

Estrategias administrativas para la optimización de la auditoría de cuentas médicas en el  
Hospital Eduardo Arredondo Daza de Valledupar, periodo 2024–2025

Alberto Mario Osorio Arlante

Enfermero

Universidad Popular del Cesar  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Especialización en Gerencia en Salud

Valledupar, Cesar

2026

Estrategias administrativas para la optimización de la auditoría de cuentas médicas en el  
Hospital Eduardo Arredondo Daza de Valledupar, periodo 2024–2025

Alberto Mario Osorio Arlantte

Enfermero

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
Especialista en Gerencia en Salud

Directora:

Aura Lucía Parada Castro

Universidad Popular del Cesar

Facultad de Ciencias de la Salud

Especialización en Gerencia en Salud

Valledupar, Cesar

2026

## **DEDICATORIA**

Con el mayor aprecio tanto para Carlos Alberto Osorio Arlantte, mi padre, mi guía y siempre mi ejemplo a seguir, como para Marina Arlantte, mi abuela, ejemplo de fuerza, dedicación y amor, que me acompañan en otro plano terrenal.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y el motor de mi vida.

A mis padres, Carlos Alberto Osorio Arlante y Glenda Ruth Arlante Ariza; A quienes les debo todo lo que soy. Gracias por su amor incondicional, por los valores que me han inculcado y por ser mi ejemplo constante de perseverancia. Este logro es tan suyo como mío, pues su apoyo fue el cimiento sobre el cual construí este sueño.

A mi Esposo, Samir Andrés Salazar Mateo, mi compañero de camino, amigo fiel y pilar fundamental en mi vida. Gracias por estar a mi lado en los momentos de incertidumbre, por tu paciencia infinita y por creer siempre en mis capacidades

A mi directora de tesis, Aura Lucía Parada Castro, por su excelente guía, rigurosidad académica y generosidad al compartir sus conocimientos.

A mi familia y amigos, Quienes de diversas maneras me acompañaron y alentaron durante este proceso de estudio. Gracias por cada palabra de ánimo, por el tiempo compartido.

## TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	3
AGRADECIMIENTOS .....	4
TÍTULO .....	7
RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN .....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
FORMULACIÓN DE PROBLEMA .....	13
JUSTIFICACIÓN .....	14
PROPÓSITO .....	16
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....	17
OBJETIVOS.....	18
OBJETIVO GENERAL .....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
MARCO REFERENCIAL .....	19
MARCO CONCEPTUAL.....	19
MARCO LEGAL.....	22
MARCO TEÓRICO.....	24
ANTECEDENTES .....	29
Antecedentes internacionales.....	29
Antecedentes regionales .....	30
Antecedentes nacionales.....	31
METODOLOGÍA.....	33
ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
TIPO DE ESTUDIO.....	33
UNIVERSO Y MUESTRA .....	34
Tabla 1.....	35
Indicadores de medición.....	35
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	35
Instrumentos y técnicas de recolección de la información .....	36
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	36
RESULTADOS .....	37
Tabla 2.....	37
<i>Caracterización de glosas por entidad responsable del pago (2024-2 – 2025-1)</i> .....	37

Tabla 3.....	39
Distribución de glosas según tipo de causal (2024-2 – 2025-1) .....	39
Figura 2.....	40
Conceptos de glosas con su valor en pesos (2024-2 – 2025-1).....	40
Tabla 4.....	41
Valores conciliados: comparación entre IPS y EPS (2024-2 – 2025-1).....	41
Gráfico 3.....	42
Comparación de valores aceptados: IPS vs EPS (2024-2 – 2025-1).....	42
Tabla 5.....	45
Indicadores de medición.....	45
Tabla 6 .....	47
Estrategias de acción y mejoramiento de los procesos de auditoría de cuentas médicas .....	47
CONCLUSIONES .....	59
RECOMENDACIONES .....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	64

## **TÍTULO**

ESTRATEGIAS ADMINISTRATIVAS PARA OPTIMIZACIÓN DE LA AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS EN HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA DE VALLEDUPAR PERIODO 2024-2025

## **RESUMEN**

En el sistema de salud colombiano, las glosas constituyen no conformidades detectadas durante la auditoría de cuentas médicas, asociadas principalmente a errores de facturación, inconsistencias en la codificación, ausencia de soportes y falta de pertinencia clínica. Estas generan un impacto negativo en la liquidez de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), afectando su sostenibilidad financiera y capacidad operativa.

El objetivo de esta investigación fue diseñar estrategias administrativas orientadas a la identificación, prevención y corrección de glosas en el Hospital Eduardo Arredondo Daza de Valledupar durante el periodo 2024-2025. Se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo, de cohorte transversal retrospectiva, basado en el análisis de 4.183 facturas glosadas correspondientes a diferentes entidades responsables de pago.

Los resultados evidencian que las glosas por soporte y por causales mixtas concentran el mayor impacto financiero, destacándose la concentración del riesgo en ADRES y Famisanar. A partir de estos hallazgos, se formularon estrategias administrativas estructuradas bajo el ciclo PHVA, orientadas al fortalecimiento de la gestión documental, la estandarización de procesos y el mejoramiento continuo de la auditoría de cuentas médicas.

Se concluye que la implementación de estrategias administrativas integrales contribuye significativamente a la reducción de glosas, optimización del flujo de recursos y fortalecimiento de la sostenibilidad financiera institucional.

**Palabras clave:** auditoría de cuentas médicas, glosas, gestión administrativa, viabilidad financiera, gerencia en salud, eficiencia en salud, recuperación de cartera, facturación en salud.

## **INTRODUCCIÓN**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, establecido mediante la Ley 100 de 1993 y complementado por la Ley 10 de 1990, introdujo transformaciones estructurales en la forma de financiar, organizar y controlar la prestación de los servicios de salud. En este contexto, se consolidaron los procesos de facturación como un pilar esencial para el registro, liquidación y cobro de los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a las entidades responsables del pago (EPS), con base en manuales tarifarios y disposiciones normativas vigentes.

Como parte de estos procesos, la auditoría de cuentas médicas adquiere un papel fundamental al verificar la pertinencia clínica, administrativa y financiera de los servicios facturados. Sin embargo, uno de los principales riesgos asociados a la facturación en salud es la generación de glosas, entendidas como objeciones parciales o totales a las cuentas presentadas, derivadas de errores administrativos, inconsistencias documentales, fallas en la codificación, ausencia de soportes clínicos o falta de pertinencia médica. Estas situaciones generan un impacto desfavorable en el flujo de caja de las IPS, traduciéndose en retrasos en los pagos, aumento de la cartera y, en escenarios críticos, afectación directa a la operatividad institucional.

A pesar de los esfuerzos normativos implementados por el Ministerio de Salud y Protección Social para mejorar la relación financiera entre EPS e IPS y reducir el impacto de las glosas, estas continúan representando un desafío estructural para la sostenibilidad del sistema. La acumulación de cuentas glosadas implica procesos prolongados de conciliación, alta carga administrativa y pérdida del valor adquisitivo del recurso económico en el

tiempo, lo cual limita la capacidad de las instituciones para invertir en infraestructura, talento humano y mejora de la calidad del servicio.

En el contexto particular de la institución objeto de estudio el Hospital Eduardo Arredondo Daza (HEAD) de Valledupar, considerado un pilar fundamental en la atención de baja complejidad y una cobertura aproximada según el Informe de Gestión Pública de Rendición de Cuentas e la Vigencia (2024) 252.588 afiliados; Durante el periodo 2024-2 y 2025-1 se evidenciaron amenazas financieras con alto impacto institucional, con un promedio de 4.183 glosas traducido a 335.357.069 millones de pesos, desencadenado a razón de deficiencia en los procesos de facturación, radicación, anexos documentales y auditoría de cuentas médicas.

En este escenario, la identificación sistemática de las causas que originan las glosas se convierte en una oportunidad estratégica para el fortalecimiento de los procesos administrativos y de auditoría en aras de garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud. La adopción de estrategias administrativas orientadas a la prevención, corrección y control de estas no conformidades permite no solo reducir su frecuencia e impacto financiero, sino también mejorar la eficiencia del ciclo de facturación, garantizar la razonabilidad de los estados financieros y contribuir al equilibrio institucional sin comprometer la calidad de la atención en salud.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia contempla la auditoría de cuentas médicas como un proceso organizado, técnico y sistemático, orientado al control del gasto en salud mediante la verificación de la racionalidad, pertinencia y legalidad de los servicios prestados. Este proceso constituye un componente esencial de la gestión administrativa y financiera de las instituciones de salud, en tanto permite identificar desviaciones, garantizar el cumplimiento normativo y proteger los recursos del sistema.

No obstante, en la práctica, los procesos de auditoría y facturación enfrentan múltiples dificultades que se traducen en un incremento significativo de glosas, devoluciones y conciliaciones prolongadas. Entre las principales causas se encuentran la facturación inadecuada, inconsistencias en la información registrada, omisión de soportes clínicos y administrativos, así como debilidades en los procesos internos de revisión previo a la radicación de las cuentas. Estas situaciones afectan de manera directa el flujo de caja de las IPS, generando retrasos en los pagos y acumulación de cartera de difícil recaudo.

La dinámica de cobro y pago de servicios de salud se encuentra actualmente regulada por la Resolución 2284 de 2023, la cual establece el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y define los soportes de cobro requeridos para la auditoría, reconocimiento y pago de la prestación de servicios en salud. Esta normativa, que derogó la Resolución 3047 de 2008, busca fortalecer la transparencia y eficiencia en la relación contractual entre EPS e IPS. Sin embargo, su cumplimiento exige altos niveles de estandarización, conocimiento normativo y control interno por parte de las instituciones prestadoras.

El Hospital Eduardo Arredondo Daza (HEAD), institución de primer nivel de atención ubicada en la ciudad de Valledupar, brinda servicios integrales de salud a población urbana y rural del municipio. Su amplia cobertura y posicionamiento regional lo convierten en un actor relevante dentro del sistema local de salud; no obstante, enfrenta dificultades asociadas a la ocurrencia recurrente de glosas en las cuentas médicas, lo que compromete su estabilidad financiera y funcional.

Ante esta realidad, se evidencia la necesidad de fortalecer los procesos administrativos, operativos y asistenciales mediante la formulación de estrategias que permitan reducir la incidencia de glosas, optimizar el proceso de auditoría de cuentas médicas y mejorar la gestión de los recursos financieros. La ausencia de acciones estructuradas y articuladas limita la capacidad del hospital para responder de manera eficiente a las exigencias normativas y contractuales, aumentando el riesgo financiero institucional.

## **FORMULACIÓN DE PROBLEMA**

¿Cuáles son los procesos administrativos relacionados con la ocurrencia de glosas durante el periodo 2024-2 y 2025-1 que requieren planes de mejoramiento en el Hospital Eduardo Arredondo Daza de Valledupar?

## **JUSTIFICACIÓN**

Desde el marco normativo colombiano, las Empresas Sociales del Estado (ESE), conforme a la Ley 100 de 1993, tienen como misión la prestación de servicios de salud bajo criterios de eficiencia, calidad y sostenibilidad financiera. Para cumplir con este propósito, las IPS deben garantizar procesos administrativos sólidos que les permitan ser auto-sostenibles, especialmente en lo relacionado con la facturación, el cobro de los servicios y la gestión adecuada de la cartera.

