Distrito de Buenaventura que se encarga principalmente de realizar visitas domiciliarias a los pacientes agudos y crónicos de baja, mediana y alta complejidad.

Las fuentes de información serán secundarias y se dividen en dos tipos. Las primeras, serán, en esencia, los artículos científicos, tesis de grado, y documentos de ley que reglamentan, estudian o delimitan algunos aspectos del sector salud y la aparición, cobro y recobro de las facturas y las

glosas. Estos documentos son de libre acceso desde los motores de búsqueda en línea como Google y las bases de datos académicas con que cuenta la Universidad Santiago de Cali. El segundo tipo de fuentes son aquellas que proporciona la organización en estudio.

Las fuentes proporcionadas por la organización serán el principal insumo de análisis de la investigación. Se decidió acudir a estas fuentes secundarias dado que hacer un levantamiento de observación a partir de la información recopilada por las investigadoras se torna dificultoso dadas las características del modelo de atención de la organización. La información recolectada se realizó a través del sistema operativo Clinic Manager el cual se logró el acceso gracias a la colaboración del ingeniero de sistemas de la IPS quien facilito la recolección de los datos mediante informes de facturación con glosas, documentos institucionales y manuales de procesos, entre otros.

Posteriormente, se redujo la información relevante para la investigación dado a que la información inicial contenía las fechas de causación, fechas de prestación del servicio, estado de negociación, EPS con la que se generó la glosa, entre otra información no fundamental para el propósito de la investigación.

Se determinó que el estudio fuera de un carácter cuantitativo. Esto, debido a que, a partir del proceso hermenéutico de análisis documental, se pudo cruzar la información consultada con la suministrada por la organización e identificar el comportamiento de las Glosas ocurridas en el periodo de tiempo consultado.

6.2 Periodo de tiempo

En principio, se estableció que el periodo de tiempo analizado sería el del segundo trimestre del año 2018. Sin embargo, se decidió, dados los trámites administrativos internos de la organización para los permisos de usos de la información, dar libertad a la organización de presentar la

información relativa al año 2019 en cualquier espacio entre el 1 de enero y el 30 de agosto del año 2019. En este sentido, la información facilitada por la organización corresponde al periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2019, obteniendo 55 glosas en el periodo estudiado de un total de 500 atenciones con sus respectivos pagos.

Acudiendo a ello, este será el periodo observado. No fue posible que la IPS compartiera información que correspondiera a un periodo de tiempo mayor.

Tabla 6 Resumen de Glosas causadas en la IPS en el periodo. Elaboración propia

	fecha facturación	Tipo de atención	Valor unitario	Numero de ocurrencias	Causa de glosa	Valor Glosado
1	4/29/2019	Ambulatorio	\$7,000	347	Pertinencia - Procedimiento o actividad	\$2,429,000
2	2/20/2019	Hospitalización en Casa	\$302,521	1	Autorización - Autorización de servicios adicionales	\$302,521
3	6/18/2019	Ambulatorio	\$20,000	2	Facturación - Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	\$40,000
4	5/15/2019	Hospitalización en Casa	\$1,000	720	Facturación - Procedimiento o actividad	\$720,000
5	6/16/2019	Ambulatorio	\$72,000	30	Pertinencia - Consultas, interconsultas y visitas médicas	\$2,160,000
6	5/20/2019	Ambulatorio	\$35,000	1	Pertinencia - Consultas, interconsultas y visitas médicas	\$35,000
7	6/15/2019	Ambulatorio	\$72,000	1	Facturación - Procedimiento o actividad	\$72,000
8	6/19/2019	Ambulatorio	\$72,000	30	Pertinencia - Consultas,	\$2,160,000

					interconsultas y visitas médicas	
9	4/15/2019	Ambulatorio	\$135,000	1	Facturación - Procedimiento o actividad	\$135,000
10	1/17/2019	Enfermería	\$7,000	240	Autorización - Procedimiento o actividad	\$1,680,000
11	6/18/2019	Ambulatorio	\$72,000	30	Pertinencia - Consultas, interconsultas y visitas médicas	\$2,160,000
12	6/28/2019	Hospitalización en Casa	\$20,000	18	Facturación - Estancia	\$360,000
13	2/15/2019	Ambulatorio	\$56,000	15	Facturación - Procedimiento o actividad	\$840,000
14	5/20/2019	Ambulatorio	\$144,000	23	Pertinencia - Consultas, interconsultas y visitas médicas	\$3,312,000
15	6/19/2019	Banco de Sangre	\$72,000	30	Pertinencia - Consultas, interconsultas y visitas médicas	\$2,160,000
16	5/19/2019	Ambulatorio	\$20,000	12	Soportes - Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	\$240,000
17	1/28/2019	Hospitalización en Casa	\$20,000	18	Facturación - Estancia	\$360,000
18	6/20/2019	Banco de Sangre	\$56,000	18	Soportes - Copia de historia clínica completa	\$1,008,000
19	5/20/2019	Ambulatorio	\$56,000	16	Autorización - Procedimiento o actividad	\$896,000
20	4/16/2019	Ambulatorio	\$45,000	2	Facturación - Servicio o procedimiento incluido en otro	\$90,000
21	5/28/2019	Hospitalización en Casa	\$7,000	240	Autorización - Autorización de servicios adicionales	\$1,680,000
22	6/15/2019	Ambulatorio	\$72,000	12	Pertinencia - Procedimiento o actividad	\$864,000
23	2/27/2019	Terapias	\$35,000	1	Autorización -	\$35,000

