

**Análisis de incidencia de la auditoría sobre las cuentas médicas en el Sistema
General de Seguridad Social en Salud**

Marlene Flórez Rojas

Jaime Alberto Arenas Arenas

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Derecho

Director

Armando Castro Pérez

Magíster en Hermenéutica Jurídica y Derecho

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ciencias Jurídicas y Políticas

Maestría en Derecho

2026

Dedicatoria

A Edilson Arenas Silva, Claudia Mercedes Arenas silva, Silvia Juliana Arenas Arenas, quienes son parte fundamental de mi vida. Gracias por todo.

Jaime Alberto Arenas Arenas

A Marco Antonio Ávila, mi esposo.

A Neylla Marcela y Marco Sergio Ávila Flórez, mis hijos, quienes son mi motivo para salir adelante. Los amo.

Marlene Flórez Rojas

Agradecimientos

De manera especial queremos agradecer a nuestro docente del trabajo de investigación, el Doctor Armando Castro Pérez, quien, con su guía y orientación, nos permitió culminar exitosamente este escrito académico.

Contenido

Introducción	21
1. Análisis de incidencia de la auditoría sobre las cuentas médicas, en el sistema general de seguridad social en salud	24
1.1 Planteamiento del problema	24
1.2 Justificación.....	27
1.3 Objetivos	28
1.3.1 Objetivo general	28
1.3.2 Objetivos específicos	28
2. Marco referencial.....	29
2.1 Marco teórico	29
2.1.1 Las cuentas médicas en el marco del servicio de salud	29
2.1.2 La importancia de las auditorías de los programas de salud pública.....	32
2.2 Marco conceptual	40
2.2.1 La auditoría de cuentas médicas	40
2.2.2 La factura o documento equivalente.....	43
2.2.3 La glosa en el sector salud.....	44
2.3 Marco legal.....	46
3. Método.....	51
3.1 Tipo de investigación	51

3.2 Técnicas de recolección y análisis de la información	52
4. Resultados.....	54
4.1 El régimen jurídico que establece las bases de la auditoría de cuentas médicas	54
4.1.1 Fundamentos constitucionales	55
4.1.2 Fundamentos legales.....	60
4.1.3 Fundamentación teórica.....	64
4.2 Caracterización requisitos que se deben tener en cuenta al momento de realizar el cobro de las cuentas médicas a partir del informe de auditoría	67
4.2.1 Reglamentación de la auditoría de cuentas médicas	67
4.2.2 Fijación de elementos mínimos en las relaciones contractuales y la efectiva prestación de los servicios de salud	69
4.2.3 Manuales para ejercicio de la auditoría de cuentas médicas	71
4.2.3.1 Definición de formatos.	71
4.2.3.1.1 Mecanismos de envío procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios y las entidades responsables del pago en la gestión de cuentas médicas.	71
4.2.3.2 Ejemplos de herramientas para plasmar los informes de auditoría.....	75
4.2.4 Concertación de la glosa.....	83
4.2.5 Regímenes de Afiliación al aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	86

4.2.6 Regímenes de Afiliación al aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	88
4.2.7 Las reformas al sistema general de seguridad social	91
4.2.7.1 La propuesta de transformación del Sistema de Salud del gobierno del cambio... ..	91
4.2.8 La auditoría de cuentas médicas en cifras	93
4.2.9 Marco legal	97
4.2.9.1 Normograma.	97
4.2.9.2 La salud se establece como derecho fundamental.	99
4.2.9.3 Regulación de relaciones entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Entidad Promotora de Salud (EPS).....	101
4.3 Incidencia del Informe de Auditoría Frente a la Naturaleza Jurídica del Cobro de la Factura	103
4.3.1 Conflicto de competencias en la administración de justicia.....	103
4.3.1.1 ¿Qué ha dicho la jurisprudencia?	104
4.3.1.2 ¿Cómo Incide la Aplicación de Auditoría en las Cuentas Médicas?	110
4.3.1.3 Análisis del material recolectado.	111
5. Conclusiones.....	114
Referencias.....	119
Apéndices.....	131

Listas de tablas

Tabla 1. <i>Consolidado giro Acuerdo de Punto Final por EPS.</i>	94
Tabla 2. <i>Valores registrados como cuentas médicas en los cobros</i>	95
Tabla 3. <i>Análisis de los valores registrados</i>	95

Listas de figuras

Figura 1. <i>Formato de Informe general de auditoría de cuentas médicas.....</i>	75
Figura 2. <i>Formato de certificación de cumplimiento de auditoría de cuentas médicas y financieras</i>	75
Figura 3. <i>Formato de consignación del informe de auditoría</i>	79
Figura 4. <i>Formato de explicación motivos de glosa ratificada</i>	80

Listas de apéndices

Apéndice 1. <i>Derecho de petición radicado ante la Secretaría de Salud del Departamento de Santander</i>	131
Apéndice 2. <i>Derecho de petición radicado ante la institución de salud ADRES</i>	132
Apéndice 3. <i>Autorización de Secretaria de Salud Departamental – Gobernación de Santander</i>	134

Resumen

Este estudio busca analizar la incidencia del informe de auditoría de cuentas médicas en la naturaleza jurídica y el cobro de las facturas generadas por la prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Para lograr este propósito, se adoptó un enfoque cualitativo de carácter descriptivo y hermenéutico-jurídico, sustentado en el análisis documental, normativo y jurisprudencial, que permite interpretar el alcance de las reglas y técnicas contractuales del sistema. A partir del estudio de normativa vigente, precedentes judiciales, manuales técnicos y doctrina especializada, se encontró que la auditoría no solo cumple una función revisora, sino que determina el monto líquido y exigible de la obligación, conformando junto con la factura y sus soportes un título ejecutivo complejo. Sin embargo, se identificaron falencias significativas en la aplicación vinculante de los resultados de dicha auditoría al momento del cobro, lo que genera conflictos jurídico-procesales entre los actores del sistema, afectando la fluidez de los recursos y la sostenibilidad financiera del sector salud. En conclusión, es fundamental precisar la naturaleza jurídica del informe auditor, fomentar una cultura de transparencia y control, y promover ajustes reglamentarios que reconozcan plenamente el valor auditado como base para cualquier proceso de reconocimiento y pago, garantizando así una gestión más eficiente y justa de los recursos destinados a la salud pública.

Palabras clave: auditoría de cuentas médicas, glosa en salud, informe de auditoría, Sistema General de Seguridad Social en Salud, título ejecutivo complejo.

Abstract

This study seeks to analyze the impact of medical billing audit reports on the legal nature and collection of invoices generated for healthcare services within the Colombian General Social Security System for Health. To achieve this, a qualitative, descriptive, and hermeneutic-legal approach was adopted, based on documentary, regulatory, and jurisprudential analysis, which allows for the interpretation of the scope of the system's contractual rules and techniques. Through the study of current regulations, judicial precedents, technical manuals, and specialized doctrine, it was found that the audit not only fulfills a review function but also determines the liquid and enforceable amount of the obligation, forming, together with the invoice and its supporting documentation, a complex enforceable instrument. However, significant shortcomings were identified in the binding application of the audit results at the time of collection, generating legal and procedural conflicts among the actors in the system, affecting the flow of resources and the financial sustainability of the healthcare sector. In conclusion, it is essential to clarify the legal nature of the audit report, foster a culture of transparency and control, and promote regulatory adjustments that fully recognize the audited value as the basis for any recognition and payment process, thus ensuring a more efficient and fair management of resources allocated to public health.

Keywords: medical account audit, Health claim review (glosa), Audit report, General Social Security Health System, Complex negotiable instrument.

Glosario

Accesibilidad: corresponde a la facultad que posee el usuario para acceder y hacer uso efectivo de los servicios de salud asegurados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Accidente de trabajo: de acuerdo con lo establecido en el artículo 3 de la Ley 1562 (2012), que regula el Sistema General de Riesgos Laborales, se entiende por accidente de trabajo todo acontecimiento inesperado que ocurre como consecuencia directa o con ocasión de las labores desempeñadas, y que tiene como resultado una lesión orgánica, una alteración funcional o mental, una condición de invalidez o incluso la muerte del trabajador.

Accidente de tránsito: se trata de un hecho ocurrido en el territorio nacional que provoca afectaciones a la integridad física o mental de una o más personas, como resultado del uso de la vía pública por parte de, al menos, un vehículo automotor (Decreto 056, 2015).

ADRES: la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) es una entidad vinculada al Ministerio de Salud y Protección Social, que cuenta con personería jurídica, autonomía en los ámbitos administrativo y financiero, y un patrimonio propio. Esta institución, cuya naturaleza jurídica se equipará a la de una Empresa Industrial y Comercial del Estado, fue constituida con el propósito de asegurar una gestión eficiente del flujo de los recursos del sistema, así como de ejercer los controles correspondientes para su adecuado manejo (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES-, 2025).

Atención de urgencias: consiste en el conjunto de intervenciones efectuadas por un equipo de salud competente y debidamente entrenado, que dispone de los recursos materiales adecuados

para responder eficazmente a la demanda de atención derivada de situaciones de urgencia (Decreto 412, 1992).

Auditoría concurrente: se refiere a la auditoría realizada de manera presencial y de forma simultánea con otros procesos de auditoría, cuyo propósito es verificar la trazabilidad de las actuaciones, procedimientos y documentos que respaldan las reclamaciones presentadas ante la ADRES. Esta labor permite identificar posibles anomalías, inconsistencias o irregularidades, prevenir el reconocimiento o desembolso de recursos sin causa justificada, y, cuando sea pertinente, reportar los hechos detectados a las autoridades competentes (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, 2021).

Auditoría de cuentas médicas: se trata de un proceso de evaluación sistemática aplicado a la facturación de los servicios de salud, llevado a cabo por profesionales del área y auditores médicos, cuyo objetivo principal es detectar y corregir hallazgos relacionados con la construcción de la facturación y con la interacción entre los distintos actores del sistema de salud. Esta evaluación se desarrolla en el marco de las relaciones contractuales vigentes entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), conforme a la normativa aplicable (Mora y Gómez, 2021).

Auditoría integral: procedimiento orientado a comprobar que se cumplan los requisitos médicos, jurídicos y administrativos-financieros exigidos para el reconocimiento y pago de las reclamaciones presentadas ante la ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, 2021).