De acuerdo con el Decreto 4747 de 2007, la facturación y el cobro de cuentas médicas constituyen procesos indispensables para la liquidez de las instituciones de salud. En este sentido, la gerencia desempeña un papel estratégico al liderar acciones orientadas a la racionalidad financiera y técnico-científica, en consonancia con las normas vigentes, para asegurar la continuidad de la prestación del servicio y la adecuada administración de los recursos.

A nivel institucional, teniendo en cuenta el marco normativo Colombiano con el decreto 4747 del 2007, en cual se enfatiza “la facturación y el cobro de cuentas constituyen procesos indispensables para la liquidez institucional; es por ello, que el desarrollo de un plan de mejoramiento enfocado en la optimización de la auditoría de cuentas médicas permite fortalecer los diferentes eslabones de la cadena de valor, tales como admisiones, autorizaciones, facturación, radicación y auditoría.

Lo anterior, se logra por medio de un liderazgo activo y estratégico, enfocado en la racionalidad técnico científica de la institución y además con énfasis financiero; labor

realizada a partir de la estandarización de procesos inexistentes, la capacitación del talento humano y la implementación de mecanismos de control contribuyen a disminuir los errores recurrentes en la facturación, mejorar la calidad de la información presentada y aumentar la eficiencia en la recuperación de la cartera.

Teniendo en cuenta que las acciones correctivas de manera aisladas no solucionan el problema estructuralmente, la propuesta de generar estrategias administrativas diseñadas con el rigor científico después de una revisión bibliográfica actualizada y centrada a los problemas encontrados, establece el horizonte de viabilidad financiera que tanto mejora la calidad como la eficiencia en la recuperación oportuna de cartera.

Desde el ámbito social, una gestión financiera eficiente favorece la sostenibilidad de la institución y garantiza el cumplimiento del derecho fundamental a la salud, consagrado en la Constitución Política de Colombia. Una IPS financieramente estable puede mantener estándares adecuados de calidad, ampliar la cobertura de servicios y responder de manera oportuna a las necesidades de la población, sin que las limitaciones económicas afecten la atención brindada a los usuarios.

Finalmente, en el contexto académico, esta investigación aporta un marco de referencia para el análisis de las debilidades presentes en la gestión de glosas y la formulación de estrategias administrativas aplicables al sector salud. Los resultados podrán servir como insumo para otras instituciones con problemáticas similares, fortaleciendo el ejercicio gerencial y contribuyendo al desarrollo de prácticas basadas en evidencia para la optimización de la auditoría de cuentas médicas.

## **PROPÓSITO**

De acuerdo con Camargo y Vargas (2021), las estrategias administrativas en el ámbito de la gestión de cuentas médicas permiten aprovechar las oportunidades de mejora derivadas de los procesos de facturación y cobro, mediante la identificación de ajustes operativos y el fortalecimiento de la cadena de valor institucional, con el fin de establecer mecanismos costo-efectivos que contribuyan a la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En este sentido, el propósito de la presente investigación, desde el campo de la gerencia en salud, es aportar a la toma de decisiones del nivel directivo mediante el fortalecimiento del control integral de los procesos administrativos, financieros y asistenciales relacionados con la auditoría de cuentas médicas. La aplicación de los resultados del estudio busca favorecer la consolidación de un entorno institucional alineado con la normatividad vigente y con los parámetros contractuales entre EPS e IPS, garantizando que la prestación de los servicios de salud se desarrolle conforme a los principios de calidad, oportunidad, pertinencia y eficacia establecidos en la Resolución 1011 de 2006.

## **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Políticas del SGSSS y su influencia en la gestión de Enfermería hacia la calidad del cuidado (POSIGENC).

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Diseñar estrategias administrativas orientadas a la identificación, prevención y corrección de las glosas en el Hospital Eduardo Arredondo Daza (HEAD) de Valledupar, durante el periodo comprendido entre el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025, contribuyendo al mejoramiento en el flujo de recursos financieros y la sostenibilidad institucional.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar y analizar las glosas presentadas en el Hospital Eduardo Arredondo Daza de Valledupar durante el periodo 2024-2 y 2025-1, considerando su tipología, frecuencia, entidad responsable del pago y valor económico.

Determinar el impacto financiero de las glosas sobre el flujo de caja institucional, a partir del análisis de los valores glosados, conciliados y reconocidos por las entidades responsables del pago.

Formular estrategias administrativas basadas en el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) que permitan reducir la recurrencia de glosas y optimizar el proceso de auditoría de cuentas médicas en el Hospital Eduardo Arredondo Daza.

## **MARCO REFERENCIAL**

### **MARCO CONCEPTUAL**

El sistema de salud colombiano se encuentra regulado principalmente por la Ley 100 de 1993, normativa que introdujo el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo propósito fundamental es garantizar el acceso a los servicios de salud bajo criterios de calidad, eficiencia y universalidad. De acuerdo con Arenas (2006), este sistema persigue dos objetivos esenciales: la regulación del servicio público de salud como un derecho fundamental y la garantía de condiciones de acceso equitativo a los servicios en todos los niveles de atención.

En el marco del SGSSS, los procesos de facturación, auditoría de cuentas médicas y gestión de glosas adquieren una relevancia estratégica, en tanto constituyen mecanismos de control financiero, técnico y administrativo que permiten verificar la racionalidad del gasto en salud. A continuación, se presentan los principales conceptos que orientan esta investigación.

#### **Facturación:**

La facturación en salud se entiende como un conjunto de actividades secuenciales que inician en la contratación entre la IPS y la entidad responsable del pago y culminan con el recaudo efectivo de los recursos derivados de la prestación de los servicios de salud. Este proceso implica la correcta liquidación de procedimientos, tecnologías y servicios, conforme a los manuales tarifarios y a los acuerdos contractuales vigentes (Martínez & Salcedo, 2016).

**Factura de venta en salud:**

Es el documento legal que soporta el cobro realizado por el prestador de servicios de salud a la entidad responsable del pago por los bienes o servicios suministrados. Debe cumplir con los requisitos establecidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y por las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Historia clínica:**

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran de manera cronológica las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los procedimientos realizados por el equipo de salud. Constituye uno de los principales soportes clínicos para la auditoría de cuentas médicas y la validación de la pertinencia de los servicios prestados.

**Glosa:**

La glosa se define como una no conformidad que afecta total o parcialmente el valor de una factura por la prestación de servicios de salud, identificada durante la auditoría realizada por la entidad responsable del pago. Esta requiere ser sustentada o corregida por parte del prestador para lograr su levantamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

De acuerdo con su naturaleza, las glosas pueden clasificarse en diversas categorías:

- **Glosas por facturación:** Se presentan cuando existen inconsistencias entre los servicios prestados y los facturados, errores administrativos o diferencias en los valores cobrados.
- **Glosas por tarifa:** Se originan por diferencias entre los valores facturados y los pactados contractualmente o definidos normativamente.

- **Glosas por soporte:** Se generan por la ausencia, inconsistencia o incoherencia en los soportes clínicos o administrativos requeridos.
- **Glosas por autorización:** Se presentan cuando los servicios facturados no cuentan con autorización previa o esta no coincide con los servicios efectivamente prestados.
- **Glosas por cobertura:** Corresponden al cobro de servicios que no hacen parte de la cobertura contractual o del plan de beneficios.
- **Glosas por pertinencia:** Se relacionan con la falta de coherencia entre el diagnóstico, el procedimiento realizado y los soportes clínicos registrados.
- **Glosas por calidad:** Se producen cuando existe incongruencia entre el evento de salud y la atención brindada, según los criterios técnicos evaluados en la auditoría.

#### **Devolución:**

La devolución es una no conformidad que afecta totalmente la factura y que impide su radicación formal. Sus causales son de carácter taxativo y deben ser informadas de manera completa por la entidad responsable del pago al momento de realizarse el proceso de devolución.

#### **Auditoría de cuentas médicas:**

La auditoría de cuentas médicas es un proceso técnico, sistemático y estructurado que tiene como finalidad verificar la legalidad, pertinencia y coherencia de los servicios prestados y facturados, garantizando el adecuado uso de los recursos financieros del sistema de salud. Este proceso articula componentes clínicos, administrativos y financieros, siendo un instrumento clave para la gestión gerencial de las instituciones de salud.

## **MARCO LEGAL**

La investigación tiene como un sustento un conjunto de normativas de ordenamiento jurídico, que regulan aspectos como la prestación de servicios de salud, la facturación y radicación, la auditoría de cuentas médicas, tanto en el aspecto público como privado entre las que encontramos:

### **Constitución política de Colombia, 1991**

**Artículo 49**, Se consagra la salud como un servicio público a cargo del estado, en donde se debe de garantizar acceso a los servicios de promoción, protección, y recuperación de la salud.

### **Ley 100 del 1993**

**ARTÍCULO 1.** Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. Además, Establece los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, y define las relaciones contractuales entre pagadores y prestadores, marco dentro del cual se originan los procesos de facturación, cobro y auditoría de cuentas médicas.

### **El Decreto 4747 de 2007**

Se encarga de regular las relaciones entre prestadores de servicios de salud (IPS) y entidades responsables del pago (EPS, entes territoriales), creando las normas sobre acuerdos de voluntades, mecanismos de pago y facturación. Busca organizar la contratación, asegurar la

prestación del servicio y garantizar la atención oportuna a las personas que pertenezcan al SGSSS.

### **La Resolución 3047 de 2008**

Por medio del Ministerio de la Protección Social define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos para la relación entre prestadores de salud (IPS) y pagadores (EPS, ARL, etc.), basándose en el Decreto 4747 de 2007. Regula el informe de urgencias, la autorización de servicios, y la gestión de glosas por medio de le manual único de glosas (actualizado por la resolución 2284 del 2023). Fue derogada por la Resolución 2335 de 2023 a partir del 1 de abril de 2024.

### **Resolución 2335 de 2023**

Establece los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades suscritos entre las entidades responsables de pago (EPS) y los prestadores de servicios de salud (IPS/ESE) y proveedores de tecnologías en salud.

### **Resolución 2284 de 2023**

Establece los soportes de cobro de la factura de venta en salud y el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, que deben ser adoptados por las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, para la auditoría, reconocimiento y pago de la prestación de servicios en salud.

## MARCO TEÓRICO

El sistema de salud colombiano se caracteriza por ser un modelo mixto que integra la participación del sector público y privado en la financiación y prestación de los servicios. Desde su creación, este modelo ha experimentado múltiples reformas orientadas a mejorar la cobertura, la calidad de la atención y la sostenibilidad financiera del sistema. La Ley 100 de 1993 representó un punto de inflexión al ampliar la cobertura poblacional y promover la estandarización de los procesos administrativos y de auditoría clínica.

Diversos estudios han señalado que la auditoría de cuentas médicas cumple un rol fundamental en la protección del gasto en salud y en la racionalización del uso de los recursos financieros. Núñez et al. (2012) sostienen que la auditoría clínica y administrativa permite identificar desviaciones en la práctica asistencial y promover mejoras continuas en la gestión institucional, especialmente en contextos donde los recursos son limitados y la demanda de servicios es creciente.

La financiación del sistema de salud colombiano se estructura a partir de los aportes del régimen contributivo, las transferencias del régimen subsidiado y los recursos fiscales del Estado. En este contexto, las entidades responsables del pago realizan procesos de auditoría previa al reconocimiento de las cuentas médicas, lo que genera un periodo de tiempo entre la prestación del servicio y el recaudo efectivo de los recursos por parte de las IPS. La duración y complejidad de este proceso incide directamente en la liquidez institucional.