					Consultas, interconsultas y visitas médicas	
24	3/19/2019	Consulta Medicina General	\$7,000	380	Autorización - Procedimiento o actividad	\$2,660,000
25	5/15/2019	Ambulatorio	\$144,000	13	Pertinencia - Procedimiento o actividad	\$1,872,000
26	6/27/2019	Terapias	\$7,000	360	Autorización - Consultas, interconsultas y visitas médicas	\$2,520,000
27	6/12/2019	Ambulatorio	\$505	15972	Tarifas - Medicamentos	\$8,065,860
28	2/28/2019	Hospitalización en Casa	\$35,000	1	Autorización - Procedimiento o actividad	\$35,000
29	2/20/2019	Ambulatorio	\$7,000	716	Pertinencia - Procedimiento o actividad	\$5,012,000
30	2/20/2019	Hospitalización en Casa	\$7,000	744	Pertinencia - Procedimiento o actividad	\$5,208,000
31	6/19/2019	Banco de Sangre	\$72,000	4	Pertinencia - Consultas, interconsultas y visitas médicas	\$288,000
32	3/27/2019	Hospitalización en Casa	\$1,764,706	1	Pertinencia - Materiales	\$1,764,706
33	3/19/2019	Consulta Medicina General	\$35,000	1	Autorización - Procedimiento o actividad	\$35,000
34	6/15/2019	Ambulatorio	\$35,000	1	Facturación - Consultas, interconsultas y visitas médicas	\$35,000
35	4/21/2019	Ayudas Terapéuticas II y III Nivel	\$7,000	402	Autorización - Procedimiento o actividad	\$2,814,000
36	6/20/2019	Ambulatorio	\$72,000	26	Pertinencia - Procedimiento o actividad	\$1,872,000
37	3/27/2019	Ambulatorio	\$7,000	112	Pertinencia - Procedimiento o actividad	\$784,000
38	1/5/2019	Hospitalización en Casa	\$20,000	7	Facturación - Estancia	\$140,000
39	5/27/2019	Ambulatorio	\$72,000	30	Pertinencia - Procedimiento o	\$2,160,000

					actividad	
40	1/27/2019	Terapias	\$200,000	2	Autorización - Consultas, interconsultas y visitas médicas	\$400,000
41	6/19/2019	Ambulatorio	\$72,000	31	Pertinencia - Procedimiento o actividad	\$2,232,000
42	4/16/2019	Ambulatorio	\$25,000	2	Facturación - Servicio o procedimiento incluido en otro	\$50,000
43	2/20/2019	Hospitalización en Casa	\$605,042	1	Autorización - Autorización de servicios adicionales	\$605,042
44	2/27/2019	Hospitalización en Casa	\$17,000	48	Tarifas - Consultas, interconsultas y visitas médicas	\$816,000
45	2/20/2019	Ambulatorio	\$7,000	360	Pertinencia - Procedimiento o actividad	\$2,520,000
46	4/27/2019	Hospitalización en Casa	\$605,042	1	Pertinencia - Materiales	\$ 605,042
47	2/20/2019	Ambulatorio	\$302,521	1	Facturación - Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)	\$302,521
48	3/19/2019	Consulta Medicina General	\$20,000	9	Autorización - Procedimiento o actividad	\$180,000
49	6/20/2019	Ambulatorio	\$35,000	1	Pertinencia - Consultas, interconsultas y visitas médicas	\$35,000
50	6/20/2019	Ambulatorio	\$72,000	30	Pertinencia - Procedimiento o actividad	\$2,160,000
51	6/20/2019	Ambulatorio	\$72,000	2	Pertinencia - Procedimiento o actividad	\$144,000
52	6/12/2019	Ambulatorio	\$505	28	Tarifas - Medicamentos	\$14,140
53	3/27/2019	Hospitalización en Casa	\$1,000	720	Tarifas - Honorarios otros profesionales asistenciales	\$720,000

54	5/27/2019	Hospitalización en Casa	\$302,521	1	Autorización - Materiales	\$302,521
55	5/15/2019	Ambulatorio	\$72,000	1	Pertinencia - Procedimiento o actividad	\$72,000
TOTAL						\$70,162,353

7. Criterios de Selección

Dada la información aportada, se procedió identificar la facturación a analizar a partir de la base de datos. Para este propósito se tuvieron en cuenta dos criterios. Se trató de a) los criterios de inclusión y b) los criterios de exclusión.

7.1 Criterios de inclusión

- Facturas con glosas en la prestación de servicios de salud de un Centro de Atención Medica Domiciliaria en Buenaventura durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio del 2019.