Base de datos única de afiliados (BDUA): registro que consolida la información de los aportantes y afiliados debidamente identificados, y que reúne los datos correspondientes a cada

persona vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, 2021).

Conciliación de cuentas médicas: procedimiento a través del cual el prestador de servicios de salud responde a las glosas formuladas por la entidad responsable del pago, la cual evalúa dichas respuestas y sus respectivos soportes con el propósito de establecer si procede el reintegro de recursos o si la glosa se mantiene, con la aceptación correspondiente por parte del prestador (Secretaría Distrital del Salud de Bogotá, 2020).

Continuidad: corresponde al nivel en que los usuarios acceden a las intervenciones necesarias, a través de una secuencia ordenada y coherente de acciones fundamentadas en el conocimiento científico (Secretaría Distrital del Salud de Bogotá, 2020).

Contrato por Capitación: el contrato bajo la modalidad de capitación se distingue por contemplar, en primer lugar, un pago anticipado y fijo que se realiza por cada persona a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS); en segundo lugar, por establecer de manera previa el conjunto de servicios que dicha entidad debe asegurar a los afiliados incluidos en el contrato; y, finalmente, por fijar un periodo determinado durante el cual la IPS se compromete a brindar las atenciones previamente definidas (Corte Constitucional, 14 de marzo de 2012).

Contrato por evento: el pago por evento es un mecanismo mediante el cual se remunera cada una de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos o medicamentos brindados a un paciente durante un periodo específico, en relación directa con un episodio de atención en salud. En este esquema, cada servicio prestado constituye una unidad de pago individual, y las tarifas correspondientes son establecidas previamente entre las partes (Decreto 4747, 2007).

Enfermedad común: es aquella que tiene su origen en causas, condiciones o factores ajenos al entorno laboral, es decir, que no puede atribuirse de manera directa a las condiciones de trabajo.

En esta categoría no se incluyen las enfermedades que puedan ser calificadas como profesionales o laborales, incluso si no generan incapacidad temporal o permanente, sin importar las consecuencias de la afección (Superintendencia de Seguridad Social de España, 2025).

Enfermedad laboral: es aquella enfermedad que se adquiere como consecuencia de la exposición a factores de riesgo propios de la actividad laboral o del entorno en el que el trabajador desempeña sus funciones (Ley 1562, 2012).

Empresa Promotora de Salud (EPS): las Empresas Promotoras de Salud (EPS) son entidades encargadas de afiliar y asegurar a la población, actuando como intermediarias y gestoras de los recursos asignados por el Estado mediante la Prima Anual conocida como Unidad de Pago por Capitación (UPC). Estas entidades pueden ser de naturaleza pública (EPS del régimen subsidiado) o privada (EPS del régimen contributivo). Su función principal es contratar la red de prestadores necesaria para asegurar la cobertura y la efectiva prestación de los servicios de salud en cada territorio donde operan (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB): se consideran Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB) a una amplia variedad de organizaciones responsables de gestionar servicios dentro del sistema de salud, entre ellas: las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tanto del régimen contributivo como del subsidiado, las Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales que desarrollan actividades en salud, las EPS indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en lo relacionado con la atención en salud, las entidades encargadas de administrar planes de salud adicionales, aquellas obligadas a compensar, las entidades adaptadas al sistema de salud, las pertenecientes al régimen especial o de excepción en salud, así como las universidades que presten servicios en este ámbito (Decreto 1018, 2007).

Factura o documento equivalente: se trata del documento que respalda legalmente el cobro realizado por un prestador de servicios de salud a la entidad responsable del pago, con ocasión de la venta de bienes o la prestación de servicios, y que debe cumplir con los requisitos establecidos por la DIAN, reflejando de manera formal la transacción realizada (Ministerio de Salud, 2009).

Glosa: las glosas corresponden a objeciones formuladas frente a las cuentas de cobro presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, como resultado de inconsistencias o errores identificados durante la revisión de las facturas y sus soportes, en atención a lo dispuesto por la normativa vigente (Secretaría Distrital del Salud de Bogotá, 2020).

Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS): las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) comprenden a todas aquellas entidades, asociaciones o personas naturales o jurídicas, ya sean de carácter público, privado o de economía mixta, que cuentan con la autorización para ofrecer total o parcialmente los servicios requeridos para cumplir con las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Este grupo incluye a hospitales, clínicas y demás centros asistenciales habilitados para brindar atención en salud (Alcaldía de Bogotá, 2021).

Nivel de Complejidad: la denominación de Niveles de Complejidad y Niveles de Atención, viene siendo desarrollada desde antes de la Ley 100/93, con un antecedente inicial en la Ley 10 de 1990 y en el Decreto 1760 de 1990. Estas definiciones se ajustan luego del año 1993 y la Resolución 5261 de 1994 hace la precisión sobre los Niveles de Complejidad, estableciendo los siguientes: NIVEL I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados. NIVEL II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados. NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico. Dentro

de estos Niveles de Complejidad se establecen los Niveles de Atención quirúrgica, responsabilizando para los diferentes Niveles de Complejidad diferentes Niveles de Atención, de la siguiente forma: NIVEL I: GRUPOS QUIRÚRGICOS 01, 02, 03. NIVEL II: GRUPOS QUIRÚRGICOS 04, 05, 06, 07, 08. NIVEL III: GRUPOS QUIRÚRGICOS 09 Y SIGUIENTES. NIVEL IV: Se establece de acuerdo al procedimiento practicado en las patologías CATASTROFICAS (Sarmiento, 2010).

Oportunidad: se refiere a la capacidad del usuario para acceder oportunamente a los servicios que necesita, sin demoras que comprometan su salud o su vida. Esta condición está asociada tanto a la adecuada organización de la oferta frente a la demanda de servicios, como al grado de coordinación institucional para garantizar dicho acceso (Secretaría Distrital del Salud de Bogotá, 2020).

Pertinencia: corresponde al nivel en que los usuarios reciben los servicios necesarios conforme a la evidencia científica disponible, asegurando que los posibles efectos secundarios sean inferiores a los beneficios esperados con la intervención (Decreto número 1011, 2006).

Plan de Atención Complementaria (PAC): los Planes de Atención Complementaria (PAC) se definen como aquellos esquemas de beneficios que incluyen actividades, intervenciones y procedimientos que no son esenciales ni imprescindibles para el tratamiento de enfermedades, ni para el mantenimiento o recuperación de la salud. Asimismo, pueden abarcar condiciones especiales de atención relacionadas con las actividades, intervenciones y procedimientos ya contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), brindando así una cobertura adicional y opcional frente a lo establecido como básico por el sistema de salud (Decreto 806, 1998).

Plan Obligatorio de Salud (POS) hoy Plan de Beneficios en Salud (PBS): el componente central del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia lo constituye el

Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual representa el conjunto esencial de servicios destinados a la recuperación de la salud, la prevención de enfermedades y la protección temporal de los ingresos mediante prestaciones económicas, en situaciones en las que una persona no puede trabajar debido a enfermedad, accidentes o maternidad (Ministerio de Salud, 2025).

Régimen Contributivo: el régimen contributivo corresponde al marco normativo que regula la afiliación de las personas y sus familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando dicha vinculación se realiza mediante el pago de una cotización, ya sea individual o familiar. Este aporte puede ser financiado directamente por el afiliado o compartido entre este y su empleador (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025a).

Régimen Subsidiado: el Régimen Subsidiado constituye el instrumento mediante el cual el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud para la población en situación de pobreza o sin capacidad económica, mediante la entrega de un subsidio financiado con recursos públicos (Secretaría de Salud de Bogotá, 2025).

Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS): los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) corresponden al conjunto de datos esenciales y mínimos requeridos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud para llevar a cabo funciones de dirección, regulación y control, así como para respaldar la facturación de los servicios prestados. Su denominación, estructura y características han sido unificadas y estandarizadas, aplicando a todas las entidades mencionadas en el artículo segundo de la Resolución 3374 de 2000, tales como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los profesionales independientes o agrupaciones de práctica profesional, las entidades administradoras de planes de beneficios y los entes encargados de la dirección, vigilancia y control del sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Seguridad: se entiende como el conjunto de componentes estructurales, procedimientos, herramientas y metodologías fundamentadas en evidencia científica, orientadas a reducir al máximo la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos durante la atención en salud o, en su defecto, a mitigar sus efectos (Secretaría Distrital del Salud de Bogotá, 2020).

Subsidio a la Demanda: el mecanismo de subsidios a la demanda se basa en la entrega directa de recursos económicos a las personas, en lugar de transferirlos a las instituciones. A través de este esquema, las personas en situación de pobreza, una vez afiliadas a una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS), podrán acceder a los servicios de salud que necesiten para conservar o recuperar su bienestar, solicitándolos directamente a hospitales u otros prestadores. Posteriormente, las ARS asumirán el pago correspondiente por dichos servicios (Ministerio de salud, 1997).

Unidad de Pago por Capitación Adicional (UPC adicional): la Unidad de Pago por Capitación Adicional (UPC adicional) corresponde a una prima o monto complementario definido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), destinado a ciertos territorios con condiciones especiales de dispersión geográfica. Este valor extra se asigna a zonas de departamentos con baja densidad poblacional, en las que se generan mayores costos asociados a la atención en salud, como los gastos derivados del transporte de pacientes y otras dificultades logísticas propias de dichos contextos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025b).

Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S): la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S) corresponde al monto anual que se asigna por cada afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el fin de financiar las prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) dentro del régimen subsidiado. Esta unidad también se conoce como UPC plena o subsidio pleno y su valor es establecido por la Comisión de Regulación en Salud

(CRES). En la actualidad, el Acuerdo N.º 19 de 2010 es la norma vigente que regula este aspecto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025b).

Unidad de Pago por Capitalización Subsidiada Diferencial (UPC-S diferencial): la Unidad de Pago por Capitalización Subsidiada Diferencial (UPC-S diferencial) se establece como una prima adicional que complementa la asignación estándar, surgida tras la creación de la prima por dispersión geográfica. Esta modalidad se aplica específicamente a aquellas zonas que presentan índices de siniestralidad superiores al promedio nacional, y está dirigida a municipios conurbados, es decir, aquellos ubicados en las cercanías de centros urbanos, donde la demanda y complejidad de los servicios de salud tiende a ser mayor (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025b).