El Decreto 4747 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 establecieron plazos y procedimientos para el trámite de las glosas, buscando equilibrar los intereses de las EPS y las IPS y garantizar un flujo más eficiente de los recursos. No obstante, la persistencia de glosas recurrentes ha

evidenciado la existencia de debilidades estructurales relacionadas con la gestión del conocimiento, la planificación administrativa y la capacitación del talento humano en las instituciones de salud (Castaño & Montoya, 2015).

Desde una perspectiva teórica, la gestión de glosas no debe entenderse únicamente como un proceso reactivo orientado a la subsanación de errores, sino como una estrategia preventiva que articula la auditoría interna, la estandarización de procesos y el fortalecimiento de la cultura organizacional. La adecuada gestión de las cuentas médicas contribuye a disminuir el riesgo financiero, mejorar la eficiencia operativa y consolidar modelos de atención sostenibles basados en información confiable y decisiones gerenciales oportunas.

### **Trámite normativo de las glosas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud**

El trámite de las glosas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra regulado por la Ley 1438 de 2011, la cual establece los tiempos, responsabilidades y acciones que deben cumplir las entidades responsables del pago (ERP), las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y la Superintendencia Nacional de Salud, con el propósito de garantizar un flujo ordenado y transparente de los recursos financieros del sistema.

De acuerdo con la normativa vigente, una vez radicada la factura, la entidad responsable del pago dispone de un plazo máximo de **veinte (20) días hábiles** para realizar la revisión preliminar y **formular y comunicar las glosas** correspondientes a cada cuenta presentada. Este primer momento del proceso tiene como finalidad identificar inconsistencias

administrativas, clínicas o tarifarias que requieran aclaración o corrección por parte del prestador del servicio.

Recibidas las glosas, la institución prestadora de servicios de salud cuenta con un término de **quince (15) días hábiles** para **dar respuesta a las glosas formuladas**, aportando los soportes documentales, clínicos o administrativos que sustenten la procedencia del cobro realizado. Este tiempo resulta determinante para evitar que las glosas se conviertan en devoluciones o en cartera de difícil recaudo.

Posteriormente, la entidad responsable del pago dispone de **diez (10) días hábiles** para **definir el pago de la factura**, una vez analizadas las respuestas presentadas por la IPS. Este paso implica aceptar total o parcialmente la cuenta, o mantener las glosas cuando los soportes aportados resulten insuficientes.

En aquellos casos en los que persisten glosas no levantadas, la institución prestadora de servicios de salud tiene un plazo adicional de **siete (7) días hábiles** para **subsanan las causales de glosa**, corrigiendo los elementos identificados como no conformes dentro del proceso de auditoría.

Finalmente, una vez agotadas las etapas anteriores, la entidad responsable del pago dispone de **cinco (5) días hábiles** para efectuar el **pago de las glosas levantadas**, ya sea de manera parcial o total, según el resultado del proceso de conciliación. En situaciones de desacuerdo entre las partes, la **Superintendencia Nacional de Salud** actúa como **garante conciliatorio**, con el fin de dirimir conflictos y proteger el adecuado flujo de recursos del sistema.

Este marco normativo pone de manifiesto la importancia de una gestión eficiente y oportuna de las glosas, dado que el incumplimiento de los plazos establecidos o la debilidad en los procesos internos de las IPS puede generar retrasos significativos en el recaudo, afectando directamente la liquidez y sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud (Ley 1438 de 2011).

### **Gestión financiera hospitalaria, control interno y auditoría de cuentas médicas**

Desde la perspectiva de la gerencia en salud, la auditoría de cuentas médicas constituye un instrumento fundamental del sistema de control interno de las instituciones prestadoras de servicios de salud, al permitir la identificación oportuna de desviaciones administrativas, clínicas y financieras que afectan la sostenibilidad institucional. La gestión financiera hospitalaria no se limita al registro contable de los ingresos y egresos, sino que implica la articulación de procesos administrativos, asistenciales y de auditoría orientados a garantizar la eficiencia en el uso de los recursos y la continuidad en la prestación de los servicios.

En este contexto, la auditoría de cuentas médicas se posiciona como un mecanismo de gestión del riesgo financiero, dado que permite anticipar pérdidas económicas derivadas de glosas recurrentes, reprocesos administrativos y demoras en la recuperación de cartera. Las fallas en la facturación, la ausencia de soportes clínicos adecuados y la aplicación incorrecta de tarifas no solo generan glosas, sino que incrementan los costos operativos asociados a la conciliación y reducen la liquidez institucional, afectando la toma de decisiones gerenciales.

Asimismo, el fortalecimiento del control interno mediante procesos de auditoría estructurados contribuye a la mejora continua de la cadena de valor de la institución, integrando áreas clave como admisiones, facturación, auditoría médica, financiera y cartera. Desde este enfoque, la auditoría deja de ser un proceso reactivo y se convierte en una herramienta preventiva que favorece la racionalidad financiera y la transparencia en la gestión de los recursos del sistema de salud.

Finalmente, reconocer de manera adecuada las causas que originan las glosas, junto con las debilidades en la gestión del conocimiento, constituye un aspecto determinante que afecta de manera desproporcional la rentabilidad en las IPS. En este sentido, se evidencian falencias relacionadas con la planificación y la retroalimentación del conocimiento entre los funcionarios, lo cual limita su comprensión de los procesos normativos y de las implicaciones que estos tienen para la institución (Castaño & Montoya, 2015)

## **ANTECEDENTES**

La auditoría de cuentas médicas y la gestión de glosas han adquirido una relevancia creciente en los sistemas de salud, debido a su impacto directo sobre la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud y la eficiencia en el uso de los recursos públicos. En este contexto, diversos estudios a nivel internacional, regional y nacional han abordado esta problemática desde perspectivas administrativas, clínicas y financieras, evidenciando la necesidad de fortalecer los procesos de control, estandarización y gestión del conocimiento.

### **Antecedentes internacionales**

En el ámbito internacional, la auditoría médica y administrativa se ha consolidado como una herramienta estratégica para garantizar la pertinencia clínica, la calidad de la atención y la racionalización del gasto en los sistemas de salud. Busse, Klazinga y Panteli (2019) señalan que países europeos como Reino Unido y los Países Bajos han incorporado de manera sistemática procesos de auditoría clínica y financiera como parte integral de la gestión hospitalaria, permitiendo identificar desviaciones entre la práctica real y los estándares basados en evidencia, así como optimizar la asignación de los recursos disponibles.

En este sentido, Jamtvedt et al. (2019), a partir de una revisión sistemática de más de 140 ensayos controlados, concluyen que la combinación de auditoría y retroalimentación genera mejoras significativas en el desempeño de los profesionales de la salud, con aumentos promedio cercanos al 16 % en el cumplimiento de prácticas clínicas deseadas. No obstante,

los autores advierten que estos resultados son heterogéneos y dependen en gran medida del contexto organizacional, el liderazgo institucional y el acompañamiento continuo de los procesos de mejora.

En países en desarrollo, Perumal, Rajivlochan y Nundy (2020) destacan que la auditoría clínica desempeña un papel fundamental en sistemas de salud con limitaciones presupuestales, ya que contribuye a mejorar la transparencia, el control del gasto y la adopción de protocolos estandarizados. Sin embargo, pese al reconocimiento generalizado de su importancia por parte del personal sanitario, persisten brechas significativas entre el conocimiento teórico de la auditoría y su aplicación efectiva en la práctica cotidiana.

De manera complementaria, Nundy et al. (2022) plantean que, aunque la auditoría clínica es obligatoria en muchos países occidentales, su implementación en contextos de economías emergentes se ve limitada por factores como la escasa capacitación, la percepción de amenaza a la autonomía profesional y la falta de integración de la auditoría como herramienta de gestión. A pesar de ello, los autores coinciden en que una auditoría bien estructurada contribuye a reducir riesgos clínicos, financieros y administrativos.

### **Antecedentes regionales**

En el contexto latinoamericano, la gestión de glosas y la auditoría médica han sido analizadas como instrumentos clave para fortalecer la sostenibilidad de las instituciones de salud. Solórzano-Ganchozo y Mendoza-Saltos (2024), en un estudio desarrollado en un hospital de especialidades en Ecuador, evidenciaron que la implementación de procesos de auditoría médica estructurados mejora la calidad de los registros clínicos, incrementa la

productividad institucional y favorece la recuperación efectiva de los valores facturados, impactando positivamente la rentabilidad social y financiera de la institución.

En Perú, Rodríguez-Santos (2025) analizó la relación entre la gestión administrativa y la calidad del servicio en un centro de salud público, encontrando que las deficiencias en los procesos administrativos, particularmente en las fases de planeación, organización y control, se asocian con mayores niveles de insatisfacción de los usuarios y con problemas financieros institucionales. El estudio resalta la auditoría como un mecanismo de control estratégico que influye de manera indirecta en la percepción de la calidad del servicio.

Desde una perspectiva comparativa regional, Armijos y Núñez (2020) estudiaron la aplicación de indicadores de gestión en hospitales públicos de Chile y Ecuador, concluyendo que la medición sistemática del desempeño financiero y administrativo permite convertir los datos operativos en información útil para la toma de decisiones gerenciales. Los autores destacan que la auditoría y el uso de indicadores facilitan la identificación oportuna de desviaciones y contribuyen a mejorar la eficiencia organizacional.

### **Antecedentes nacionales**

En Colombia, la gestión de glosas se ha identificado como un problema estructural del sistema de salud, con efectos directos sobre la liquidez y estabilidad financiera de las IPS. De la Ossa, Pretel y Martínez (2020) analizaron la gestión de glosas y su impacto financiero en una IPS del municipio de Puerto Libertador, evidenciando que las principales causas de glosas se relacionan con deficiencias en la gestión documental, errores en la facturación y desconocimiento de la normatividad vigente, lo que incrementa la cartera de difícil recaudo.

Franco et al. (2023), en un estudio realizado en el Hospital Regional José David Padilla Villafañe de Aguachica, Cesar, caracterizaron las glosas y formularon un plan de mejoramiento orientado a disminuir su recurrencia. Los autores identificaron fallas recurrentes en la facturación, ausencia de soportes clínicos, reprocesos administrativos y debilidades en la auditoría interna como factores determinantes del impacto financiero negativo en la institución.

Por su parte, Pinzón et al. (2024) desarrollaron una propuesta de estrategias para reducir las glosas relacionadas con tarifas en la E.S.E. Hospital Regional de García Rovira, concluyendo que la incorrecta codificación de procedimientos, la desactualización del personal frente a los cambios normativos y la ausencia de mecanismos automatizados incrementan la exposición a errores humanos y a objeciones tarifarias por parte de las entidades responsables del pago.

Finalmente, Dazza Pineda (2026) abordó el papel del auditor de cuentas médicas en la gestión del riesgo financiero de las instituciones de salud, destacando que la auditoría no debe concebirse como un proceso de control aislado, sino como una herramienta estratégica que articula la dimensión financiera, la calidad asistencial y la planeación institucional. El estudio posiciona al auditor como un actor clave en la protección del flujo de recursos, la reducción de glosas recurrentes y el fortalecimiento de la toma de decisiones gerenciales.