Sin embargo, este criterio no pudo ser utilizado por que la IPS facilitó la información correspondiente únicamente a este periodo.

7.2 Criterios de Exclusión

- Facturas con glosas en la prestación de servicios de salud de un Centro de Atención Medica Domiciliaria en Buenaventura que corresponda a un periodo diferente. Al igual que con los criterios de inclusión, estos no tuvieron que ser empleados dado que los datos correspondían específicamente a el periodo de tiempo establecido.

8.0 Recolección de Datos

8.1 Análisis de la Información

Al realizar el análisis de los datos aportados por la organización se encuentran datos que son relevantes para el análisis. En primer lugar, la IPS reportó 55 glosas en el periodo observado. Llama la atención que el total de estas facturas con glosa corresponden a el acuerdo económico entre la IPS y MEDIMAS EPS. Se les consultó a los encargados de la IPS sobre esta coincidencia y no pudieron expresar las razones. Se verificó que los datos aportados no correspondiesen únicamente a esta EPS y con ello se identificó que en el periodo estudiado las glosas solo se presentaron con esta organización.

Se debe resaltar que dicha EPS es el principal cliente la IPS por lo que esto podría significar la aparición de esta ocurrencia. Otro dato que pareció relevante fue el hecho que algunas de las causas de glosas fueran tan comunes que llegaban a repetirse en más de cien veces; este es un fenómeno que se analizara en líneas posteriores.

Dentro de los inconvenientes presentados durante la recolección y el análisis de datos se identificó que el sistema operativo con el que la IPS cuenta presenta ciertas falencias en el diligenciamiento de las notas de evolución e historia clínica por parte del profesional de salud; esto debido a que el sistema requiere del uso de internet para su funcionamiento.

Teniendo en cuenta que Buenaventura es un distrito en proceso de desarrollo existen zonas donde no se cuenta con la prestación de mencionada red y por ende dificulta llevar a cabalidad dicho proceso; cuando esto no es posible se brinda la opción de realizar evoluciones de manera manual aumentando el riesgo de la generación de glosas por letra ilegible, enmendaduras, tachaduras y datos incompletos.

Así mismo, se identificó que existen zonas de alto riesgo que en muchas ocasiones dificulta el acceso del profesional de salud para la prestación del servicio.

9. Análisis y Resultados de Datos

Tabla de Variables de Análisis

Tabla 7. Tabla de Variables Cualitativa. Elaboración propia

Variable	Definición Operacional	Unidad de Medida	Tipo de Variable
Tipo de Glosa	Identificación del origen de causal de la glosa	Administrativo - Asistencial	Cualitativa

Tabla 8. Tabla de Variables Cuantitativa. Elaboración propia

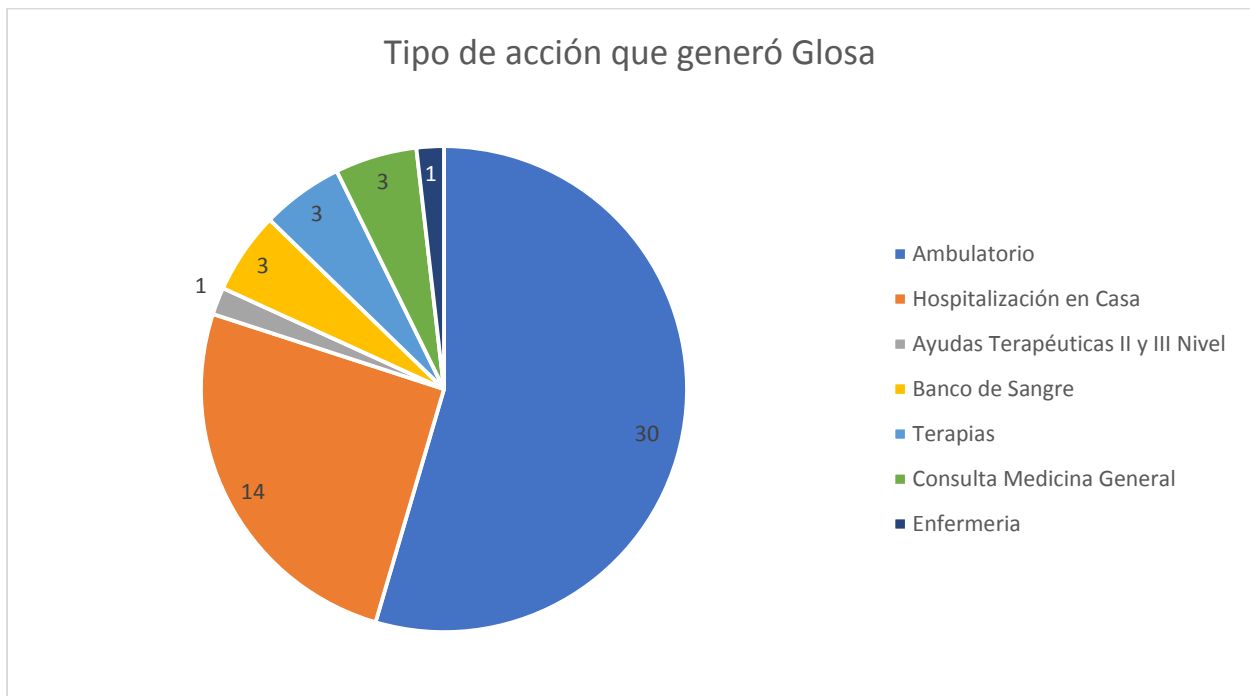
Variable	Definición Operacional	Unidad de Medida	Tipo de Variable
Valor glosado	Cantidad en dinero como objeción o glosa a la factura	Cuantitativa	Razón