Vinculados: las personas que, debido a su falta de capacidad económica, aún no han sido afiliadas al régimen subsidiado, tienen derecho a recibir servicios de salud a través de las instituciones públicas o privadas que tengan convenio con el Estado. Esta atención se brinda mediante el mecanismo de Subsidios a la Oferta, el cual permite garantizar el acceso a servicios básicos mientras se formaliza su vinculación al régimen correspondiente (Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., 2016).

Introducción

En el contexto actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, la gestión eficiente y transparente de los recursos destinados a la atención médica se presenta como un desafío permanente. Uno de los componentes esenciales en este proceso es la auditoría de cuentas médicas, como lo mencionan Osorno y Jiménez (2021) que es entendida como el análisis técnico y ético de las facturas presentadas por los prestadores de servicios de salud, con el fin de garantizar su conformidad tanto desde el punto de vista asistencial como financiero. Este procedimiento no solo permite validar la pertinencia clínica de los servicios brindados, sino también contener gastos innecesarios y proteger la sostenibilidad económica del sistema.

La factura o documento equivalente constituye el soporte legal del cobro realizado por los prestadores, pero su valor inicial está sujeto a revisión a través del informe de auditoría, el cual puede modificar tanto su monto como los conceptos incluidos (Ministerio de Salud, 2009). Esta dinámica refleja la complejidad del título valor en salud, cuyo reconocimiento final depende del análisis crítico y técnico llevado a cabo por las entidades responsables del pago. En este sentido, la auditoría no solo cumple una función controladora, sino también correctiva y orientadora, permitiendo que los recursos públicos destinados a la salud se empleen de manera justa y eficaz.

Dentro de este marco, uno de los retos más apremiantes es entender cómo la intervención de la auditoría impacta en la gestión de los recobros y en la relación contractual entre prestadores y pagadores. Es así como surgen estos cuestionamientos: ¿Cómo influye el informe de auditoría en la modificación del valor original de la factura? ¿Cuál es la naturaleza jurídica del documento resultante tras este proceso? ¿De qué manera las normativas vigentes regulan y estandarizan este procedimiento?

De ese modo, este trabajo tiene como finalidad analizar el papel que desempeña el informe de auditoría en las cuentas médicas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. En particular, el análisis se centra en cómo este instrumento técnico incide en el proceso de cobro de las facturas generadas por los servicios de salud prestados. Se considera que la eficacia ejecutiva de la obligación depende del conjunto documental que acredita el monto líquido y exigible, en los términos de la jurisprudencia sobre títulos ejecutivos complejos.

El estudio parte de la premisa de que la auditoría de cuentas médicas no solo cumple una función revisora, sino que también influye directamente en la validación y reconocimiento de los servicios brindados, lo cual incide en la gestión financiera del sistema y en la sostenibilidad del mismo. Por ello, resulta fundamental examinar cómo este proceso afecta el valor inicial de las facturas y qué implicaciones tiene desde el punto de vista legal y económico.

La importancia del tema radica en que la auditoría representa un mecanismo esencial para garantizar la correcta utilización de los recursos públicos destinados a la salud. En un contexto caracterizado por la limitación de fondos y un aumento constante en la demanda de servicios, se hace necesario comprender cómo esta herramienta contribuye a prevenir pagos indebidos, resolver glosas pendientes y evitar litigios que puedan retrasar la atención médica.

La investigación se desarrolla en el marco del sistema colombiano, donde coexisten regímenes contributivo y subsidiado, y participan múltiples actores como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), el Estado y los usuarios. En este escenario complejo, la auditoría se consolida como un puente entre los intereses financieros de los pagadores y la necesidad de brindar atención oportuna y de calidad a los ciudadanos.

De ese modo, desde una perspectiva estrictamente jurídica, el problema central de esta investigación se cimenta en la indeterminación sobre la naturaleza vinculante del informe de auditoría de cuentas médicas como acto administrativo que determina el monto líquido y exigible de la obligación de pago en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Esta incertidumbre genera una tensión entre el principio de literalidad del título valor y la potestad de control técnico-financiero del pagador, lo que repercute en la seguridad jurídica del cobro y, de manera refleja, en la efectividad de derechos fundamentales como la salud. En consecuencia, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo incide el informe de auditoría de cuentas médicas en la naturaleza jurídica de la factura y en los requisitos de exigibilidad para su cobro en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia?

Podría decirse, como hipótesis, que el informe de auditoría de cuentas médicas no transforma la naturaleza jurídica de la factura como título valor, sino que opera como acto administrativo de verificación técnica que determina el monto líquido y exigible de la obligación de pago en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, su desconocimiento al momento del cobro vulnera el principio de certeza en la exigibilidad de las obligaciones, el debido proceso administrativo y la seguridad jurídica del flujo de recursos, sin que ello implique desconocer los principios de literalidad, autonomía e incorporación que rigen los títulos valores conforme al Código de Comercio.

El documento está estructurado de la siguiente manera: en un primer momento se presenta el planteamiento del problema, la justificación del estudio y los objetivos generales y específicos. Luego se describe la metodología empleada y se exponen los resultados obtenidos, organizados en ejes temáticos relacionados con el régimen jurídico de la auditoría, los requisitos técnicos y legales para el cobro de cuentas médicas y la incidencia del informe de auditoría en la naturaleza jurídica

de la factura. Finalmente, se presentan las conclusiones del análisis junto con algunas propuestas orientadas a mejorar la gestión de este importante proceso.

1. Análisis de incidencia de la auditoría sobre las cuentas médicas, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

1.1 Planteamiento del problema

La auditoría de las cuentas médicas facilita la organización interna, tanto en la aseguradora como en las instituciones prestadoras de servicios de salud, respecto a los requerimientos formulados por los entes de vigilancia y control conforme a los estándares mínimos para la prestación de servicios. Lo anterior incide de manera efectiva en los procesos de mejoramiento continuo de las organizaciones. Por ende, los programas de auditoría reflejan una orientación hacia la calidad en la atención al usuario y promueven en los directivos la revisión de la forma, la calidad y la eficiencia de las actividades, lo que lleva a que se propicien transformaciones orientadas al fortalecimiento integral de todas sus áreas funcionales (Leuro y Oviedo, 2017).

La relevancia del auditor de cuentas médicas en una institución radica en su incidencia sobre los procesos administrativos y financieros, en la medida en que orienta la forma en que se estructuran los servicios hacia el mejoramiento continuo. No obstante, los roles definidos por las instituciones prestadoras de salud presentan variaciones que carecen de coherencia con el marco normativo e histórico vigente (Osorno y Jiménez, 2021).

En la práctica está sucediendo que los proveedores de tecnologías y prestadores de servicios en salud están presentando cobros a los pagadores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ya sea por cobro directo o por medio de control ejecutivo, coactivo u

otro medio, sobre la **factura como título valor simple**, sin tener en cuenta las particularidades que positiviza la auditoría de cuentas médicas sobre las facturas por prestación de servicios de salud (Botello, 2024).

La característica más importante en este proceso de reconocimiento y pago por parte del actor pagador de los servicios es aplicar la auditoría para proteger los recursos financieros que constituyen la columna vertebral para la sostenibilidad del sistema. Estos recursos son finitos, gozan de parafiscalidad y destinación específica, incluso, se presumen inembargables y tienen prohibición de orden superior para ser gravados por impuestos, sobretasas u otros fines. No está claro si es por desconocimiento del proceso y la carencia de socialización de las normas, o por imprecisión de las mismas, que se desconoce el informe de auditoría al momento de elevar el cobro.

De esa manera, se identifican deficiencias en los procesos de facturación que se traducen en un elevado volumen de no conformidades o glosas dirigidas a las instituciones prestadoras de servicios de salud. Estas dificultades se asocian a fallas en la calidad del proceso de facturación, a la insuficiente capacitación del personal en la normativa vigente conforme a las tarifas pactadas y al uso de manuales tarifarios, así como al incumplimiento de los requisitos normativos relacionados con los soportes exigidos para el cobro (Bonilla y Cepeda, 2019).

A su vez, autores como Gamboa y Benavides (2020) sostienen que muchas instituciones carecen de procesos organizados y debidamente documentados. Esta carencia impide detectar oportunamente errores en la elaboración de facturas y sus soportes, lo que incrementa las glosas y afecta progresivamente la estabilidad financiera. A ello se suma la alta rotación del personal encargado de estas labores, circunstancia que incide en retrasos en la entrega de la facturación.

En este sentido, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia (30 de abril de 2019) en sentencia STL6988-2019 de la Sala de Casación Laboral, con Radicación n° 84109, Acta 15, ha precisado que la factura de servicios de salud, si bien constituye título valor conforme al Código de Comercio, requiere para su eficacia ejecutiva conformar **un título ejecutivo complejo. Este se integra por la factura, los soportes de la prestación efectiva del servicio y el informe de auditoría que determina el monto líquido y exigible de la obligación.** Esta construcción jurisprudencial armoniza los principios de literalidad y autonomía de los títulos valores con las normas especiales del sistema de seguridad social, en **particular el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011**, que establece el procedimiento de glosas como mecanismo de verificación técnica previa al reconocimiento del pago.

De acuerdo con dicho precedente, **la aceptación de la factura en salud puede ser expresa o tácita.** No obstante, en el marco del sistema de salud, la omisión de formular glosas dentro del término legal de veinte días hábiles configura una aceptación tácita del valor auditado y no del valor nominal inicial. Por tanto, el cobro judicial no puede fundarse en la factura aislada como título simple, sino en el conjunto documental que acredita una obligación clara, expresa y actualmente exigible, donde el informe de auditoría opera como elemento determinante del monto reconocido y pagadero (Corte Suprema de Justicia, 30 de abril de 2019).

Por esas razones, al desconocer el informe de auditoría, los recursos se ven afectados, lo cual lleva proporcionalmente de manera directa a un detrimento en la salud, especialmente en aquellas personas que se encuentran en condición de enfermedad. Al no encontrar oportunidad en la atención, necesariamente presentan deterioro y mayor daño de su salud, debido a los avatares

de la insuficiencia financiera del Sistema ocasionada por bajo flujo de los recursos. Esto deriva en condiciones precarias en la calidad de la atención y el efectivo goce de los servicios de salud.

Por tanto, el problema radica en que los proveedores de tecnologías en salud están presentando cobros sin tener en cuenta la auditoría de cuentas médicas, lo cual afecta los recursos del Sistema y, en consecuencia, la atención en salud de los usuarios (Passos et al., 2020), especialmente los más vulnerables. Es necesario clarificar si esto se debe a desconocimiento o imprecisión normativa para poder tomar las medidas correctivas pertinentes.