## **METODOLOGÍA**

La metodología constituye el eje estructural de la investigación, en tanto define el enfoque, el tipo de estudio y los procedimientos empleados para la obtención, análisis e interpretación de la información. En este capítulo se describen de manera sistemática las decisiones metodológicas adoptadas, garantizando el rigor científico, la coherencia con los objetivos planteados y la validez de los resultados obtenidos.

## **ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación se desarrolló bajo un **enfoque cuantitativo**, dado que permitió medir, describir y analizar el comportamiento de las glosas en términos de frecuencia, tipología y valor económico durante el periodo de estudio. Este enfoque facilitó la caracterización objetiva del fenómeno, así como la cuantificación del impacto financiero generado por las glosas en el Hospital Eduardo Arredondo Daza, aportando evidencia numérica que sirve de base para la formulación de estrategias administrativas orientadas al mejoramiento de los procesos de auditoría de cuentas médicas.

## **TIPO DE ESTUDIO**

El estudio es de tipo **descriptivo**, ya que se orientó a caracterizar las glosas presentadas por evento, identificando sus principales causas, su distribución por entidad responsable del pago y su impacto económico sobre la institución. Este tipo de estudio permitió describir de manera detallada las variables asociadas a la ocurrencia de glosas, sin establecer relaciones de causalidad, pero ofreciendo un diagnóstico integral de la problemática investigada.

Adicionalmente, la investigación corresponde a un **diseño no experimental**, en la medida en que las variables analizadas no fueron manipuladas, sino observadas tal como se presentaron en la realidad institucional. Asimismo, se adoptó un diseño **transversal retrospectivo**, dado que el análisis se realizó a partir de información histórica correspondiente al periodo 2024-2 y 2025-1, sin intervención directa sobre los procesos evaluados.

## **UNIVERSO Y MUESTRA**

El **universo de estudio** estuvo conformado por la totalidad de las facturas glosadas bajo la modalidad de contratación por evento, radicadas ante las entidades responsables de pago durante el periodo comprendido entre el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025 en el Hospital Eduardo Arredondo Daza de Valledupar.

La **muestra** correspondió a un total de **4.183 facturas** que presentaron algún tipo de glosa durante el periodo de análisis. Estas facturas pertenecen a diferentes entidades responsables de pago con las cuales el hospital mantiene relaciones contractuales, entre ellas: ADRES, Dusakawi EPSI, Emsanar S.A.S., Famisanar, Policía Nacional y Salud Total.

La selección de la muestra fue de tipo **censal**, dado que se incluyeron todas las facturas glosadas registradas en el periodo de estudio, lo que permitió un análisis exhaustivo y representativo del comportamiento de las glosas, evitando sesgos derivados de procesos de muestreo parcial.

Los datos fueron obtenidos del área de auditoría de cuentas médicas y cartera de la institución, a partir de bases de datos institucionales consolidadas en herramientas

ofimáticas, principalmente hojas de cálculo en formato Excel. Si bien la institución cuenta con sistemas de información, durante el periodo analizado gran parte del proceso se realizó de forma manual, lo cual constituye una limitación operativa que incide en la calidad y oportunidad del registro de la información.

## INDICADORES DE MEDICION

Teniendo en cuenta el impacto financiero de las glosas, sobre el flujo de caja institucional, se definieron indicadores cuantitativos, para medir de maneja objetiva y comparable magnitud del fenómeno y el grafo de recuperación económica que tuvo la institución durante el periodo 2024-2 y 2025-1. Los indicadores adoptados se describen a continuación:

**Tabla 1**

Indicadores de medición

Indicador	Fórmula	Objetivo que responde
% de Recuperación de glosas	$\text{Valor conciliado} / \text{Valor glosado} \times 100$	OE2 — Impacto financiero
% de Pérdida financiera efectiva	$\text{Valor no recuperado} / \text{Valor glosado} \times 100$	OE2 — Impacto financiero
Distribución por tipología	$\text{N}^\circ \text{ glosas por tipo} / \text{Total glosas} \times 100$	OE1 — Caracterización
Distribución por entidad	$\text{N}^\circ \text{ glosas por ERP} / \text{Total glosas} \times 100$	OE1 — Caracterización

**Fuente:** Elaboración propia (2026).

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para la inclusión de las facturas en el estudio se establecieron los siguientes criterios:

- Facturas correspondientes a la modalidad de contratación por evento.
- Facturas que presentaran glosas clasificadas por concepto: autorización, facturación, tarifa, soporte, pertinencia o glosa mixta.
- Facturas registradas dentro del periodo 2024-2 y 2025-1.
- Información suministrada y validada por el área de auditoría interna de facturación y cuentas médicas.

Se excluyeron aquellas facturas que no presentaron glosas o cuya información se encontraba incompleta o inconsistente, impidiendo su análisis adecuado.

Instrumentos y técnicas de recolección de la información

Como principal instrumento de recolección se utilizó la **revisión documental**, mediante el análisis sistemático de reportes institucionales, bases de datos de facturación y registros de auditoría de cuentas médicas. Adicionalmente, se emplearon **listas de chequeo** diseñadas para la clasificación de las glosas según su naturaleza, causa y valor económico, lo que permitió organizar la información de manera estructurada y facilitar su análisis estadístico.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El manejo de la información se realizó bajo los principios de confidencialidad, reserva e integridad, de conformidad con lo establecido en la Ley 594 de 2000 y las disposiciones vigentes sobre protección de datos en el sector salud. La información analizada fue utilizada exclusivamente con fines académicos, garantizando la anonimización de los datos sensibles y evitando cualquier riesgo para la institución o los usuarios del sistema de salud.

## RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación responden a los objetivos planteados en la investigación y se sustentan en el análisis cuantitativo de las glosas registradas en el Hospital Eduardo Arredondo Daza durante el periodo 2024-2 y 2025-1. El análisis estadístico permitió caracterizar el comportamiento de las glosas, identificar su distribución por entidad responsable del pago y por tipo de causal, así como estimar su impacto financiero sobre la institución.

### Caracterización general de las glosas

A partir del análisis de las **4.183 facturas glosadas**, se identificó la distribución de las glosas según la entidad responsable del pago, considerando tanto la frecuencia como el valor económico asociado.

**Tabla 2**

*Caracterización de glosas por entidad responsable del pago (2024-2 – 2025-1)*

Entidad responsable del pago	Número de glosas	Porcentaje (%)	Valor glosado (COP)
ADRES	2.982	60,29 %	\$202.179.953
Dusakawi EPSI	422	10,09 %	\$21.078.970
Emssanar S.A.S.	3	0,07 %	\$5.752
Famisanar	680	16,26 %	\$108.051.078
Policía Nacional	18	0,43 %	\$2.600.826
Salud Total	78	1,86 %	\$1.440.490
<b>Total general</b>	<b>4.183</b>	<b>100 %</b>	<b>\$335.357.069</b>

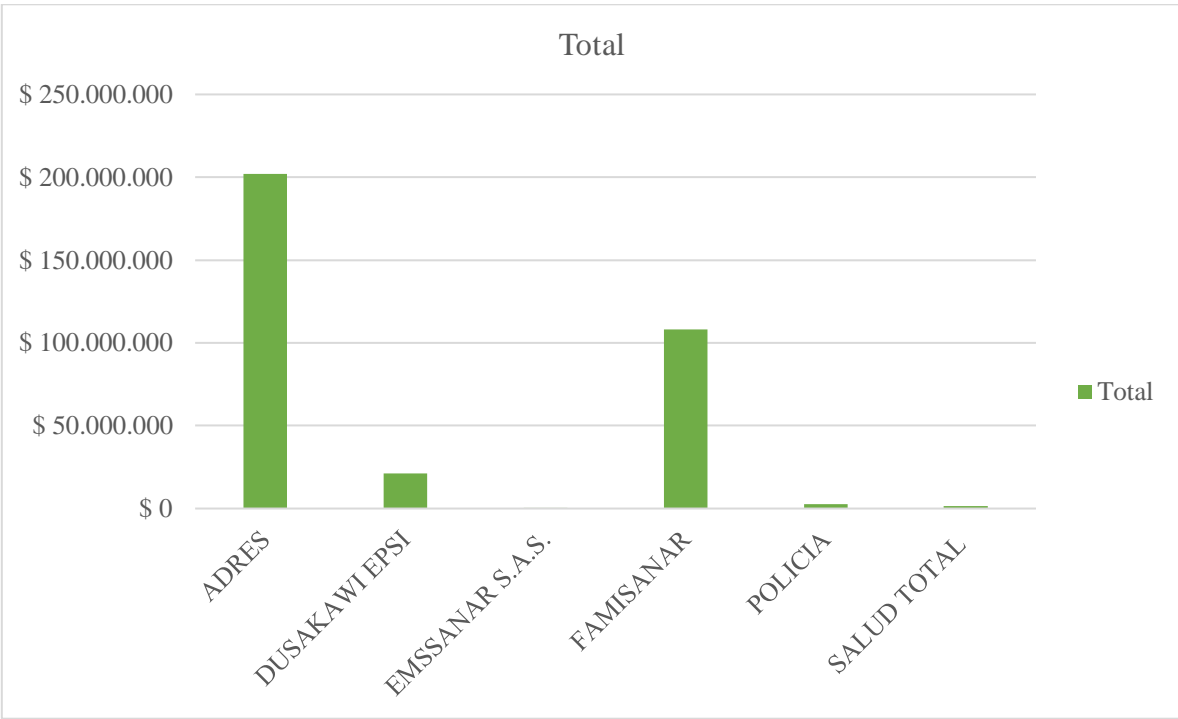
**Fuente:** Elaboración propia con base en registros del área de auditoría de cuentas médicas del HEAD (2026).

Desde una perspectiva estadística descriptiva, se observa una **concentración significativa del riesgo financiero** en dos entidades: ADRES y Famisanar. ADRES concentra el **60,29**

**% del total de glosas**, representando más de **\$202 millones**, lo que la posiciona como la principal fuente de presión financiera para la institución. Famisanar ocupa el segundo lugar, concentrando el **16,26 % de las glosas** y un valor superior a **\$108 millones**.

El comportamiento altamente asimétrico de la distribución evidencia que aproximadamente el **76 % de las glosas** se concentran en solo dos entidades responsables de pago, lo que refleja una dependencia financiera crítica y un riesgo elevado de liquidez institucional.

**Figura 1**  
Distribución del valor total de glosas por entidad responsable del pago (2024-2 – 2025-1)



**Fuente:** Elaboración propia (2026).

El gráfico permite visualizar con claridad la **concentración del riesgo financiero** en ADRES y Famisanar, evidenciando una marcada asimetría frente al resto de aseguradores.

Esta representación gráfica refuerza la necesidad de priorizar estrategias administrativas focalizadas en estos pagadores.

### **Análisis de las glosas por tipo de causal**

Con el fin de identificar las principales debilidades internas del proceso de auditoría de cuentas médicas, se realizó la clasificación de las glosas según su tipología.