El total de las glosas en el periodo corresponden a \$70,162,353 millones de pesos. Dentro de las actividades que presentaron un mayor número de glosas se encuentran los procedimientos ambulatorios. Las actividades generadoras de glosas se pueden observar en el Gráfico 2.

La siguiente actividad que más glosas genera es la hospitalización en casa. Posteriormente, Banco de Sangre, Consulta médica externa y terapias aportan igual número de glosas y finalmente, enfermería y ayudas terapéuticas contribuyen con una glosa cada una.

La IPS lleva, en su base de datos, información detallada acerca del causal de las glosas. A partir de esta información, el equipo investigador clasificó las causales de glosas de la IPS, según las categorías propuestas en la revisión bibliográfica.

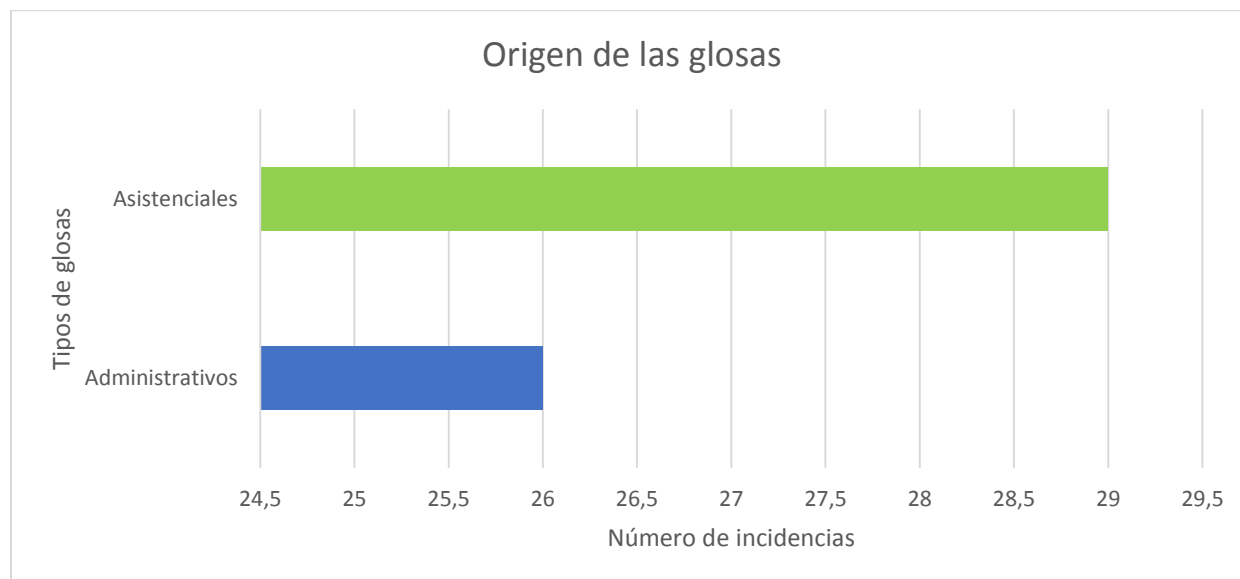
Gráfico 2 Actividades que generan glosas en el periodo estudiado



Elaboración propia

Respecto al origen de las glosas, ver Gráfico 3, se identificó que el 53% de las glosas causadas provienen del área asistencial y el 47% proviene de errores administrativos. Uno de los causales más comunes de glosa generada en el área asistencial corresponde a procedimientos que, según la EPS, podrían ser llevados a cabo por un familiar o persona a cargo no vinculado a la IPS. Esto se evidenció principalmente en los casos de hospitalización en casa con enfermera doce horas.

Gráfico 3 Tipo de glosa



Elaboración propia

Esta glosa por poca pertinencia de la labor del enfermero en casa se evidenció, según la EPS, en las actas de los servicios prestados llenadas por el prestador. Con una frecuencia de 347 ocurrencias, es pertinente revisar el proceso realizado por el profesional de la salud, la pertinencia de su asignación o las funciones autorizadas para realizar. La EPS consideró que las acciones realizadas no eran del resorte de la IPS ni cubiertas por el POS.