En consecuencia, la investigación parte de la premisa de que el informe de auditoría no transforma la naturaleza jurídica de la factura como título valor, sino que determina el monto líquido y exigible de la obligación. El desconocimiento de este informe al momento del cobro vulnera la seguridad jurídica del sistema y el debido proceso administrativo.

1.2 Justificación

Para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo que respecta a los actores responsable del pago de las tecnologías en salud, correspondiente a facturación radicada por los diferentes proveedores de servicios, resulta de gran importancia abordar la situación sobre el desconocimiento de los informes de auditoría en los cobros de las cuentas médicas, resultando especialmente preocupante en los casos donde se expiden por el operador judicial mandamientos de pago dentro de los procesos de medio de control ejecutivo, basados en la manifestación del accionante y desconociéndose las normas procesales del informe de auditoría de cuentas médicas, situación que en muchos casos obliga a realizar pagos sobre títulos ejecutivos complejos como si se tratara de títulos simples, desconociendo el debido proceso para el cobro de obligaciones claras, expresas y exigibles.

No obstante, al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se libran esfuerzos para obtener una factura que reúna los requisitos técnicos y legales especialmente al momento del armado de la cuenta, ello indica que el prestador de servicios de salud debe entregar a su pagador de servicios, la cuenta que incluye la factura y sus anexos establecidos por las normas, para evitar ser glosado y desde luego, evitar tiempos prolongados en el flujo de los recursos. En este orden, es muy relevante concebir que la factura tiene diversas aristas, y no nace en el departamento de facturación como es común pensarlo; la factura inicia en la ventanilla de admisión del paciente y su desempeño y éxito se encuentra asociado a la adecuada alineación entre los diferentes departamentos administrativos en asociación al área misional donde todos aportan en una u otra forma a la creación y expedición de la cuenta médica.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar la incidencia del informe de auditoría de cuentas médicas frente a la naturaleza jurídica y el cobro de la factura generada por la prestación de servicios de salud.

1.3.2 Objetivos específicos

Revisar el régimen jurídico que establece las bases de la auditoría de cuentas médicas.

Identificar los requisitos que se deben tener en cuenta al momento de realizar el cobro de las cuentas médicas a partir del informe de auditoría.

Analizar la influencia del informe de auditoría de cuentas médicas en la naturaleza jurídica y en el proceso de cobro de la factura derivada de la prestación de servicios de salud.

2. Marco referencial

2.1 Marco teórico

El presente marco teórico no se limita a la recopilación descriptiva de conceptos, sino que busca reconstruir el debate doctrinal en torno a tres ejes fundamentales. El primero analiza la naturaleza jurídica del informe de auditoría, contrastando su visión como un acto administrativo vinculante frente a la de un dictamen técnico no vinculante. El segundo eje examina su incidencia en la exigibilidad de la obligación, debatiendo si su función es la determinación del monto líquido o una mera verificación formal. El tercer eje aborda los efectos de su desconocimiento en el cobro, analizando la tensión entre la vulneración del debido proceso y el ejercicio legítimo de la autonomía de la voluntad. Esta estructura analítica permite identificar corrientes enfrentadas, vacíos teóricos y posiciones intermedias, posicionando la investigación dentro de la discusión académica actual.

2.1.1 Las cuentas médicas en el marco del servicio de salud

Se considera que el proceso de cuentas médicas realiza una evaluación sistémica de la facturación generada por los servicios de salud prestados por las instituciones y los profesionales del área. Estos servicios son cubiertos con recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social, los cuales provienen del esfuerzo parafiscal y tienen una destinación específica. La evaluación sistémica inicia desde el pagador y se realiza a través de la auditoría de cuentas, cuyo informe constituye la evidencia del valor reconocido sobre el cual se paga la factura. Por lo general, estos valores se encuentran concertados entre las partes durante el proceso conciliatorio, acorde a los soportes y evidencias presentadas tras surtirse el proceso de auditoría en las instancias del pagador (Martínez, 2020).

Los departamentos de facturación y de cuentas médicas en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud constituyen un eje de gran importancia y la base de un organigrama de valiosa conjetura; en la realidad, son la columna vertebral de la capacidad financiera que determina gran parte de la fuerza resolutive de la entidad. Son los encargados de estructurar y mantener el músculo financiero para el equilibrio operacional empresarial (Mendieta y Jaramillo, 2020). Es tal la importancia de estos departamentos que, para dirigirlos, se seleccionan profesionales en medicina o áreas administrativas con especialización en Auditoría en Salud, Gerencia o afines; su medición de éxito se ubica en la cantidad de recursos que logren gestionar aplicando el filtro de la auditoría de cuentas (Osorio et al., 2002), la cual se circunscribe a la compleja normatividad elaborada al detalle, tal como queda plasmado en el presente estudio.

Como lo indican Martínez y Oviedo (2016), resulta inconcebible que una institución o cualquier actor involucrado en la prestación de servicios de salud (ya sea un profesional independiente, gerente, administrador, financiero, facturador, auditor, contratante o contratista) carezca de un conocimiento claro y preciso sobre procesos fundamentales como la facturación y la gestión de cuentas médicas derivadas de la venta de dichos servicios.

Esta exigencia de conocimiento especializado permite identificar una primera corriente doctrinal de corte técnico administrativo, la cual concibe la auditoría de cuentas médicas como un instrumento de gestión operativa orientado a la eficiencia en el recaudo, conforme a los planteamientos de Martínez y Oviedo (2016) y Mendieta y Jaramillo (2020). No obstante, dicha perspectiva ha sido matizada por sectores de la doctrina jurídico financiera, quienes advierten que reducir la auditoría a un ejercicio meramente administrativo omite su dimensión normativa y su incidencia directa en la exigibilidad de la obligación de pago.

Según el Manual de Auditorías de la Superintendencia Nacional de Salud (2025), el informe de auditoría no solo depura valores, sino que transforma la factura original en un título ejecutivo complejo. De este modo, su reconocimiento definitivo depende del análisis técnico y legal realizado en cumplimiento de los ejes de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios establecidos en la Ley 1122 de 2007. Este debate, situado entre la eficiencia administrativa y la seguridad jurídica, constituye uno de los ejes del estado del arte que orienta la presente investigación.

Cabe anotar que esta dinámica asienta los principios y objetivos de la Carta Magna en las exigencias de su artículo 48 y el arribo de la Ley 100 de 1993, así como las demás normas sustanciales y de proceso que enmarcan los postulados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esto ocurre luego de que la salud venía de un sistema de oferta centrado en instituciones públicas, donde los recursos se obtenían por transferencia del Situado Fiscal y el usuario no gozaba de derechos y deberes, como sí sucede con el Sistema General de Seguridad Social Integral. Como lo menciona Rodríguez (2022) al referirse al sistema de oferta, en este no existía la demanda; por ello, no se basaba en un sistema de facturación sino de transferencia-gasto, sin enmarcar a las instituciones en una competencia de mercado ni en un enfoque hacia el usuario donde priman los derechos fundamentales. Como lo indica Restrepo (2007), esta situación define en última instancia el flujo de recursos para cada prestador, acorde a los niveles de complejidad y al desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud.

A lo anterior se suma lo mencionado por Martínez y Oviedo (2016) al afirmar que es dable que una factura de servicios de salud pueda ser reconocida y pagada en su valor original sin la aplicación del informe de auditoría. No obstante, los controles fiscales y la eficiencia y eficacia del desempeño de la actividad prestadora se verían afectados notablemente si los recursos del

sistema no se filtran y depuran de manera rigurosa, para garantizar el adecuado uso en sede clínica y el derecho fundamental de todos los usuarios.

Es cierto, además, que la auditoría de cuentas médicas se encuentra estructurada tanto en cuestión de tiempos como de dispositivos técnicos, manuales de glosa, devoluciones y otros, de manera que nada se deja al vacío. Los auditores cuentan con reglas claras y precisas sobre cada objeción que aparezca en el camino; este trabajo es documentado finalmente en un informe técnico con la capacidad de variar la factura, tanto en su valor como en su contenido, como resultado de la auditoría. Dicha situación se consigna en el instrumento de informe de auditoría de cuentas médicas que, junto con los demás documentos reglamentarios adjuntos, mutan a un documento complejo (Agudelo et al., 2020).

Esta transformación de la factura en título ejecutivo complejo encuentra respaldo en el procedimiento de auditoría de cuentas médicas del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (2025), que establece que **el informe de auditoría constituye el soporte definitivo para el reconocimiento y pago de los servicios, siempre que se cumplan los requisitos de pertinencia clínica, legalidad documental y coherencia tarifaria**. Asimismo, el Manual de Cartera de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Paipa (2025) precisa que la glosa no constituye un detrimento financiero per se, sino un mecanismo de control que permite identificar oportunidades de mejora en los procesos de facturación, siempre que se respeten los términos perentorios del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

2.1.2 La importancia de las auditorías de los programas de salud pública

Ahora bien, adicional a la Auditoría de Cuentas Médicas, relevante en la atención de servicios de salud individuales, existe la auditoría de los programas de salud pública que, en

palabras de Malagón et al. (2003), capítulo 22 de la obra “Auditoría en Salud para gestión Eficiente”, registran la organización racional de las acciones y las condiciones dirigidas a proteger a la colectividad o la atención colectiva de los factores de riesgo para mejorar la convivencia y la calidad de vida. Es válido anotar que, desde el ámbito administrativo y financiero, esta auditoría se encamina a la protección y optimización de los recursos para garantizar el desarrollo misional de los cometidos de los programas de prevención y promoción.

El método Delphi es un estudio que sirve de herramienta a la Organización Panamericana de la Salud, para monitorear estándares de la salud pública que permite aplicar una auditoría basada en los conceptos y las evidencias de indicadores colectivos. El proceso del método es flexible, pues las rondas de preguntas pueden realizarse de manera presencial o remota según sus avances ha sintetizado como objetivos principales de la salud pública (Varela et al., 2012). Según Malagón et al. (2003) los siguientes:

- La prevención de epidemias y la propagación de enfermedades.
- La protección contra los daños ambientales.
- La prevención de daños a la salud.
- La promoción y fomento de conductas saludables.
- La respuesta a los desastres y la asistencia a las comunidades damnificadas.
- La garantía en la calidad de los servicios de salud y la accesibilidad a estos.