**Tabla 3**

Distribución de glosas según tipo de causal (2024-2 – 2025-1)

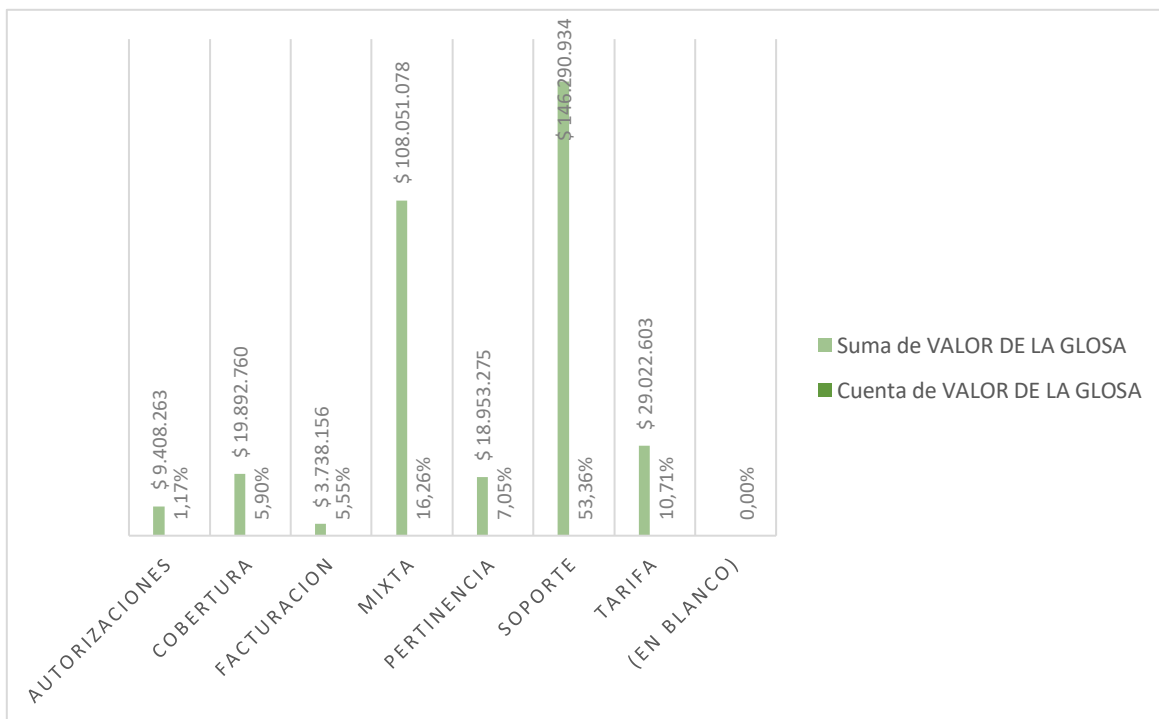
<b>Tipo de glosa</b>	<b>Número de glosas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Valor glosado (COP)</b>
Autorización	49	1,17 %	\$9.408.263
Cobertura	247	5,90 %	\$19.892.760
Facturación	232	5,55 %	\$3.738.156
Mixta	680	16,26 %	\$108.051.078
Pertinencia	295	7,05 %	\$18.953.275
Soporte	2.232	53,36 %	\$146.290.934
Tarifa	448	10,71 %	\$29.022.603
<b>Total general</b>	<b>4.183</b>	<b>100 %</b>	<b>\$335.357.069</b>

**Fuente:** Elaboración propia (2026).

La representación gráfica evidencia que las **glosas por soporte** concentran más de la mitad del impacto financiero, seguidas por las glosas mixtas. Esta visualización refuerza el análisis textual y permite identificar con rapidez las principales debilidades prevenibles del proceso de auditoría de cuentas médicas.

**Figura 2**

Conceptos de glosas con su valor en pesos (2024-2 – 2025-1)



**Fuente:** Elaboración propia (2026).

El predominio de las glosas por soporte y mixtas confirma que la mayor parte del impacto financiero es atribuible a causas internas prevenibles, lo que refuerza la necesidad de fortalecer los procesos de control previo a la radicación de las cuentas.

### **Relación entre glosas y proceso de conciliación**

Con el objetivo de evaluar la efectividad del proceso de respuesta y conciliación de glosas, se analizaron los valores aceptados por la IPS y los valores finalmente reconocidos por las EPS.

**Tabla 4**

Valores conciliados: comparación entre IPS y EPS (2024-2 – 2025-1)

EPS contratadas	Valor aceptado por la ESE HEAD	Porcentaje (%)	Valor aceptado por la EPS	Porcentaje (%)
ADRES	\$ 0,00	71,29%	\$ 0,00	0,00%
DUSAKAWI EPSI	\$ 11.059.943,00	10,09%	\$ 10.233.160,00	9,78%
EMSSANAR S.A.S.	\$ 5.752,00	0,07%	\$ 1.050.877,00	1,00%
FAMISANAR	\$ 16.207.661,00	16,26%	\$ 91.843.417,00	87,74%
POLICIA	\$ 2.206.300,00	0,43%	\$ 394.546,00	0,38%
SALUD TOTAL	\$ 287.758,00	1,86%	\$ 1.152.732,00	1,10%
(en blanco)		0,00%		0,00%
<b>Total general</b>	<b>\$ 29.767.414,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>\$ 104.674.732,00</b>	<b>100,00%</b>

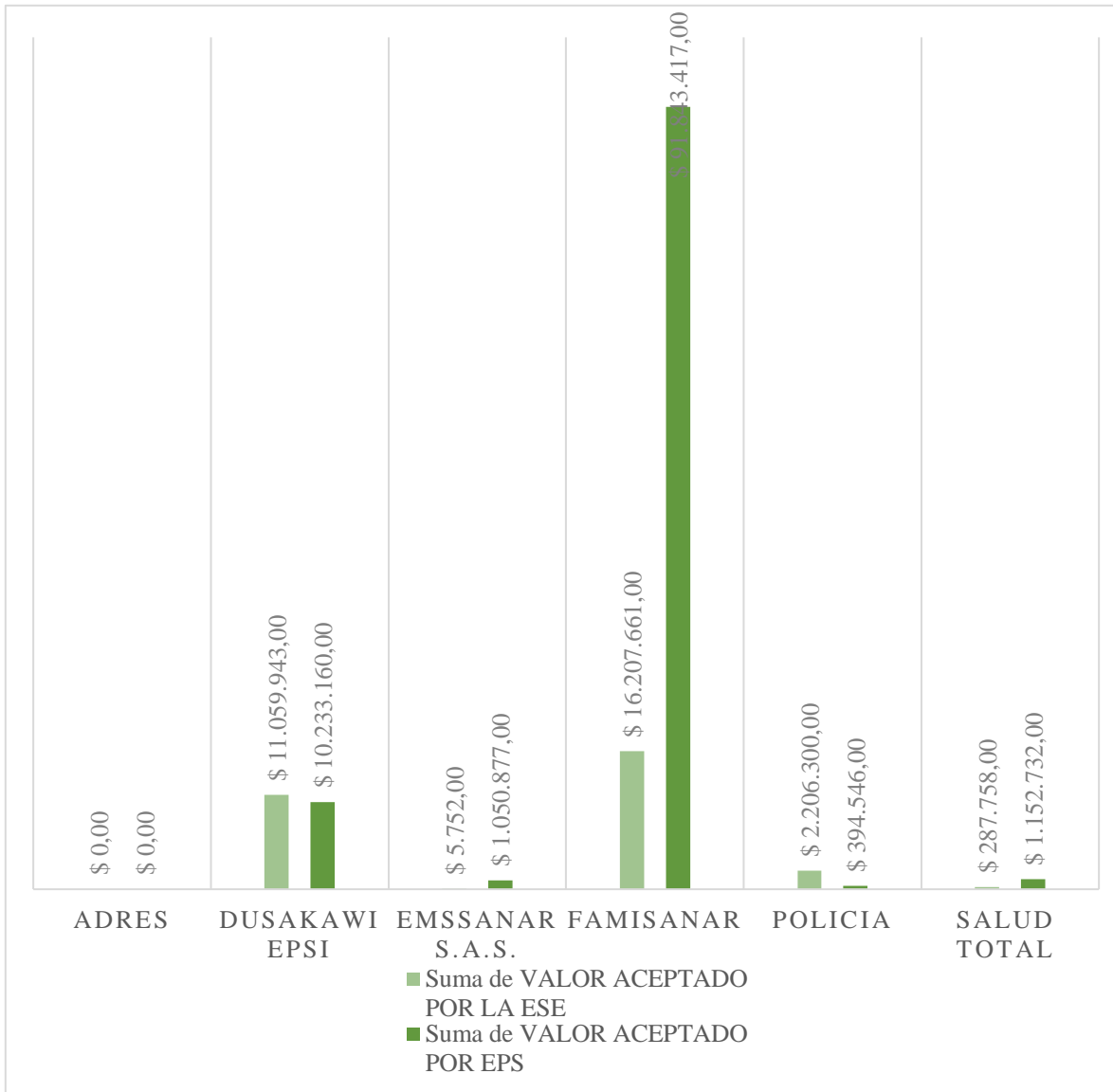
**Fuente:** Elaboración propia (2026).

Desde el análisis comparativo, Famisanar presenta un comportamiento favorable, evidenciando una **recuperación superior al 80 % del valor inicialmente glosado**, lo que demuestra la capacidad técnica del hospital para sustentar adecuadamente sus cuentas médicas durante el proceso de conciliación.

En contraste, ADRES no registra valores conciliados durante el periodo analizado, a pesar de concentrar el mayor volumen de glosas, lo que constituye un **factor crítico de riesgo financiero** y compromete seriamente el flujo de caja institucional.

### Gráfico 3

Comparación de valores aceptados: IPS vs EPS (2024-2 – 2025-1)



**Fuente:** Elaboración propia (2026).

El gráfico permite identificar visualmente el **alto nivel de recuperación de cartera con Famisanar**, en contraste con la ausencia de conciliación con ADRES, lo que constituye un riesgo financiero crítico para la sostenibilidad institucional.

El análisis comparativo entre los valores aceptados por la ESE HEAD y los valores aceptados por las EPS durante el proceso de conciliación de glosas revela hallazgos de particular relevancia para la comprensión del impacto financiero sobre el Hospital Eduardo Arredondo Daza. Desde una perspectiva de gestión financiera hospitalaria, el comportamiento conciliatorio registrado con Famisanar constituye el hallazgo más alentador del análisis, en tanto refleja una recuperación de cartera sustancial derivada del proceso de auditoría de cuentas médicas. La diferencia entre el valor aceptado por la ESE como glosa procedente — aproximadamente \$16.207.661— y el valor que la EPS reconoció efectivamente como obligación de pago — cercano a los \$91.843.417— indica que el 83% del valor inicialmente glosado fue revertido a favor del prestador durante el proceso de conciliación.

Este resultado demuestra que las objeciones formuladas inicialmente por el asegurador no lograron sostenerse en su totalidad frente al proceso de respuesta y sustentación técnica adelantado por el hospital, lo que se traduce en una retribución económica efectiva que impacta positivamente el flujo de caja institucional. En el marco de la gestión del riesgo financiero hospitalario, este indicador refleja que la auditoría de cuentas médicas cumplió parcialmente su función protectora del ingreso, aunque simultáneamente advierte sobre la necesidad de reducir el volumen de glosas iniciales mediante el fortalecimiento preventivo de los procesos de facturación, con el propósito de disminuir la dependencia de la conciliación como mecanismo correctivo y consolidar una recuperación de cartera más eficiente y oportuna.