En este sentido se deben revisar las autorizaciones y la asignación de profesionales al cuidado de los pacientes. La justificación de mayor ocurrencia es “se aplica glosa a los cuidados de auxiliar de enfermería 12 horas, ya que el diagnóstico del paciente no necesita los cuidados, del técnico de auxiliar en enfermería. Ya que son cuidados básicos y lo puede realizar los familiares”. En este sentido surge la pregunta ¿la IPS esta asignando profesionales a pacientes que no necesitan de ello? Si la respuesta es afirmativa procede la siguiente pregunta ¿Esto se hizo por presión social o legal desde los familiares o el paciente hacia la IPS o es decisión propia de esta para prestar un mejor servicio?

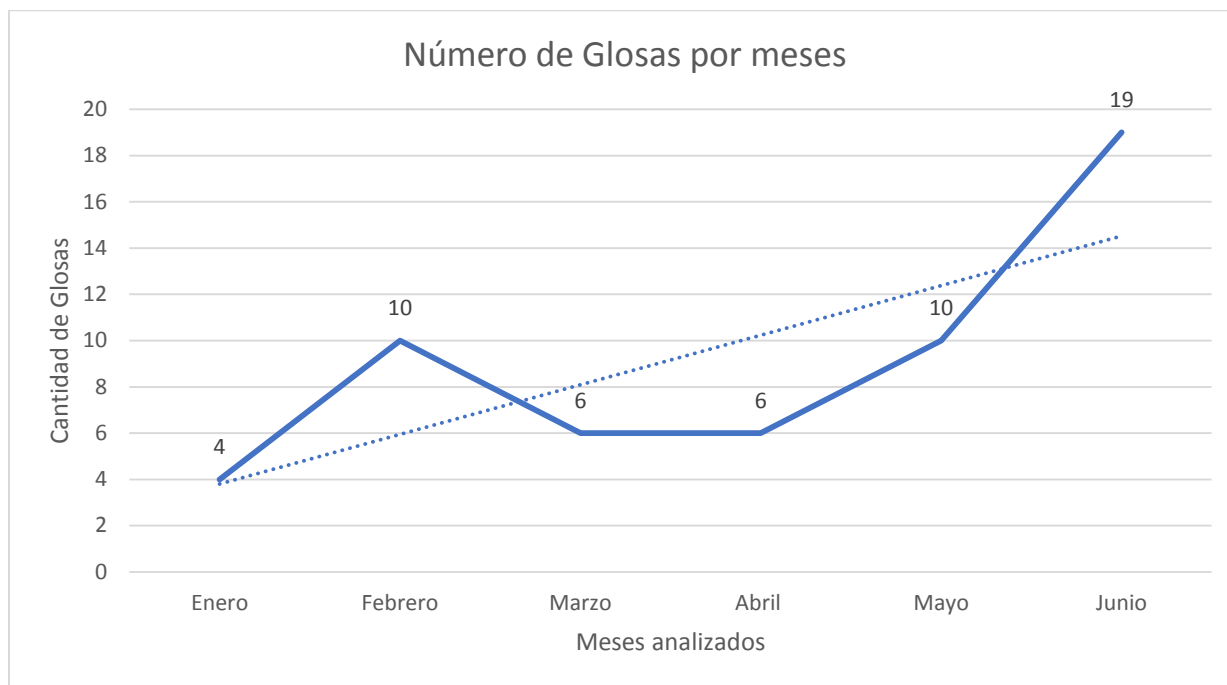
Al trasladar estas preguntas a las directivas de la IPS la respuesta giró en torno al manual de procedimientos. Al parecer, en el manual de procedimientos, en el manual de atención al paciente y de cuidado integral contiene algunos procesos de atención que rayan en el límite entre lo que podría realizar un cuidador familiar y un profesional de la salud. Esto entre en el debate entre si delegar algunos cuidados a los familiares o si por el contrario el sistema de salud debe realizar un cuidado integral. Se les recomendó a los directivos de la IPS revisar ese ítem del manual de procedimientos. Esto, toda vez que, aunque las intenciones de la IPS son loables, el valor de estas glosas afecta la liquidez y estabilidad financiera de la organización.

La aplicación de la Resolución 3047 del 2008 (28) tiene como consecuencia que, en muchos casos, se presenta una crisis que acrecienta con el tiempo en las IPS y que radica en la falta de procesos de control interno para los servicios de facturación; lo cual da lugar a la presentación de las glosas por parte de las entidades administradoras sobre las instituciones prestadoras del servicio.

Respecto a las glosas de origen administrativo, el principal causal es la objeción a tarifas de procedimientos no pactados entre la EPS y la IPS. Adicionalmente se presentan algunas inconsistencias en las horas facturadas y las horas autorizadas, en relación con la cantidad, autorizadas para el servicio. La principal causante de ello son las condiciones adversas presentes en el municipio de Buenaventura que dificultan, en muchos casos, la atención de los pacientes y hacen que los procesos de atención tarden más.

Respecto a la tendencia de aparición de glosas, el Gráfico 4 muestra que la tendencia de aparición de glosas es creciente. El mes con mayor incidencia es junio con diecinueve reportes. El año comienza con cuatro reportes que ascienden rápidamente a 10 en el siguiente mes y de ahí en adelante baja por dos meses a 6 y comienza una tendencia ascendente.