Conforme a lo anterior, se puede indicar que la salud pública tanto colectiva como la salud individual tienen su punto de fusión. Es aquí donde el paso de la atención colectiva a lo individual y la entrada en acción de ese actor que es el prestador de servicios de salud individual habilitado reviste, en el sistema, la posibilidad de hacer un punto de encuentro de todos los actores que hacen

“sombra”, influenciados por la presencia de un paciente (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2020).

El paciente es un actor que, como usuario y enfoque principal del Sistema de Salud, al momento de verdad en la prestación del servicio de salud, emplaza a los demás actores: el Asegurador (EAPB), el responsable pagador (ERP), las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), el Seguro de Accidentes de Tránsito (SOAT), las Entidades Territoriales (ET), los Regímenes Especiales, entre otros, y los particulares, por supuesto. Sumado a ellos confluyen los organismos de inspección y vigilancia, los de dirección, los veedores y las familias, entre otros, movilizándolo la operación del sistema.

Según Sandoval (2012), la compañía *Galway Companies Consolidation Act*, en el año 1845, propuso como obligación una verificación de registros efectuados por lo que denominó Auditoría de Cuentas. Posteriormente, a finales del siglo XX y acorde a los primeros procesos de la primera revolución industrial, se aplicó el modelo científico del trabajo desde la administración y control del mismo, no como auditoría, sino como resultado de su programación sistemática del tiempo.

Por otro lado, Frederick Winslow Taylor en su libro “La Administración Científica” creó el modelo de gestión del tiempo y control de procesos en cadena, serie o economía a escala, que podría asimilarse al control de procesos y revisión de tiempos, como los que plantearon en 1992 Kaplan y Norton a través de la medición de indicadores tangibles en el modelo *Balanced Scorecard* como estrategia de análisis de indicadores que se pueden asimilar a la revisión de cuentas o auditoría (Bravo, 2009).

Esta aproximación histórico administrativa permite identificar una primera corriente doctrinal que concibe la auditoría como una herramienta de gestión y control de procesos, con

especial énfasis en la eficiencia operativa, según lo planteado por Sandoval (2012) y Bravo (2009). No obstante, dicha perspectiva ha sido cuestionada por sectores de la doctrina jurídica, quienes advierten que reducir la auditoría a un simple ejercicio de gestión omite su dimensión normativa y su incidencia directa en la exigibilidad de las obligaciones dentro del sistema. Este debate, situado entre la eficiencia administrativa y la seguridad jurídica, constituye el primer eje del estado del arte que orienta la presente investigación.

Ahora bien, en la práctica, se ha podido establecer por medio de diversos estudios los alcances de la auditoría médica. Aljure (2013), en su investigación titulada “Auditoría de Cuentas Médicas en una IPS Pública de Nivel I de Atención en el Departamento de Antioquia”, detalla las finanzas de la IPS y manifiesta que se ven afectadas negativamente por la subfacturación y las glosas. Valga mencionar el desacuerdo con Aljure en cuanto afirma que la glosa afecta las finanzas de la IPS; desde una interpretación correcta, la glosa debe aceptarse como el control financiero y de calidad que hace la auditoría para salvaguardar los recursos del sistema de salud como patrimonio del usuario quien los utiliza en sus contingencias de salud.

Menciona Aljure (2013) que la glosa siempre resiste al error en la facturación, ya sea porque no se evidencia el servicio o porque no tiene la pertinencia médica, o porque difiere en precios a lo pactado en los acuerdos de voluntades; desde este punto, no es correcto afirmar que afecta las finanzas del prestador, siendo en realidad que traza oportunidades de mejora sobre las mismas, sin desconocer que ello conlleva un esfuerzo de parte del prestador pero que se desarrolla en su rutina empresarial como acciones de mejora.

La discrepancia con Aljure no es meramente terminológica, sino que refleja una tensión doctrinal de fondo. Es evidente que el autor adopta una perspectiva prestacional que interpreta la glosa como un detrimento financiero para la institución prestadora, pero esta investigación se

alineada con una corriente de corte financiero controlador. Esta postura entiende la glosa como un mecanismo legítimo de depuración del gasto en salud, en armonía con el principio de destinación específica de los recursos parafiscales. Este planteamiento encuentra respaldo en los informes de la Superintendencia Nacional de Salud (2023), donde se documenta que la mora en la conciliación de las glosas, y no la glosa en sí misma, es el factor crítico que afecta la liquidez hospitalaria.

En el sector público, particularmente en el caso señalado por Passos et al. (2020) en su artículo de investigación, se analizan los procesos de facturación y cuentas médicas de la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Local de Arjona, Colombia, destacando que dichos procesos son críticos debido a las glosas, las cuales representan una amenaza para la sostenibilidad y calidad del sistema. Al igual que en el caso anterior, se discrepa parcialmente del autor en cuanto a considerar la glosa como un detrimento exclusivo para el prestador; la glosa constituye una garantía para el usuario, quien, en últimas, es la razón de ser y el eje fundamental del Sistema de Salud.

No obstante, la mora en el flujo de los procesos de concertación de glosas puede generar retrasos en el pago de los recursos, lo cual exige una gestión activa por parte de todos los actores involucrados, especialmente en lo relativo a los tiempos de auditoría, tal como lo establece de manera clara y reiterada la normativa vigente, entre ellas el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. En este contexto, se hace necesaria la intervención efectiva de los mecanismos de vigilancia y control, cuya responsabilidad, por mandato legal, recae en la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que ostenta la máxima autoridad en la materia (Passos et al., 2020).

Esta posición de Passos y otros permite distinguir dos subcorrientes dentro de la perspectiva prestacional. Una atribuye a la glosa un efecto estructural negativo sobre la sostenibilidad de las instituciones, mientras que otra, al igual que esta investigación, identifica en la mora administrativa y en la falta de estandarización de los procedimientos de auditoría las

verdaderas causas del detrimento financiero. Esta segunda postura se sustenta en evidencia institucional del Ministerio de Salud y Protección Social (2024b), que ha señalado la necesidad de fortalecer los mecanismos de vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de los términos perentorios de la Ley 1438 de 2011, sin que ello implique desconocer la legitimidad del control técnico financiero.

Por otra parte, para Mora y Gómez (2021) en su estudio denominado “Auditoría Médico Administrativo eficiente como mecanismos efectivos en la disminución de glosas E.S.E Hospital San Vicente de Arauca”, existen indicadores del sistema de madurez y calidad de sus portafolios de servicios de salud. Según la capacidad instalada, se presentan dificultades en cuanto al cumplimiento en el reporte de los indicadores de gestión, que no es oportuno en las áreas de cartera y Auditoría Médica, las cuales son muy laxas.

El hallazgo de Mora y Gómez sobre la laxitud en los indicadores de gestión de cartera y auditoría médica refuerza la necesidad de distinguir entre el diseño normativo del procedimiento de glosas y su implementación operativa. El marco jurídico establece términos perentorios y garantías de debido proceso, y la práctica institucional evidencia brechas de cumplimiento que esta investigación busca contribuir a cerrar mediante la caracterización jurídica de los requisitos de exigibilidad del cobro tras la auditoría.

De otro lado, Osorno y Jiménez (2021), en su investigación titulada “El Rol de la Auditoría en Cuentas Médicas dentro de los Procesos de Facturación del Área Administrativa del Sector Salud en Colombia”, indican que la auditoría en salud es considerada una herramienta indispensable para garantizar la calidad en la prestación de servicios médicos. En este estudio se considera que la auditoría en salud es un mecanismo de optimización de recursos, de mejoramiento de la calidad en la atención y en la seguridad del paciente.

Da la razón lo anterior para manifestar que, para hablar de auditoría de cuentas médicas, se obliga a abordar el tema de la calidad que, para el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, se denomina **Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad**, sobre el cual se realizan ingentes esfuerzos no solo por los organismos reguladores y de inspección y vigilancia, sino también por los diferentes actores, en especial por los prestadores de servicios que, dentro de este Sistema Obligatorio, acogen una serie de estándares que se inician desde los mínimos para conseguir la Habilitación y seguidamente con los voluntarios que lo acercan al Sistema Único de Acreditación en Salud que ostenta escalas en las diferentes modalidades (Osorno y Jiménez, 2021).

La conexión que establecen Osorno y Jiménez entre la auditoría de cuentas médicas y la calidad en la atención permite identificar una tercera corriente doctrinal que visualiza la auditoría como un mecanismo de mejora continua y seguridad del paciente. Esta perspectiva, si bien es legítima, requiere ser articulada con la dimensión jurídica del control de recursos para evitar una visión fragmentada del fenómeno. La presente investigación busca integrar ambas dimensiones, reconociendo que la calidad asistencial y la sostenibilidad financiera son fines complementarios y no excluyentes dentro del sistema.

De otra parte, en el artículo de Sánchez (2017) denominado “Cuentas Médicas y Conciliaciones”, se explica que en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) el proceso de cuentas médicas se constituye en uno de los más importantes conceptos. Al unir criterios en torno a esta afirmación, se amplía que no solo ocurre en las EAPB, sino en los actores de la prestación del servicio, especialmente en la atención individual donde los departamentos de cuentas médicas, tanto en prestadores como en pagadores de los servicios, se establecen como un fuerte proceso administrativo de control de la calidad y de los recursos.

La caracterización de Sánchez sobre el proceso de cuentas médicas como eje de control tanto para pagadores como para prestadores permite avanzar en la identificación de un cuarto eje doctrinal, donde la auditoría se entiende como un espacio de interacción contractual y negociación técnica entre actores. Esta perspectiva resulta particularmente relevante para el estudio, en la medida en que el informe de auditoría no opera como un acto unilateral, sino como el resultado de un procedimiento reglado que admite contraste y revisión, conforme a la normativa vigente.

Por otro lado, Martínez (2020), al referirse a la modalidad de auditoría de cuentas médicas, advierte que estas se posicionan dentro de las políticas institucionales como un componente clave para garantizar la viabilidad financiera de las entidades del sector salud. En concordancia con esta perspectiva, se considera que el departamento de cuentas médicas en las instituciones es responsable de depurar los procesos de producción, asegurando que cada atención prestada se refleje en una cuenta o factura que cumpla con los requisitos técnicos y reglamentarios exigidos.