En contraste, las entidades Dusakawi EPSI y Policía presentan un comportamiento conciliatorio más equilibrado, con montos aceptados por ambas partes entre \$10.233.160 y 394.546 registrando diferencias mínimas entre sí, lo que sugiere que la relación contractual con estos aseguradores cuenta con mejores condiciones de claridad tarifaria y documental. Las entidades Emssanar S.A.S. y Salud Total muestran diferencias leves, aunque con una tendencia en la que la EPS acepta valores ligeramente superiores a los reconocidos por la ESE.

El caso de la ADRES resulta particularmente preocupante desde una perspectiva de gestión administrativa: a pesar de ser la entidad con el mayor volumen de glosas registrado en el periodo — aproximadamente \$200.000.000 según el análisis previo — no registra ningún valor aceptado ni por la ESE ni por la EPS durante el periodo analizado, lo que indica que la totalidad de las glosas generadas por esta entidad permanece sin resolución, en un estado de controversia activa que compromete gravemente el flujo de recursos institucionales y la sostenibilidad financiera del hospital.

### **Análisis integrado del impacto financiero y administrativo de las glosas**

Los hallazgos obtenidos evidencian que la ocurrencia de glosas no responde únicamente a factores normativos o contractuales externos, sino que está estrechamente relacionada con debilidades internas en los procesos administrativos y asistenciales del hospital. La concentración del valor glosado en un número reducido de entidades responsables del pago pone de manifiesto un riesgo financiero significativo, al generar dependencia de pocos

pagadores y aumentar la vulnerabilidad institucional frente a retrasos prolongados en la conciliación de cuentas.

Desde el punto de vista administrativo, el predominio de glosas por soporte y mixtas sugiere fallas estructurales en la gestión documental y en la articulación entre el personal asistencial y administrativo. Estas deficiencias generan no solo pérdidas económicas directas, sino también sobrecarga operativa, aumento de reprocesos y desgaste del talento humano involucrado en la gestión de cuentas médicas.

A nivel financiero, la ausencia de conciliación efectiva con entidades como ADRES representa un impacto crítico sobre el flujo de caja del hospital, obligando a la institución a asumir costos financieros adicionales y limitando su capacidad de inversión en infraestructura, tecnología y fortalecimiento del talento humano. En contraste, los resultados positivos obtenidos en la conciliación con Famisanar evidencian que una adecuada sustentación técnica de las cuentas médicas puede revertir glosas inicialmente formuladas, siempre que exista claridad documental y cumplimiento normativo.

### **Tabla 5**

Indicadores de medición

<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Resultado</b>
% de Recuperación de glosas	$\text{Valor conciliado} / \text{Valor glosado} \times 100$	31,21%
% de Pérdida financiera efectiva	$\text{Valor no recuperado} / \text{Valor glosado} \times 100$	8,87%

**Fuente:** Elaboración propia (2026).

Con base en lo anterior, se evidencia que de cada \$100 pesos glosados por las entidades responsables del pago al Hospital Eduardo Arredondo Daza, solo \$31,21 pesos fueron conciliados o reconocidos a favor de la institución. En términos prácticos, aplicado al valor glosado del periodo (\$335.357.069 Pesos), el hospital logró recuperar aproximadamente \$104.667.870 COP a través de los procesos de conciliación y respuesta a glosas es decir un 31,21% de recuperación de cartera.

Este porcentaje representa la proporción del valor glosado que no fue recuperada ni conciliada, constituyéndose en una pérdida financiera real y definitiva para la institución. Sobre el valor total glosado, esto equivale aproximadamente a \$29.746.282 COP que el HEAD no pudo recuperar durante el periodo analizado. En síntesis se obtuvo un 8,87% de pérdida financiera efectiva.

Este análisis integrado permite concluir que la gestión de las glosas constituye un proceso transversal que incide directamente sobre la eficiencia operativa, la estabilidad financiera y la gobernanza institucional, lo que refuerza la necesidad de estrategias administrativas orientadas a la prevención más que a la corrección.

**Tabla 6**

Estrategias de acción y mejoramiento de los procesos de auditoría de cuentas médicas

FASE: PLANEAR						
Código(s) de Glosa	Estrategia	Acción	Nombre Indicador	Cálculo Indicador	Responsable	Justificación
2102 - 2103 - 2108 - 2110	Estandarizar el proceso de diligenciamiento y validación de formularios de reclamación	Diseñar y socializar protocolo institucional de diligenciamiento del formulario de reclamación, incluyendo requisitos de consistencia entre formulario, soportes y medio magnético (FURIPS 2)	Porcentaje de protocolos diseñados y socializados.	$(\text{Protocolos diseñados y socializados} / \text{Total protocolos requeridos}) \times 100$	Coordinador de Facturación y Área de Auditoría	Las glosas 2102, 2103, 2108 y 2110 evidencian fallas sistemáticas en el diligenciamiento de formularios y consistencia con soportes. La estandarización del proceso reduce la probabilidad de error humano y garantiza coherencia documental.
3001	Fortalecer el protocolo de verificación de condición de víctima en accidente de tránsito	Establecer lista de chequeo obligatoria para la acreditación de condición de víctima en accidentes de tránsito, articulada con el proceso de admisión y urgencias	Porcentaje de lista de chequeo diseñada e implementada	$(\text{Ítems de lista de chequeo implementados} / \text{Total ítems requeridos}) \times 100$	Coordinador de Admisiones y Coordinador de Urgencias	La glosa 3001 se origina por ausencia de documentos que acrediten la condición de víctima de accidente de tránsito. Un protocolo de verificación desde el ingreso del paciente elimina esta causal de forma preventiva.

<p><b>3101 - 3102 - 3105 - 3106 - 3107 - 3108 - 3109 - 3110 - 3112</b></p>	<p>Fortalecer la gestión documental clínica como soporte de la facturación</p>	<p>Diseñar formatos estandarizados de soportes clínicos (estancia, consulta, derechos de sala, material, medicamentos, ayudas diagnósticas) e implementar lista de verificación documental previa a la radicación de cuentas</p>	<p>Porcentaje de formatos estandarizados diseñados</p>	<p>(Formatos diseñados / Total formatos requeridos por tipo de servicio) × 100</p>	<p>Área de Auditoría Médica y Coordinación Clínica</p>	<p>Las glosas de la serie 3100 representan la mayor carga financiera institucional. La ausencia o inconsistencia de soportes es prevenible mediante la estandarización documental y la verificación sistemática antes de la radicación.</p>
<p><b>3115</b></p>	<p>Documentar y actualizar el tarifario oficial de traslados interinstitucionales</p>	<p>Gestionar ante las entidades responsables de pago la formalización del tarifario de traslados interinstitucionales vigente y parametrizarlo en el sistema de facturación</p>	<p>Porcentaje de tarifario de traslados actualizado en sistema</p>	<p>(Tarifas de traslado actualizadas en sistema / Total tarifas pactadas) × 100</p>	<p>Coordinador de Facturación y Subgerencia Administrativa</p>	<p>La glosa 3115 se genera porque la institución no aporta el documento de tarifas oficiales de traslados. La formalización y parametrización de este tarifario elimina esta causal de raíz.</p>
<p><b>3202 - 3205 - 3206 - 3207 - 3209 - 3210</b></p>	<p>Fortalecer la pertinencia médica y su documentación en los registros clínicos</p>	<p>Diseñar protocolo de justificación clínica para consultas, derechos de sala, material, medicamentos, ayudas diagnósticas y procedimientos, articulado con el</p>	<p>Porcentaje de protocolos de justificación clínica diseñados</p>	<p>(Protocolos diseñados / Total servicios que requieren justificación) × 100</p>	<p>Director Médico y Área de Auditoría Médica</p>	<p>Las glosas por pertinencia (serie 3200) reflejan que el personal clínico no documenta adecuadamente la justificación médica de los servicios prestados. La estandarización de criterios</p>

		proceso de historia clínica				de pertinencia reduce esta causal.
<b>3302</b>	Verificar y mantener actualizada la habilitación de servicios ante el REPS	Realizar auditoría de los servicios habilitados en el REPS versus los servicios que se están facturando, e implementar alerta en el sistema de facturación que impida facturar servicios sin habilitación vigente	Porcentaje de servicios facturados con habilitación verificada	$(\text{Servicios facturados con habilitación verificada} / \text{Total servicios facturados}) \times 100$	Subgerencia Administrativa y Área de Calidad	La glosa 3302 genera no solo pérdida económica sino riesgo sancionatorio ante la Supersalud. Mantener la coherencia entre servicios habilitados y servicios facturados es una obligación normativa de cumplimiento inmediato.
<b>4301 - 4302 - 4305 - 4308 - 4309</b>	Actualizar y parametrizar el tarifario contractual en el sistema de facturación	Revisar y actualizar mensualmente las tarifas pactadas con cada entidad responsable de pago en el software de facturación, diseñando alertas automáticas ante diferencias entre valor facturado y valor contractual	Porcentaje de tarifario actualizado en sistema	$(\text{Tarifas actualizadas en sistema} / \text{Total tarifas contractuales vigentes}) \times 100$	Coordinador de Facturación y Área de Sistemas	Las glosas de la serie 4300 indican que la institución cobra valores superiores a los pactados contractualmente. La parametrización correcta del sistema elimina esta fuente de error humano en la facturación.
<b>4401 - 4404 - 4509</b>	Estandarizar el proceso de presentación y codificación de facturas de venta en salud	Diseñar protocolo de verificación de factura antes de radicación, incluyendo	Porcentaje de facturas verificadas antes de radicación	$(\text{Facturas con verificación previa a radicación} / \text{Total})$	Coordinador de Facturación y Área de Auditoría	Las glosas 4401, 4404 y 4509 son prevenibles con una revisión sistemática previa a la radicación. Implementar una lista de

		verificación de discriminación de ítems con código SOAT, anexo de factura física y revisión de cobros duplicados (procedimientos incluidos en otros servicios)		facturas radicadas) × 100		chequeo de verificación de factura elimina la presentación de facturas incompletas o con cobros duplicados.
--	--	--	--	---------------------------	--	---

**FASE: HACER**

Código(s) de Glosa	Estrategia	Acción	Nombre Indicador	Cálculo Indicador	Responsable	Justificación
<b>2102 - 2103 - 2108 - 2110</b>	Capacitar al personal en el diligenciamiento correcto de formularios de reclamación	Ejecutar programa de capacitación al personal de facturación y admisiones en el diligenciamiento correcto del formulario de reclamación, consistencia con soportes y registro en medio magnético según normativa vigente	Porcentaje de personal capacitado en formularios de reclamación	$(\text{Personal capacitado} / \text{Total personal de facturación y admisiones}) \times 100$	Coordinador de Facturación y Dirección Científica	La implementación de la capacitación es el mecanismo de ejecución que convierte el protocolo diseñado en la fase Planear en una práctica operativa real y sostenible dentro del equipo de trabajo.