Gráfico 4 Frecuencia de glosas por meses y tendencia



Elaboración propia

El universo de los datos facilitados por la organización no permite verificar si la tendencia al alza en el número de glosas se mantiene durante los periodos siguientes. Adicionalmente se debe mencionar que la información presentada en el Gráfico 4 corresponde a la fecha en que se facturó el servicio y no la fecha en que la EPS reportó la glosa.

En general, la mayoría de las glosas generadas es por inconsistencia en la documentación, tanto a nivel administrativo como a nivel prestacional. En este sentido pareciera que muchos de los colaboradores de la organización no conocen o no ponen en práctica las acciones descritas en el manual de procedimiento. La otra causa principal, la inconsistencia entre servicios autorizados y servicios prestados está en consonancia con la no equivalencia entre la reglamentación, el sistema de salud y las condiciones específicas de las variables características del país que en muchos casos obliga a llevar a cabo procesos que no están reglamentados o cobijados en la norma.

10. Conclusiones

Los tiempos entre la prestación del servicio, la generación de la factura, la revisión de la auditoria, la recepción de las facturas por parte de las entidades deudoras, más el tiempo que se toma la notificación de la glosa y todos los efectos que esta conlleva, hacen que las entidades deudoras se apalanquen con estos recursos afectando así la liquidez de la IPS.

La mayoría de las glosas generadas en el periodo estudiado eran evitables si se contaran con eficientes sistemas de facturación, si los colaboradores conocieran eficientemente el sistema de gestión de calidad y lo relacionado a papeleo. Adicionalmente, si los acuerdos de prestación del servicio entre la IPS y la EPS cubrieran todos los aspectos del servicio ayudaría a la reducción de las glosas por costos y actividades no contempladas.

Evidentemente, muchas de las acciones aquí propuestas caen en lugares comunes. Sin embargo, es inevitable hacer estas sugerencias dado que es lo más pertinente dada la situación, el contexto legal, social y financiero del sistema de salud.

Adicionalmente, las IPS, especialmente la estudiada, deberían considerar realizar una inversión en la mejora de su tecnología y en la capacitación integral de su personal que evite la recurrencia de las glosas y de las devoluciones. Se recomienda ahondar en investigaciones alrededor las certificaciones en la gestión de la calidad en las organizaciones de salud que permitan aclarar este panorama. Otro aspecto en el que se recomienda la realización de investigaciones es en el análisis de las funciones y actividades del personal asistencial, especialmente en lo referido a las IPS, que como homecare, desarrollan sus labores en los domicilios de sus pacientes.

Por último, se evidenció una desarticulación entre las diferentes regulaciones y las condiciones sociales, geográficas y financieras específicas de cada territorio. Esto se manifiesta, por ejemplo,

en la dificultad de atender pacientes en zonas de alto riesgo o de difícil acceso que incrementan los tiempos y los costos de operación y que pueden ser causal de glosas por no pertinencia.

En todo lo anterior, se configura la necesidad de entender los alcances de la responsabilidad social. La pertinencia de este concepto no es únicamente relativo a los ingresos de las organización y a los rendimientos que estos generan sino a la creación de valor y la estabilidad de todo un sistema y sus actores, incluida la comunidad. Con los dineros que se dejan de percibir con las glosas, la organización podría realizar campañas de prevención, o capacitación para los familiares de sus pacientes con hospitalización en casa que mejore sus condiciones y el trato familia/paciente.

11. Recomendaciones

11.1 Acciones de mejora

Los hallazgos obtenidos favorecen el despliegue de acciones de mejora que surgen de las evaluaciones periódicas de las fallas encontradas y que impactan el porcentaje de glosas propiciadas, buscando así limitar el desequilibrio financiero causado por los dineros no recibidos por los errores cometidos. En este contexto, se configuran algunas acciones que el equipo investigador ha sugerido a la IPS para prevenir la aparición de glosas en la facturación.

- Revisar el manual de procedimientos, tanto de la parte asistencial, como de la parte administrativa. Esta revisión esta direccionada no solo al ajuste continuo de los procesos, sino a la socialización y mejora en la capacitación y conocimiento de estos por parte de todos los colaboradores. La organización podría invertir algún recurso en estas capacitaciones o en la implementación de algún sistema asistido por tecnología que reduzca los errores en todos los ámbitos de la organización.
- La organización deberá reevaluar todos sus servicios y las negociaciones que tiene con las EPS, en especial con MEDIMAS o quien la reemplazó dado que se evidenciaron muchos procedimientos no contemplados en el contrato de prestación del servicio. Esto es importante dado que, aunque esto se puede subsanar en las conciliaciones, es pertinente que todas las posibles decisiones de acción que tome estén cubiertas en su marco legal y jurídico.
- Realizar capacitación del personal asistencial puesto que se pudo inferir, a partir de las entrevistas con los encargados, que los encargados del cuidado, sobre todo en el área de

enfermería suelen colocar o realizar acciones, por buena fe, que no son contempladas en el POS o son reconocidos como cuidados básicos y las EPS consideran que son potestad de los familiares y no del servicio que la IPS presta en nombre suyo.