El proceso de armado de la cuenta permite identificar oportunidades de mejora que se proyectan de forma transversal hacia dependencias como admisión de pacientes, contratación, facturación y estaciones asistenciales, desde donde se retroalimentan los resultados de manera cíclica. En cuanto al pagador, su función debe centrarse en el análisis riguroso que realiza el auditor sobre los documentos que respaldan la factura como cuenta, tales como la historia clínica, que permite determinar la pertinencia del cobro, los tarifarios de tecnologías, los acuerdos de voluntades entre pagador y prestador, los precios pactados y la habilitación del prestador para ofrecer el servicio facturado, entre otros elementos relevantes (Martínez, 2020).

Como puede evidenciarse al efectuar el recorrido por la literatura especializada, se permite establecer un punto de convergencia crítica en esta investigación, al reconocer la legitimidad del

control técnico financiero, exigir su sujeción a las garantías del debido proceso y buscar la caracterización jurídica del informe de auditoría en la exigibilidad de la obligación de pago.

Por un lado, la corriente financiero-controladora, representada por Martínez (2020) y Osorno y Jiménez (2021), entiende **la glosa como mecanismo legítimo de depuración del gasto**, en armonía con el principio de destinación específica de los recursos parafiscales, tal como lo establece el procedimiento de auditoría de cuentas médicas de la Secretaría de Salud de Meta (2023), que exige **la verificación de pertinencia clínica, soporte documental y cumplimiento tarifario antes del reconocimiento del pago**. Por otro lado, la perspectiva prestacional, defendida por Aljure (2013) y Passos et al. (2020), interpreta la glosa como factor de riesgo para la liquidez de las IPS, especialmente en contextos de mora administrativa.

La presente investigación se sitúa en un punto de convergencia crítica, porque reconoce la legitimidad del control técnico-financiero, pero exige que su ejercicio se sujete a garantías de debido proceso, conforme al artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y a los lineamientos del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

2.2 Marco conceptual

2.2.1 La auditoría de cuentas médicas

Para Cordero et al. (2021) la auditoría de cuentas médicas constituye un mecanismo de evaluación orientado a revisar el proceso de facturación de los servicios y procedimientos ofrecidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Esta labor, llevada a cabo por auditores especializados, tiene como propósito fundamental detectar y corregir las inconsistencias que puedan surgir en dicha facturación y en las áreas vinculadas. Dado que la satisfacción del usuario con la atención recibida es un componente esencial de su calidad de vida,

resulta necesario, desde las dimensiones médica y administrativa, ejercer una supervisión constante sobre estos procesos para asegurar la seguridad del paciente, el adecuado manejo de las cuentas y una gestión eficiente de los recursos financieros.

La auditoría de **cuentas médicas se concibe como un proceso de evaluación sistemática de la facturación de los servicios de salud, llevado a cabo por profesionales y auditores médicos, cuyo propósito esencial es identificar y corregir irregularidades en dicha facturación.** Este análisis se fundamenta, en primer lugar, en los contratos suscritos entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y, en segundo lugar, en la revisión detallada de la historia clínica correspondiente a los servicios facturados. A partir de esta revisión, se formulan recomendaciones de mejora que abarcan aspectos técnico-científicos, humanos, administrativos, financieros y logísticos. Además, este proceso incide directamente en las funciones relacionadas con el aseguramiento de los usuarios y la gestión de recursos por parte de las entidades responsables de la prestación, promoviendo una organización eficiente de la contratación, la atención, la facturación y la cartera (ESE Carmen Emilia Ospina, 2015).

La auditoría de cuentas médicas constituye un proceso orientado a realizar una evaluación integral, continua y sistemática de las cuentas presentadas, desde las dimensiones administrativa, financiera y clínica, en concordancia con la normatividad vigente y los términos contractuales pactados entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). En este sentido, dicha auditoría implica una intervención técnica y administrativa que tiene como propósito analizar y contrastar las situaciones facturadas frente a las disposiciones legales actualizadas (Sánchez, 2017).

En consecuencia, se busca no solo garantizar niveles aceptables de calidad, sino también optimizar la rentabilidad financiera mediante ingresos efectivos por la prestación de servicios. Por otro lado, la auditoría responde a la necesidad imperiosa de las EPS e IPS de comprender lo que sucede en el proceso de atención médica y su reflejo en la facturación, evaluando elementos como el uso de los servicios, la competencia técnica de los profesionales, la calidad y precisión de las historias clínicas, la racionalidad en el uso de recursos diagnósticos y terapéuticos, así como los costos reales de lo facturado. Todo ello permite visibilizar fallas en los procesos de admisión, atención, facturación y gestión de cartera, que pueden desencadenar glosas y, por ende, afectar gravemente el recaudo oportuno y la sostenibilidad financiera de las instituciones (ESE Carmen Emilia Ospina, 2015).

No obstante, durante su implementación pueden surgir diversas problemáticas que afectan la transparencia y eficacia del proceso, tales como la generación de objeciones sin fundamento, la limitada experiencia asistencial de algunos auditores, la interpretación sesgada de los manuales normativos, el desconocimiento de los manuales tarifarios, y la contratación de auditorías con el único propósito de impedir pagos. A esto se suman resistencias por parte del personal médico y asistencial, fallas en la formación sobre procesos y procedimientos, desconocimiento de las condiciones contractuales, y una débil ética en la relación entre aseguradores y prestadores. Asimismo, se evidencia una tendencia a facturar directamente contra la glosa, la presentación de cuentas sin auditoría previa, falta de experticia en facturación hospitalaria, uso inadecuado del costo médico, obstáculos para la conciliación y una limitada capacidad resolutive. Todo esto refleja la necesidad de fortalecer los componentes técnicos y éticos del proceso auditor para garantizar una gestión más transparente y equitativa de los recursos del sistema (Sánchez, 2017).

2.2.2 La factura o documento equivalente

De acuerdo con el artículo 616-1 del Decreto 723 (2021), la factura de venta o su documento equivalente debe ser emitida en todas las transacciones realizadas con comerciantes, importadores, prestadores de servicios o en ventas dirigidas a consumidores finales. En este contexto, se reconocen como sistemas válidos de facturación tanto la factura de venta como los documentos equivalentes. **Asimismo, tanto la factura física (en talonario o papel) como la electrónica tienen plena validez legal como factura de venta.** Por otra parte, los documentos que se consideren equivalentes a la factura serán aquellos que, expresamente, defina el Gobierno nacional.

En cuanto a la obligación de facturar, el artículo 615 del Estatuto Tributario establece de manera precisa que todas las personas naturales o jurídicas que actúen como comerciantes, ejerzan profesiones liberales, presten servicios asociados a estas actividades o vendan bienes derivados de actividades agrícolas o ganaderas, deben expedir factura o documento equivalente, sin importar si son o no contribuyentes del impuesto sobre las ventas. Esta obligación también recae sobre los importadores, los prestadores de servicios y quienes realicen ventas a consumidores finales. No obstante, existen excepciones expresamente señaladas en los artículos 616-2 del mismo estatuto, en el numeral 1.6.1.4.3 del Decreto 1625 de 2016, y en el artículo 7 de la Resolución DIAN 000042 de 2020. En consecuencia, toda persona que comercialice bienes o servicios y que no se encuentre entre los casos exceptuados por las normas mencionadas, está en la obligación legal de emitir factura o documento equivalente (Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN-, 2022).

Según lo dispuesto por la DIAN, en concordancia con los artículos 616-1 y 771-2 del Estatuto Tributario, la validez de los impuestos descontables en el impuesto sobre las ventas, así como de los costos y deducciones en el impuesto sobre la renta, está condicionada a la presentación

de la factura de venta o del documento equivalente. No obstante, en aquellos casos en los que no exista la obligación legal de expedir dichos documentos, la transacción deberá estar respaldada por un comprobante que cumpla con los requisitos mínimos establecidos por el Gobierno Nacional. En ese sentido, cuando un mandante necesite soportar costos, deducciones o impuestos descontables por la adquisición de bienes o servicios a proveedores no obligados a facturar, será el mandatario quien deba emitir el documento soporte, ajustándose a lo previsto en el artículo 1.6.1.4.12 del Decreto 1625 de 2016 (Instituto Nacional de Contadores Públicos, 2023).

2.2.3 La glosa en el sector salud

La glosa se entiende como una irregularidad identificada durante el proceso de revisión integral de una factura por la entidad responsable del pago, la cual puede impactar parcial o totalmente el valor cobrado por la prestación de servicios de salud. Esta observación debe ser atendida y resuelta por el prestador de servicios correspondiente (Escobar et al., 2022).

Las glosas constituyen observaciones u objeciones formuladas frente a las cuentas de cobro emitidas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las cuales surgen a partir de inconsistencias detectadas durante la revisión de las facturas y sus respectivos soportes. Estas pueden ser identificadas tanto por la propia institución como por las entidades contratantes, tales como las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), compañías aseguradoras, direcciones seccionales de salud u otras IPS. En aquellos casos en que se evidencien errores relacionados con la presentación, consolidación, aplicación tarifaria o cobertura de los servicios, la entidad contratante procederá a devolver la cuenta para su respectiva corrección. En consecuencia, los prestadores estarán en la obligación de atender, aclarar o rectificar

las observaciones formuladas, dentro del plazo estipulado contractualmente o por la normativa vigente (E.S.E. Hospital San Rafael de Fundación, 2018).

Para Hernández et al. (2018) las glosas se entienden como reparos u objeciones formuladas a las cuentas de cobro o facturas emitidas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a partir de inconsistencias identificadas en el análisis de dichos documentos y sus soportes. Estas observaciones pueden ser generadas internamente por la misma institución o por parte de las entidades contratantes con las que se hayan suscrito convenios de prestación de servicios, como las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), las compañías aseguradoras, las direcciones seccionales de salud y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL). En este sentido, la glosa no es un asunto exclusivo de las IPS, sino una situación que involucra y compromete a todos los actores del sistema de salud.

Una vez una factura ha sido objeto de glosas, no podrán imponerse nuevas objeciones sobre la misma, salvo que se deriven de hechos novedosos identificados en la respuesta proporcionada por el prestador frente a la glosa inicial. Este último cuenta con un plazo de quince (15) días hábiles para responder a las glosas formuladas por la entidad responsable del pago, pudiendo aceptar aquellas que considere justificadas mediante la emisión de notas crédito, corregir los aspectos que dieron origen a la glosa o, con la debida justificación, argumentar su improcedencia (Feria, 2021).