<b>3001</b>	Implementar la verificación de acreditación de víctima de accidente de tránsito en el proceso de admisión	Aplicar la lista de chequeo de acreditación de condición de víctima desde el momento del ingreso del paciente, con verificación cruzada entre admisiones, urgencias y el área de facturación	Porcentaje de pacientes con acreditación verificada al ingreso	$(\text{Pacientes con acreditación verificada} / \text{Total pacientes por accidente de tránsito atendidos}) \times 100$	Coordinador de Admisiones	La implementación del protocolo en el punto de ingreso garantiza que la acreditación de la condición de víctima quede registrada desde el inicio, eliminando la causal de glosa 3001 de manera preventiva.
<b>3101 - 3102 - 3105 - 3106 - 3107 - 3108 - 3109 - 3110 - 3112</b>	Implementar el proceso de verificación documental previa a la radicación de cuentas	Aplicar lista de verificación documental en cada cuenta médica antes de su radicación, garantizando la presencia y consistencia de todos los soportes requeridos según el tipo de servicio prestado	Porcentaje de cuentas con verificación documental completa	$(\text{Cuentas con verificación documental completa} / \text{Total cuentas radicadas}) \times 100$	Área de Auditoría Médica	La aplicación sistemática de la verificación documental previa a la radicación es el mecanismo de control que impide que soportes ausentes o inconsistentes lleguen a convertirse en glosas.
<b>3115</b>	Implementar el tarifario de traslados en el sistema de facturación	Parametrizar el tarifario oficial de traslados interinstitucionales en el software de facturación y capacitar al personal en su correcta aplicación al	Porcentaje de traslados facturados con tarifa correcta parametrizada	$(\text{Traslados facturados con tarifa correcta} / \text{Total traslados facturados}) \times 100$	Área de Sistemas y Coordinador de Facturación	La parametrización del tarifario en el sistema garantiza que el personal de facturación aplique las tarifas correctas automáticamente, sin depender del conocimiento

		momento de facturar servicios de transporte				individual de cada operador.
<b>3202 - 3205 - 3206 - 3207 - 3209 - 3210</b>	Ejecutar capacitación en pertinencia médica y documentación clínica orientada a la facturación	Desarrollar jornadas de capacitación al personal médico y de enfermería sobre la importancia de la justificación clínica en la historia clínica como soporte de la facturación, con énfasis en los servicios más frecuentemente glosados	Porcentaje de personal asistencial capacitado en pertinencia médica	$(\text{Personal asistencial capacitado} / \text{Total personal asistencial}) \times 100$	Director Médico y Área de Auditoría	El personal clínico es el responsable de documentar la justificación de los servicios. Su capacitación genera conciencia sobre el impacto financiero de una documentación clínica incompleta.
<b>3302</b>	Implementar alerta en sistema de facturación para servicios sin habilitación	Configurar en el software de facturación una alerta automática que impida la generación de facturas por servicios que no cuenten con habilitación vigente registrada en el REPS, y gestionar la actualización de habilitaciones pendientes	Porcentaje de alertas configuradas en sistema para servicios sin habilitación	$(\text{Servicios con alerta configurada} / \text{Total servicios parametrizados en sistema}) \times 100$	Área de Sistemas y Subgerencia Administrativa	La alerta automática en el sistema es la barrera de control que previene la facturación de servicios no habilitados, eliminando la causal de glosa 3302 y reduciendo el riesgo sancionatorio institucional.

4301 - 4302 - 4305 - 4308 - 4309	Ejecutar actualización periódica del tarifario contractual en el sistema	Implementar rutina mensual de actualización del tarifario contractual en el software de facturación con activación de alertas ante inconsistencias tarifarias, documentando cada actualización en un registro de control	Porcentaje de actualización mensual del tarifario ejecutada	$(\text{Actualizaciones tarifarias realizadas} / \text{Actualizaciones tarifarias programadas}) \times 100$	Coordinador de Facturación	La actualización mensual garantiza que las tarifas en el sistema reflejen en todo momento los valores contractualmente pactados con cada entidad responsable de pago, evitando cobros con mayor valor al acordado.
4401 - 4404 - 4509	Aplicar lista de chequeo de verificación de factura previa a la radicación	Implementar la lista de chequeo de verificación de factura como paso obligatorio antes de la radicación, validando: anexo de factura física, discriminación de ítems con código SOAT y ausencia de cobros duplicados por procedimientos incluidos en otros servicios	Porcentaje de facturas verificadas con lista de chequeo	$(\text{Facturas con lista de chequeo completada} / \text{Total facturas radicadas}) \times 100$	Coordinador de Facturación	La aplicación de la lista de chequeo es el mecanismo operativo que garantiza que ninguna factura sea radicada con las deficiencias que originan las glosas 4401, 4404 y 4509.

**FASE: VERIFICAR**

Código(s) de Glosa	Estrategia	Acción	Nombre Indicador	Cálculo Indicador	Responsable	Justificación
--------------------	------------	--------	------------------	-------------------	-------------	---------------

<b>2102 - 2103 - 2108 - 2110</b>	Monitorear la reducción de glosas por formularios de reclamación	Realizar análisis mensual del comportamiento de las glosas 2102, 2103, 2108 y 2110, comparando el número y valor de glosas antes y después de la implementación de la estrategia de estandarización	Porcentaje de reducción de glosas por formularios	$(\text{Glosas por formularios mes (n-1)} - \text{Glosas mes (n)}) / \text{Glosas mes (n-1)} \times 100$	Área de Auditoría y Facturación	El monitoreo periódico permite evaluar la efectividad de las estrategias implementadas en la fase Hacer y detectar oportunamente si persisten fallas en el diligenciamiento de formularios.
<b>3001 - 3101 - 3102 - 3105 - 3106 - 3107 - 3108 - 3109 - 3110 - 3112</b>	Evaluar la adherencia al protocolo de verificación documental	Aplicar auditoría mensual de una muestra aleatoria de cuentas radicadas, evaluando el cumplimiento de la lista de verificación documental y el impacto en la reducción de glosas por soporte	Porcentaje de adherencia al protocolo de verificación documental	$(\text{Cuentas con verificación documental completa auditadas} / \text{Total cuentas auditadas en muestra}) \times 100$	Área de Auditoría Médica	La auditoría mensual de la muestra permite verificar que el protocolo de verificación documental se está aplicando correctamente y que está generando el impacto esperado en la reducción de glosas por soporte.
<b>3202 - 3205 - 3206 - 3207 - 3209 - 3210</b>	Evaluar la reducción de glosas por pertinencia médica	Consolidar mensualmente el valor y número de glosas por pertinencia, comparando el comportamiento antes y después de la capacitación al	Porcentaje de reducción de glosas por pertinencia	$(\text{Glosas por pertinencia trimestre (n-1)} - \text{Glosas trimestre (n)}) / \text{Glosas trimestre (n-1)} \times 100$	Director Médico y Área de Auditoría	Evaluar el impacto de la capacitación en pertinencia médica permite identificar si el personal clínico ha incorporado los criterios de documentación requeridos y si se necesitan refuerzos adicionales.

		personal asistencial, e identificando los servicios con mayor recurrencia				
<b>3302 - 4301 - 4302 - 4305 - 4308 - 4309 - 4401 - 4404 - 4509</b>	Verificar el impacto financiero de las estrategias implementadas	Presentar informe trimestral a Gerencia y Subgerencia con el análisis del valor total de glosas, desagregado por tipo y entidad responsable de pago, evaluando el impacto económico de las estrategias implementadas sobre el flujo de caja institucional	Porcentaje de reducción del valor total de glosas	$(\text{Valor glosas trimestre (n-1)} - \text{Valor glosas trimestre (n)}) / \text{Valor glosas trimestre (n-1)} \times 100$	Área de Auditoría y Área Financiera	El informe trimestral a Gerencia garantiza la visibilidad del impacto financiero de las estrategias y permite la toma de decisiones gerenciales oportunas para ajustar o reforzar las acciones implementadas.
<b>3115</b>	Verificar la correcta aplicación del tarifario de traslados	Realizar revisión mensual de las facturas de traslados interinstitucionales radicadas, verificando que el tarifario parametrizado en el sistema coincide con el tarifario pactado contractualmente y que las glosas 3115 han disminuido	Porcentaje de facturas de traslado sin glosa 3115	$(\text{Facturas de traslado sin glosa 3115} / \text{Total facturas de traslado radicadas}) \times 100$	Coordinador de Facturación	La verificación periódica de las facturas de traslado garantiza que la parametrización del tarifario en el sistema es efectiva y que la glosa 3115 ha sido eliminada como causal recurrente.

FASE: ACTUAR

Código(s) de Glosa	Estrategia	Acción	Nombre Indicador	Cálculo Indicador	Responsable	Justificación
<b>Todos los códigos</b>	Retroalimentar al personal sobre errores recurrentes de facturación	Realizar reuniones mensuales de retroalimentación con el equipo de facturación, admisiones y personal asistencial, comunicando los resultados de los informes de glosas, identificando los errores recurrentes y definiendo acciones correctivas específicas por persona y área	Porcentaje de personal que recibe retroalimentación mensual	$(\text{Personal que recibe retroalimentación} / \text{Total personal involucrado en el proceso de facturación}) \times 100$	Coordinadores de área	La retroalimentación directa al personal es el mecanismo que cierra el ciclo PHVA, convirtiendo los hallazgos de la fase Verificar en acciones correctivas concretas que mejoran continuamente el proceso de auditoría de cuentas médicas.
<b>2102 - 2103 - 2108 - 2110 - 3112 - 4401 - 4404</b>	Actualizar protocolos y listas de chequeo según hallazgos identificados	Revisar y actualizar semestralmente los protocolos de diligenciamiento de formularios y las listas de chequeo de verificación documental, incorporando los nuevos causales de glosa identificados en el proceso de monitoreo y los	Porcentaje de protocolos actualizados semestralmente	$(\text{Protocolos actualizados} / \text{Total protocolos implementados}) \times 100$	Coordinador de Facturación y Área de Calidad	La actualización periódica de los protocolos garantiza que las herramientas de control se mantengan pertinentes frente a los cambios normativos y a los nuevos patrones de error identificados en el proceso de monitoreo.

		cambios normativos vigentes				
<b>3202 - 3205 - 3206 - 3207 - 3209 - 3210 - 3302</b>	Reforzar la capacitación en áreas con mayor recurrencia de glosas	Diseñar e implementar plan de reinducción focalizado para el personal de las áreas que presenten mayor recurrencia en glosas por pertinencia médica y habilitación de servicios, con evaluación de conocimientos posterior a la capacitación	Porcentaje de personal reincidente capacitado en reinducción focalizada	$(\text{Personal reincidente que recibe reinducción} / \text{Total personal con errores recurrentes}) \times 100$	Director Médico y Área de Gestión Humana	La reinducción focalizada en las áreas con mayor recurrencia de glosas garantiza que el ciclo de mejora continua impacte directamente sobre las causas raíz identificadas en la fase de Verificar.
<b>4301 - 4302 - 4305 - 4308 - 4309 - 4509</b>	Ajustar el sistema de facturación con base en los hallazgos de la verificación	Implementar los ajustes técnicos identificados en el sistema de facturación a partir de los resultados de la auditoría mensual, incluyendo actualización de alertas, corrección de tarifas desactualizadas y eliminación de cobros duplicados	Porcentaje de ajustes técnicos implementados en el sistema	$(\text{Ajustes implementados en sistema} / \text{Total ajustes identificados en auditoría}) \times 100$	Área de Sistemas y Coordinador de Facturación	Los ajustes técnicos al sistema de facturación son la acción correctiva que cierra las brechas identificadas en la verificación, garantizando que los errores detectados no se repitan en el siguiente ciclo de facturación.

		parametrizados incorrectamente				
<b>Todos los códigos</b>	Presentar plan de mejora gerencial con base en los resultados del ciclo PHVA	Elaborar y presentar semestralmente ante la Gerencia un informe consolidado del ciclo PHVA ejecutado, con análisis de impacto financiero, logros alcanzados, brechas persistentes y propuesta de nuevas acciones de mejoramiento para el siguiente semestre	Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento semestral	(Acciones del plan ejecutadas / Total acciones planificadas en el semestre) × 100	Gerencia y Subgerencia Administrativa	El informe semestral a Gerencia garantiza la sostenibilidad del ciclo de mejora continua, convirtiendo el plan de mejoramiento en una herramienta de gestión estratégica que impacta positivamente la sostenibilidad financiera del HEDAD.