11.2 RSO como componente fundamental

Como se argumentó, la Responsabilidad Social Organizacional debe ser transversal a todos los aspectos organizacionales. En ese contexto, las acciones de mejora propuestas están encaminadas a mejorar la RSO de la IPS en tanto que mejorar los procesos de papeleo, ajustar las actividades realizadas a los marcos contractuales, permiten una mejor distribución del dinero que entra a la IPS.

Con un correcto desempeño, la IPS puede garantizar no solo un correcto y oportuno pago de sus obligaciones laborales y contractuales, sino el mejoramiento de las condiciones de trabajo de sus colaboradores. Por otro lado, tener un eficiente flujo de efectivo y una eficiente gestión de los recursos permite, al final de cuentas mejorar las condiciones de la atención a los pacientes.

Todo ello está encaminado hacia la creación de valor compartido. En este caso, mejorar las condiciones financieras de la IPS mejora las condiciones y la estabilidad laboral de los colaboradores, mejora la atención al paciente y genera valor para los proveedores que reciben su pago en el tiempo y la proporción justa.

Evidentemente, tener una política de responsabilidad social integral e integrar ello a los sistemas de gestión de calidad en todas las áreas y procesos de la organización es uno de los caminos para lograr una mejora en el sistema de salud en su conjunto. Este, además de las reformas estatales pertinentes son una parte de la solución planteada para el sistema de salud nacional y para el

complimiento de los objetivos misionales de las organizaciones de salud; mejorar las condiciones de vida y de salud de las personas.

Referencias

1. Administradora de los Recursos del sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). ¿Qué es la ADRES? [Internet]. Administradora de los Recursos del sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). [citado 12 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.adres.gov.co/La-Entidad/-Qu%C3%A9-es-la-ADRES>
2. Arroyave Zuluaga ID. La organización de la salud en Colombia. Primera ed. Medellín, Colombia: Hospital Universitario San Vicente de Paul; 2009. 585 p.
3. Superintendencia Nacional de Salud. La libre escogencia de instituciones prestadoras de servicios de salud. Concepto, 48933 2011 p. 8.
4. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Pública México. enero de 2011;53(2):144-55.
5. Quintana R, Salgado L, Torres D. Gestión de glosas para prestadores de servicios de salud [Trabajo de Grado para optar al título de Especialista en gerencia de servicios de salud]. [Bogotá, Colombia]: Universidad Sergio Arboleda; 2016.
6. Calderón CAA, Cardona Botero J, Ortega Bolaños J, Robledo Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16:2817-28.
7. Merlano-Porras CA, Gorbanev I. Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. Gerenc Políticas Salud. 10 de junio de 2013;12(24):74-86.
8. Bernal O, Barbosa S. La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. Salud Pública México. 15 de septiembre de 2015;57(5):433-40.
9. Bottia M, Cardona Sosa L, Medina C. El SISBEN como mecanismo de focalización individual del régimen subsidiado en salud en Colombia: ventajas y limitaciones. Rev Econ Rosario. 2012;15(2):137-77.
10. Patiño JF. El sistema de salud de Colombia: crisis sin precedentes. Rev Colomb Cir. 2013;28(4):259-61.
11. Rivera Triviño AF. Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis desde las particularidades financieras de las EPS. Gest Desarro. 2015;10(1):103-16.
12. Espitia Roza PA. Identificación causales de glosas aplicadas en los servicios de salud en el tercer trimestre de 2014 en la E.S.E Hospital san Rafael de Oiba [Trabajo de grado para optar al título de Auditor en Salud]. [Medellín]: Universidad Autónoma de Bucaramanga, Universidad CES de Medellín; 2015.
13. Orozco Gálvez M, Garzón Pérez GeA, Mejía Londoño CI. Glosas generadas en ASSBASALUD E.S.E en el primer semestre del año 2017 y 2018 [Trabajo de grado para