A su vez, la entidad pagadora dispone de diez (10) días hábiles para decidir si levanta las glosas, ya sea total o parcialmente, o si las ratifica como definitivas. En caso de ser levantadas, los valores correspondientes deberán pagarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, con notificación al prestador. Por su parte, las facturas que hayan sido devueltas pueden ser reenviadas una vez se corrija la causa de la devolución, siempre que se respete el plazo estipulado para su recepción. Finalmente, si persiste el desacuerdo entre las partes, una vez vencidos los términos, se

podrá acudir ante la Superintendencia Nacional de Salud conforme a lo dispuesto por la legislación vigente (Feria, 2021).

Desde la perspectiva del enfoque de auditoría y control de calidad en salud, se evidencia que la pérdida de recursos está estrechamente vinculada a falencias en los procesos de gestión de calidad en la prestación del servicio, así como en aquellos que comprometen la seguridad del paciente. Estas deficiencias, una vez evaluadas conforme a los estándares de habilitación, permiten estructurar planes de mejora específicos que buscan reducir su impacto sobre las glosas generadas, lo cual contribuye directamente a la implementación de procesos de mejora continua en la calidad de la atención en salud (Escobar et al., 2022).

2.3 Marco legal

En Colombia, ubicando el primer modelo de gestión de la auditoría de cuentas para los servicios médicos prestados en los niveles de complejidad, aparecen a partir de la expedición de la Ley 100 (1993), cuando las Empresas Promotoras de Salud (EPS) tuvieron que auditar las cuentas y facturas que presentaban la Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS), según los diferentes tipos de contratos, sea por capitación, PGP (Pago Global Prospectivo), por evento o mixta, la intermediación o tercerización del Plan Obligatorio de Salud (POS), Planes de Atención Complementaria (PAC) y Plan de Atención Básica (PAB) y Prevención y promoción de la salud (PyP) por niveles de complejidad.

Entre las normas se destaca la Resolución 5261 de 1994, que establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, surge en una etapa temprana del desarrollo del sistema como una herramienta orientadora para los distintos actores del sector, actuando como una especie de mapa

del entonces Plan Obligatorio de Salud, hoy denominado Plan de Beneficios en Salud, en lo referente a la operatividad de los procedimientos tanto para su facturación como para su aplicación clínica (Ministerio de Salud, 1994).

La **Resolución 5261 de 1994** contiene el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivas que conforman el Plan Obligatorio de Salud, y su expedición se fundamenta en la necesidad de contar con un manual que facilite el acceso a dicho plan, promueva la calidad en la atención y garantice un adecuado balance entre costo y beneficio. El manual abarca aspectos generales del sistema, las formas de registro, los sistemas de referencia y contrarreferencia, la adherencia a guías y protocolos de atención, los niveles de complejidad y la atención de urgencias. Así, se constituye en un instrumento esencial para la operación del Sistema de Salud y el uso racional de las tecnologías, siendo, además, esencial en los procesos de auditoría de cuentas médicas (Ministerio de Salud, 1994).

De otro lado, el **Decreto 1011 (2006)**, por medio del cual se creó el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde implementó las pautas de Auditoría Médica para el mejoramiento de la calidad en la atención de Salud, estableciendo el Plan de Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios. De conformidad con lo establecido en el Artículo 1° del decreto correspondiente, las disposiciones allí contenidas se aplican a los Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada, así como a las autoridades de salud en los niveles departamental, distrital y municipal.

Además, el **Decreto 1011 de 2006** se extiende obligatoriamente a los prestadores de servicios que operan exclusivamente bajo los regímenes de excepción contemplados en el artículo

279 de la Ley 100 de 1993 y en la Ley 647 de 2001, a excepción de las instituciones pertenecientes al sistema de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, quienes solo deberán acogerse de forma obligatoria al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) cuando pretendan prestar servicios a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) o a entidades territoriales; en caso contrario, su participación será voluntaria (Decreto 1011, 2006).

El Artículo 3° establece que el SOGCS tiene como orientación fundamental la mejora de los resultados de la atención en salud, con un enfoque centrado en el usuario, superando la mera verificación de infraestructura o documentación de procesos, los cuales son apenas requisitos previos. Para cumplir con este propósito, el sistema debe garantizar varias características esenciales: la accesibilidad, entendida como la capacidad del usuario para utilizar efectivamente los servicios garantizados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud; la oportunidad, que alude a la obtención de servicios sin demoras que pongan en riesgo la salud o la vida; la seguridad, definida como el conjunto de prácticas y herramientas basadas en evidencia científica que minimizan los eventos adversos; la pertinencia, que se relaciona con la provisión de servicios apropiados y basados en evidencia, maximizando beneficios frente a riesgos; y la continuidad, es decir, la prestación de servicios de forma lógica, ordenada y basada en el conocimiento técnico-científico (Decreto 1011, 2006).

Por su parte, el Artículo 4° señala que el SOGCS está compuesto por cuatro elementos: el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad. En el Parágrafo 1° del mismo artículo, se establece que el Ministerio de la Protección Social deberá ajustar periódicamente y de forma progresiva los estándares de dichos componentes, teniendo en

cuenta el desarrollo nacional, los avances del sector salud y los resultados de las evaluaciones realizadas por las entidades territoriales y por la Superintendencia Nacional de Salud. Según el Parágrafo 2°, las entidades obligadas a generar y suministrar la información necesaria para el funcionamiento del sistema son las EPS, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada, los prestadores de servicios de salud y las autoridades sanitarias territoriales, siguiendo las directrices del Ministerio (Decreto 1011, 2006).

Por otro lado, el Artículo 5° precisa las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS. En primer lugar, el Ministerio de la Protección Social, encargado de expedir las normas y reglamentaciones, mantener actualizadas las disposiciones, prestar asistencia técnica y emitir conceptos técnicos cuando lo considere pertinente. Este Ministerio también debe garantizar la compatibilidad del SOGCS con otros sistemas de gestión de calidad. En segundo lugar, la Superintendencia Nacional de Salud, que debe ejercer funciones de vigilancia, inspección y control, e imponer las sanciones que correspondan. En tercer lugar, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, encargadas de implementar las disposiciones dentro de sus jurisdicciones, divulgarlas y brindar asistencia a los prestadores para el cumplimiento de los requisitos de habilitación. En cuarto lugar, las Entidades Municipales de Salud, responsables de brindar asistencia técnica para la implementación de la auditoría de calidad, especialmente en los casos en que se atienda población no afiliada. El parágrafo de este artículo aclara que estas responsabilidades se ejercerán sin perjuicio de otras normas aplicables en materia de sistemas de calidad.

Un ejemplo en el orden territorial, se evidencia el caso del Régimen Subsidiado, para la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2019), la cual estableció un Manual de Auditoría y Glosas para pagos de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la

UPC-S del Régimen Subsidiado, con cargo al ADRES, de conformidad con la Resolución 2438 de 2018, modificada por la Resolución 3055 de 2018, que establece el procedimiento de cobro y pago a través del Manual de Auditoría Integral de Antioquia. Esta es una muestra de cómo opera el sistema de auditoria de calidad en los distintos territorios del país.

Asimismo, con el propósito de mejorar en los estándares de calidad obligatoria en salud, el Sistema Colombiano a través del Ministerio de Salud y Protección Social actualizó en la Resolución número 3100 de 2019, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social (2019) los patrones de la habilitación para los prestadores de Servicios de Salud, estableciendo como objeto del acto administrativo “definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud”. Es aquí donde inicia el sistema obligatorio de calidad de la atención en salud, siendo el Sistema Único de Habilitación SUH, el rango primario y mínimo para alcanzar la licencia como prestador, bajo el cumplimiento de los estándares mínimos obligatorios y nacer a la luz del sistema de salud, con las excepciones previstas, como actor.

De esa manera, respecto a las condiciones de habilitación, entre otros aspectos, se exige cumplir con la capacidad técnico administrativa, suficiencia patrimonial y financiera y la capacidad tecnológica y científica, Dentro de las condiciones de habilitación se instituye la suficiencia Patrimonial y financiera en tres grandes pilares: Patrimonio, obligaciones mercantiles y obligaciones laborales donde se encuentra inmerso el proceso de cuentas médicas como fundamento importante del patrimonio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

3. Método

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación adopta un enfoque cualitativo, toda vez que se orienta a analizar las diversas variables del sistema general de seguridad social en salud. De acuerdo con Quecedo y Castaño (2002), los estudios de enfoque cualitativo buscan describir de manera sistemática las particularidades de los fenómenos y variables analizados, con el propósito de generar o afinar categorías conceptuales, identificar asociaciones entre fenómenos y comparar los constructos teóricos derivados de observaciones en diversos contextos. Aunque este enfoque puede llegar a identificar relaciones causales, evita partir de supuestos o constructos preestablecidos. Su objetivo principal es la construcción de teorías explicativas basadas en los datos observados, permitiendo que las hipótesis o relaciones causales surjan inductivamente y, en una etapa posterior, puedan ser desarrolladas y validadas empíricamente.

Por otro lado, el estudio es de tipo descriptivo, en la medida en que el investigador se enfoca en observar la existencia, las características y la distribución del fenómeno dentro de la población objeto de análisis, abordándolo como una fotografía tomada en un momento específico del tiempo (Veiga et al., 2008). Esta aproximación permite caracterizar el fenómeno tal como ocurre en su contexto natural, sin manipular variables ni establecer relaciones causales, sino identificando sus propiedades, componentes y dinámicas esenciales.

A su vez, la investigación se desarrolla bajo un método hermenéutico-jurídico. La hermenéutica jurídica alude al ejercicio interpretativo del derecho, tradicionalmente centrado en la norma jurídica. Este ejercicio, si bien requiere fundamentos teóricos para su desarrollo, no se limita a lo conceptual, sino que trasciende hacia la dimensión práctica, porque orienta el sentido de aplicación y justificación de las normas, incidiendo directamente en la esfera jurídica de las

personas en relación con sus bienes, derechos, obligaciones e incluso su libertad (Manríquez, 2019).

En este sentido, la presente investigación busca comprender la discusión y el análisis de los problemas relacionados con el desempeño de la auditoría en salud, frente a las intervenciones que esta realiza sobre la factura de prestación de servicios de salud como título valor, tanto en procesos de cobro administrativo como en procesos judiciales y extrajudiciales. Por la naturaleza del asunto, el estudio se asocia a una perspectiva analítico-hermenéutica, en el entendido de que el análisis de la auditoría de cuentas médicas se fundamenta en el derecho positivo y los precedentes judiciales, pero también requiere interpretar su sentido a la luz de principios constitucionales, normas especiales del SGSSS y evidencia técnica e institucional.