**Notas:** Para la anterior tabla se usaron las siguientes convecciones:

- PLANEAR (azul): 9 estrategias de diseño y planeación.
- HACER (verde): 8 estrategias de implementación.
- VERIFICAR (amarillo): 5 estrategias de monitoreo y evaluación.
- ACTUAR (naranja): 4 estrategias de mejora continua.

## CONCLUSIONES

La presente investigación permitió evidenciar que las glosas continúan siendo uno de los principales factores que afectan la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, no solo por su volumen, sino por la forma en que se concentran y se gestionan dentro del sistema. En el caso del Hospital Eduardo Arredondo Daza, el análisis estadístico demostró una elevada concentración del valor glosado en un número reducido de entidades responsables del pago, particularmente ADRES y Famisanar, lo que incrementa significativamente el riesgo financiero institucional y la dependencia del flujo de recursos provenientes de estos pagadores.

Los resultados también pusieron de manifiesto que las glosas por soporte constituyen la principal debilidad estructural del proceso de facturación y auditoría de cuentas médicas, al representar más de la mitad del número total de glosas y una proporción significativa del valor económico objetado. Este hallazgo evidencia deficiencias internas relacionadas con la gestión documental, la calidad de los registros clínicos y la estandarización de los procesos administrativos, aspectos que son prevenibles mediante acciones correctivas y de mejora continua.

Asimismo, la presencia relevante de glosas mixtas permitió identificar que las fallas en el proceso de facturación no se presentan de manera aislada, sino que corresponden a problemas interrelacionados a lo largo de todo el ciclo de facturación, desde la etapa asistencial hasta la radicación de las cuentas médicas. Esta situación confirma la necesidad

de abordar la problemática desde un enfoque integral, que articule los procesos asistenciales, administrativos y financieros bajo una visión gerencial.

En relación con el proceso de conciliación, se evidenciaron comportamientos diferenciados entre las entidades responsables del pago. Mientras que, con algunas EPS, como Famisanar, se logró una recuperación significativa del valor inicialmente glosado, demostrando la capacidad técnica de la institución para sustentar adecuadamente sus cuentas médicas, con otras entidades como ADRES persistieron dificultades críticas, reflejadas en la ausencia de valores conciliados durante el periodo analizado. Esta situación impacta de forma directa el flujo de caja institucional y limita la capacidad operativa del hospital.

La formulación de estrategias administrativas basadas en el ciclo PHVA permitió establecer un conjunto de acciones preventivas, correctivas y de seguimiento orientadas a intervenir las principales causas de glosa identificadas. La estandarización de procesos, la capacitación del talento humano, la implementación de auditoría interna concurrente y el fortalecimiento del control gerencial se configuran como herramientas clave para reducir la recurrencia de glosas y mejorar la eficiencia del proceso de auditoría de cuentas médicas.

En conclusión, la auditoría de cuentas médicas debe consolidarse como un componente estratégico de la gestión hospitalaria, trascendiendo su enfoque tradicional de control correctivo para convertirse en un mecanismo preventivo y de apoyo a la toma de decisiones gerenciales. La implementación sostenida de las estrategias propuestas contribuirá a la reducción progresiva de glosas, al mejoramiento del flujo de recursos financieros y al fortalecimiento de la sostenibilidad institucional del Hospital Eduardo Arredondo Daza,

garantizando condiciones favorables para la prestación de servicios de salud con calidad, oportunidad y eficiencia.

Desde una perspectiva gerencial, los resultados de esta investigación confirman que la auditoría de cuentas médicas debe asumirse como una función estratégica dentro de la gestión hospitalaria y no únicamente como un procedimiento técnico de verificación. La integración de la auditoría al proceso de toma de decisiones permite anticipar riesgos financieros, optimizar el ciclo de facturación y fortalecer la sostenibilidad institucional en el mediano y largo plazo.

La adopción de estrategias administrativas basadas en el ciclo PHVA demuestra que es posible intervenir de manera sistemática las causas raíz de las glosas, promoviendo una cultura organizacional orientada a la calidad, la responsabilidad financiera y la mejora continua. En este sentido, la capacitación del talento humano, la estandarización de procesos y la implementación de auditoría interna concurrente se configuran como pilares fundamentales para reducir la recurrencia de glosas y mejorar la eficiencia administrativa.

Finalmente, los resultados de este estudio aportan un modelo de gestión aplicable a otras instituciones prestadoras de servicios de salud con problemáticas similares, evidenciando que la correcta articulación entre auditoría médica, administrativa y financiera favorece no solo la recuperación de recursos, sino también el fortalecimiento de la gobernanza institucional y la garantía de una atención en salud con criterios de calidad, oportunidad, pertinencia y eficacia.

## RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los hallazgos derivados del análisis cuantitativo de las glosas registradas en el Hospital Eduardo Arredondo Daza durante el periodo 2024-2 y 2025-1 no solo se permitió una visión global y/o diagnóstica del fenómeno, sino la fundamentación de una base empírica sólida para la transformación estructural de los procesos de auditoría de cuentas médicas. Estas recomendaciones apunta a la alta gerencia, responsable de la conducción estratégica y la toma de decisiones institucionales, y el personal operativo, cuya actuación cotidiana determina en gran medida la calidad de la información clínica y administrativa que sustenta el proceso de facturación.

En primer lugar, se recomienda que la Gerencia del Hospital Eduardo Arredondo Daza:

- Eleve formalmente la auditoría de cuentas médicas al rango de proceso estratégico institucional, incorporándola en el mapa de procesos bajo la categoría de procesos de apoyo crítico. Con esta asignación de una estructura funcional específica, con recursos humanos, tecnológicos y financieros suficientes para garantizar su operación continua, más allá de los ciclos de facturación y radicación.
- Concebir la auditoría como un proceso permanente de gestión del riesgo financiero, articulado con las dimensiones asistencial y directiva de la institución, representa un cambio paradigmático necesario para alcanzar niveles sostenibles de recuperación de cartera.
- Conformación de un Comité Institucional de Glosas y Facturación, presidido por la Subgerencia Administrativa (o quien haga sus veces) e integrado por los coordinadores de facturación, auditoría médica, cartera y el Director Científico. Este

comité, con periodicidad mensual de sesión, debería tener como mandato institucional el análisis sistemático del comportamiento de las glosas, la revisión de los indicadores de recuperación de cartera y la validación de los planes de mejoramiento derivados del ciclo PHVA. La institucionalización de este espacio garantiza visibilidad gerencial permanente sobre el impacto financiero de las glosas y permite la toma de decisiones oportunas y diferenciadas por entidad responsable del pago.

Finalmente, las presentes recomendaciones, formuladas desde el campo de la Gerencia en Salud y sustentadas en la evidencia empírica obtenida durante el periodo analizado, tienen como propósito contribuir a la transformación de los procesos administrativos del Hospital Eduardo Arredondo Daza, en aras de garantizar condiciones institucionales favorables para la prestación de servicios de salud con calidad, oportunidad, pertinencia y sostenibilidad financiera, con el rigor que se enmarcar en la normativa vigente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arenas Castañeda, G. J. (2006). *Sistema general de seguridad social en salud en Colombia*. Editorial Universidad Nacional de Colombia.

Arenas Castañeda, G. J., González Acevedo, H. R., & Ballén Sierra, L. A. (2025). Estrategias para el mejoramiento del proceso de auditoría de cuentas médicas en una IPS. *Documentos de Trabajo ECISA*, 8(8). <https://doi.org/10.22490/ECISA.10046>

Armijos, J. C., & Núñez Mondaca, A. (2020). Indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos: Un caso de estudio en Chile y Ecuador. *Revista Médica de Chile*, 148(5), 626–643. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000500626>

Bohórquez Pinzón, I. G., Castellanos Ávila, N. D., & Parra Gómez, G. X. (2024). *Propuesta de estrategias para reducir las glosas relacionadas con las tarifas de la E.S.E. Hospital Regional de García Rovira durante el año 2023* [Tesis de especialización, Universidad Santo Tomás].

Busse, R., Klazinga, N., & Panteli, D. (2019). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. World Health Organization. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549284/>

Camargo, J., & Vargas, C. (2021). *Gestión de la auditoría de cuentas médicas en instituciones prestadoras de servicios de salud de Colombia*. Universidad de Antioquia. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/20341>

Castaño Puerta, N., & Montoya García, J. M. (2015). *Propuesta para disminuir las glosas a través de la gestión del conocimiento en una IPS* [Trabajo de especialización, Universidad Cooperativa de Colombia].

Dazza Pineda, C. A. (2026). El papel del auditor de cuentas médicas en la gestión del riesgo financiero de las instituciones de salud. *Documentos de Trabajo ECISA*, 8(8).

<https://doi.org/10.22490/ECISA.9961>

De la Ossa, K., Pretel, O. E., & Martínez, Y. (2020). *Gestión de glosas y su impacto financiero en una institución prestadora de servicios de salud en el municipio de Puerto Libertador*. Universidad de Córdoba.

<https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/3796>

Jamtvedt, G., Flottorp, S., & Ivers, N. (2019). *Audit and feedback as a quality strategy*. European Observatory on Health Systems and Policies.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549284/>

Martínez, M. L., & Salcedo, I. T. O. (2016). *Facturación y auditoría de cuentas en salud* (5.<sup>a</sup> ed.). Ecoe Ediciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). *Resolución número 3047 de 2008*.

[https://www.saludcapital.gov.co/documentos/Resolucion\\_3047\\_2008.pdf](https://www.saludcapital.gov.co/documentos/Resolucion_3047_2008.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Cifras financieras del sector salud* (Boletín bimestral No. 11).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/cifras-financieras-sector-salud-boletin-11.pdf>

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

<https://www.minsalud.gov.co>

Nundy, S., Kakar, A., & Bhutta, Z. A. (2022). Clinical audit. En *How to practice academic medicine and publish from developing countries* (pp. 543–552). Springer.

[https://doi.org/10.1007/978-981-16-5248-6\\_46](https://doi.org/10.1007/978-981-16-5248-6_46)

Perumal, U., Rajivlochan, M., & Nundy, S. (2020). The importance of clinical audit in India. *Current Medicine Research and Practice*, 10(3), 110–115.

<https://doi.org/10.1016/j.cmrp.2020.05.010>

Rodríguez-Santos, A. P. (2025). Gestión administrativa y calidad del servicio en un centro de salud público. *e-Revista Multidisciplinaria del Saber*, 3, eRMS01012025.

<https://revista.investigaciondetecnologias.com/index.php/e-RMS/article/view/135>

Solórzano-Ganchozo, E., & Mendoza-Saltos, M. (2024). Auditoría médica e incidencia en el planillaje para recuperar valores de prestaciones en un hospital de Ecuador. *593 Digital Publisher CEIT*, 9(2), 439–452. <https://doi.org/10.33386/593dp.2024.2.2322>