- optar al título de Auditor en Salud]. [Pereira]: Institución Universitaria del Área Andina; 2019.
14. López Mendoza AC, Gallego Orozco A, Pinzón Castaño CE, Betancur Pulgarin CL, Eusse Londoño JB. Caracterización Glosas, Hospitalización Clínica Central del Quindío, Segundo Semestre 2016 [Internet]. Armenia, Quindío. Colombia; 2018. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323666211_CHARACTERIZACION_GLOSAS_HOSPITALIZACION_CLINICA_CENTRAL_DEL_QUINDIO_SEGUNDO_SEMESTRE_2016_AUTORES
 15. Hernández Rivera J, Torres García MF, Gérez González EC. Causal de glosa en la facturación por la prestación de servicios de salud en la IPS odontológica Santa María S.A.S en el primer semestre de 2017 [Trabajo para optar al título de especialista en auditoria de instituciones de salud]. [Pereira]: Fundación Universitaria del Área Andina; 2018.
 16. Chavarría Chavarría T. Desarrollo e implementación de una herramienta para la validación de cuentas médicas y gestión de glosas en el sector salud en Colombia. Med UPB. 2018;37(2):131-41.
 17. Arango Quintero MC, Fernández López A. Modelo de administración de glosas en la IPS Universitaria de la ciudad de Medellín [Tesis Maestría en Administración en Salud]. [Medellín, Colombia]: Universidad CES - Universidad del Rosario; 2011.
 18. Hernández Aguilar CM, Chinome Sarmiento JP, García Camargo KL, Martínez Prada AY. 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 [Proyecto de grado presentado como requisito optar al título de Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Servicios de Salud]. [Bucaramanga]: Universidad de Santander; 2017.
 19. Jaramillo Duarte AP, Plata Benavides LJ. Análisis de glosas en una E.S.E de primer nivel de Santander entre el periodo de julio de 2017 a junio de 2018 y formulación de plan de mejoramiento [Proyecto de grado presentado como requisito optar al título de Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Servicios de Salud]. [Bucaramanga]: Universidad de Santander; 2019.
 20. Ministerio de la protección social. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. Unificación. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia; 2009.
 21. Administradora de los Recursos del sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), Ministerio de Salud de Colombia. Boletín de resultados proceso de recobros. 1 de Agosto de 2017 a 31 de Marzo de 2018. Dirección de Otras Prestaciones [Internet]. Ministerio de Salud; 2018. Disponible en: http://www.med-informatica.com/OBSERVAMED/ADRES/ADRES_BoletinRecobrosTrimestre1de2018_01ago17a31mar18.pdf
 22. Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. Informe final de auditoria contrato 253 de 2013 [Internet]. Colombia: Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.; 2013 nov [citado 12 de

- junio de 2018] p. 4. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/images/pdf/ENTES%20Y%20MECANISMOS%20DE%20CONTROL/REPORTE%20CONTROL%20INTERNO/INFORME%20FINAL-%20PROCESO%20DE%20FACTURACION%202013.pdf>
23. Savia Salud EPS. Informe de gestión 2016 [Internet]. Medellín, Colombia: Savia salud EPS; 2016 [citado 28 de septiembre de 2019] p. 330. Disponible en: <https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/media/attachments/2019/02/05/Informe%20de%20Gesti%C3%B3n%202016.pdf>
 24. Savia Salud EPS. Informe de gestión 2017 [Internet]. Medellín, Colombia: Savia salud EPS; 2017 [citado 9 de octubre de 2019] p. 212. Disponible en: <https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/media/attachments/2019/02/05/Informe%20de%20Gesti%C3%B3n%202017.pdf>
 25. Savia Salud EPS. Informe de gestión 2018 [Internet]. Medellín, Colombia: Savia salud EPS; 2018 [citado 12 de octubre de 2019] p. 284. Disponible en: https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/images/PDF_Informe_de_Gestion2018.pdf
 26. Ministerio de la protección social. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Decreto, 4747 2007 p. 10.
 27. Ministerio de Salud y protección social. Ministerio de Salud y Protección Social. Fuentes de Financiación y Usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS. Bogotá: Dirección de Financiamiento Sectorial, Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
 28. Ministerio de la protección social. Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. Resolución, 3047 2008.
 29. Londoño-Cardozo J, Hernández Madroñero I. El problema de los conceptos científicos en la clasificación de las organizaciones. En: Conjeturas organizacionales Fundamentos para el estudio de la organización. Primera. Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2018. p. 103-28.
 30. Gómez-Arias RD, Nieto E. Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? Rev Peru Med Exp Salud Pública. diciembre de 2014;31:733-9.
 31. Acosta B. LS, Rodríguez B LC, Londoño-Cardozo J. El retorno de Veblen en el contexto de las nuevas instituciones. Rev Ens. 2018;10(1):173-80.
 32. North DC. Instituciones, ideología y desempeño económico. Cato institute; 1992.

33. Ministerio de la protección social. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley, 1438 2011.
34. Ministerio de la protección social. Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones. Resolución, 416 2009.
35. Tello Castrillón C, Rodríguez Córdoba M del P. Categorías conceptuales para el estudio de la responsabilidad social organizacional. HALLAZGOS. 2014;11(22):119-35.
36. Tello-Castrillón C, Londoño-Cardozo J. Responsabilidad Social Organizacional, definiciones y aplicación. Palmira, Valle del Cauca; 2019.
37. Tello-Castrillón C. Abordaje de conceptos sobre la organización. Primera ed. Palmira: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2009. 100 p.
38. Tello-Castrillón C. El concepto de organización, tan cerca y tan lejos. En: Conjeturas organizacionales: fundamentos para el estudio de la organización. Primera Edición. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2018. p. 79-102.
39. Dávila C. Teorías organizacionales y administración. Enfoque crítico. Segunda Edición. Bogotá, Colombia: Editorial Presencia LTDA; 2001. 246 p.
40. Friedman M. La responsabilidad social de la empresa es incrementar sus beneficios. The New York Times Magazine. 13 de septiembre de 1970;1:122-6.
41. Carroll AB. A three-dimensional conceptual model of corporate performance. Acad Manage Rev. 1979;4(4):497-505.
42. Porter ME, Kramer MR. La creación de valor compartido. Harvard business review. 2011;1-18.