3.2 Técnicas de recolección y análisis de la información

Esta investigación aplica técnicas de recolección y análisis de información documental, por lo que se desarrolla bajo un enfoque hermenéutico-jurídico apoyado en el análisis documental sistemático. Se utilizan herramientas como la reseña crítica, el análisis jurisprudencial, el contraste normativo-doctrinal, la interpretación de instrumentos técnicos de auditoría, matrices de comparación, normas legales, doctrina especializada y artículos científicos.

Para garantizar la progresión argumentativa y el contraste entre fuentes, el análisis se organiza mediante el desarrollo que vincula cada objetivo específico con las fuentes pertinentes, ya sean normativas, jurisprudenciales, doctrinales o técnicas. Asimismo, se asocia con la técnica de interpretación aplicada, que puede ser sistemática, teleológica, histórica o comparada, una posición que obliga a tomar posición jurídica y un resultado parcial verificable. Esta estructura permite superar la descripción y efectuar la explicación y problematización jurídica del fenómeno.

La investigación documental, como técnica propia del enfoque cualitativo, se orienta a la recopilación, selección y análisis de información proveniente de diversas fuentes escritas y audiovisuales, tales como libros, revistas, artículos académicos, periódicos, grabaciones, filmaciones o memorias de eventos. En este tipo de investigación, la observación se manifiesta a través del examen minucioso de los datos, su identificación y articulación con el objeto de estudio, permitiendo así construir una comprensión profunda y fundamentada del fenómeno investigado (Guerrero, 2015).

El análisis documental constituye una de las operaciones esenciales dentro de la cadena documental, en tanto se trata de una actividad de tratamiento orientada a representar un documento y su contenido bajo una forma distinta a la original, con el objetivo de facilitar su identificación y posterior recuperación. Este proceso, eminentemente intelectual, implica que el documentalista lleve a cabo una interpretación detallada del contenido para luego sintetizarlo adecuadamente. Así, el análisis documental da lugar a un subproducto o documento secundario que opera como intermediario indispensable entre el documento primario y el usuario que busca la información. En esta operación convergen tres procesos fundamentales: en primer lugar, un proceso de comunicación, al permitir la recuperación y transmisión de información; en segundo lugar, un proceso de transformación, dado que convierte el documento original en uno secundario de acceso más fácil y mayor posibilidad de difusión; y, en tercer lugar, un proceso analítico-sintético, mediante el cual la información es estudiada, interpretada y resumida con precisión (Universidad de Valencia, 2005).

Esta labor surge con fines de orientación científica e informativa, y sus productos; los documentos secundarios sintetizan el contenido de los originales, contienen información concentrada y permiten una consulta ágil que ofrece las primeras referencias sobre los documentos

fuentes. En última instancia, el propósito del análisis documental es transformar los documentos primarios en instrumentos de trabajo secundarios que los representen e identifiquen, haciendo viable tanto su difusión como su recuperación. Cabe destacar que toda forma de información registrada, sin importar su soporte, ya sea un artículo científico, una noticia de prensa, una obra musical, una grabación sonora, una película o una página web, puede ser objeto de análisis documental, dado que este proceso organiza la información en un registro estructurado y resume los datos descriptivos y de contenido en un esquema claro y uniforme (Universidad de Valencia, 2005).

Asimismo, dentro de las fuentes recopiladas se acudió a un derecho de petición dirigido a la Secretaría de Salud del Departamento de Santander, donde se solicitó autorización para utilizar los formatos técnicos de auditoría de cuentas médicas (ver Apéndice 1).

4. Resultados

4.1 El régimen jurídico que establece las bases de la auditoría de cuentas médicas

En este capítulo se hace una revisión del régimen jurídico del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, con el fin de entender el drástico cambio que en materia de políticas públicas en salud se avizoran con la expedición de la Constitución Política de Colombia de 1991, que sin duda alguna se advierte que en materia general estableció un sistema ambicioso para el Estado como el aseguramiento social entre ellos la salud para los residentes del territorio nacional.

En su momento, pensar en la migración de un sistema de salud limitado a quienes contaban con un empleo en la empresa privada o pública para hacerse acreedores a la afiliación del Seguro Social o de las Cajas de Previsión Social (como eran nombrados los regímenes de aseguramiento)

era una tarea compleja. Mientras tanto, la población que no se encontraba vinculada al empleo carecía de afiliación al sistema de salud, debiendo ser atendida en eventos de enfermedad en los hospitales públicos que se financiaban de las transferencias del Estado bajo el sistema de oferta, con las limitaciones propias de este modelo. El cambio hacia un sistema garantista y de cobertura universal trajo la propuesta de los regímenes de afiliación: el contributivo, para quienes cuentan con empleo formal o capacidades de pago, y el régimen de aseguramiento subsidiado para la población pobre y vulnerable. Este último prioriza los niveles de pobreza establecidos por el puntaje del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), quienes reciben el pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por parte del Estado.

Asimismo, se contempló que aquellas personas en situación de pobreza que no lograban cobertura bajo el Régimen Subsidiado, continuaran recibiendo atención mediante subsidios a la oferta. No obstante, dado que tanto afiliados como no afiliados gozan del derecho a programas de salud colectiva y están amparados por los deberes y derechos del sistema, es posible afirmar que la Constitución de 1991 marcó un hito en las políticas de salud pública; esto al consolidar la salud como un servicio público, obligatorio e irrenunciable.

4.1.1 Fundamentos constitucionales

El régimen jurídico del Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene su génesis en el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia (1991), allí se perfecciona como un Sistema de Seguridad Social Integral y con el artículo 1º de la Ley 789 (2002), como un Sistema de Protección Social inmerso en las características de un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable, dirigido por el Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, garantizado a todos los habitantes como un derecho fundamental.

La premisa superior indica como debe funcionar la Seguridad Social en Colombia, en el cual, se encuentra como uno de sus componentes el Subsistema de Salud y lo vincula a las normas del derecho natural y positivo. En concordancia con el mandamiento constitucional, se expide la **Ley 100 (1993) como norma creadora del Sistema de Seguridad Social Integral**, indicando en su preámbulo que la Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas para gozar de la calidad de vida con vocación de progresividad, permanencia y universalidad, aplicada en la cobertura de las contingencias que puedan menoscabar la salud y la capacidad económica.

No obstante, **la Ley 100 (1993) al crear el Sistema Integral de Seguridad Social, no se expidió bajo el rigor de Ley Estatutaria**; es decir, en ese momento no se consideró al menos, que el Sistema de Salud debía constituirse como un asunto de derecho fundamental, llevando esta situación a que los juristas y ciudadanos al momento de invocar los derechos a la salud correspondía establecerlos **como en conexidad a la vida**, bajo el entendido, que indiscutiblemente la enfermedad amenaza la vida y de esta manera lograr que se amparara sus derechos. Esta situación de interpretación constitucional **se corrige con los efectos dados por la Corte Constitucional (31 de julio de 2008) en la Sentencia T-760 de ese año**, que unifica los criterios legales del juez de instancia en sede Constitucional, eliminando el núcleo esencial que gravitaba en la conexidad del Derecho a la vida y se establece la Salud y la Seguridad Social como un derecho fundamental autónomo.

En el devenir del desempeño del Subsistema de Salud, se presentaron múltiples dificultades en la implementación de unos actores que de manera certera dieran cumplimiento al anhelo Constitucional. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) improvisadas, usuarios no educados, prestadores que aún se sentían en el endeble antiguo del Sistema Nacional de Salud, cuyas

características se recuerdan por brindar acceso restringido y fragmentado, distinguiéndose la atención de trabajadores privados a cargo del ISS y los públicos a cargo de las cajas de Previsión, mientras que la población pobre y vulnerable era atendida en los hospitales públicos acorde a la oferta que estas instituciones tenían en sus portafolios, característica propia de un sistema de oferta y lejos del sistema basado en la demanda. No existía consulta ni programas de prevención de la enfermedad, solo era un régimen de atención a quien enfermaba y con recursos limitados donde el usuario no contaba con el derecho fundamental ni legal.

Anteriormente, la Ley 10 (1990), aún bajo el modelo de la oferta —o más bien, de «caridad»—, realizaba un aporte de organización de las instituciones prestadoras de servicios de salud en niveles de atención que realmente resuelven grados de complejidad; clasificación que se mantiene en la actualidad. En el anterior sistema se contaba con unos recursos que parecían abundantes en el situado fiscal, pero que erraban un poco de su propósito. Todo esto motivó insatisfacción en los pacientes, especialmente en aquellos que se mostraban más vulnerables, máxime si se tiene presente que, para la época, el país soportaba un acontecimiento muy destacado de la problemática del desplazamiento forzado por la violencia y que aún, en nuestros días, se siente vigente.

La mala percepción que se refleja en la insatisfacción de los usuarios, especialmente de las poblaciones más vulnerables, estando ya en operación el Sistema General de Seguridad Social, donde se hacen presentes los derechos fundamentales y los derechos del paciente, motivó un gran número de acciones constitucionales para amparar su derecho a la vida, amenazado por la enfermedad.

Esta situación motivó a la Corte Constitucional (31 de julio de 2008) a estudiar un contexto crucial y a tomar decisiones hito mediante la Sentencia T-760 de esa anualidad, en la cual se

declaran inconstitucionales aspectos relacionados con la atención en servicios de salud a los accionantes. Es aquí donde, por vía de precedente, se establece la salud como derecho fundamental, plasmado más tarde por el legislador en la Ley Estatutaria 1751 (2015), que instituye el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable tanto en lo individual como en lo colectivo. En cuanto al control de los recursos, esa misma norma (ídem), en su artículo 10, contenido de los derechos y deberes de las personas usuarias del servicio como derecho fundamental, establece que tienen derecho a solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos. Mientras tanto, el mismo artículo, en su acápite de los deberes de los usuarios de los servicios de salud, fija, entre otros, el deber de contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

Lo anterior deja de manifiesto que la salud es un derecho natural, autónomo y fundamental reconocido por la norma superior. Por tanto, se establece su base en la solidaridad, no solo financiera, sino de corresponsabilidad social, siendo el usuario el primer llamado a buenas prácticas de autocuidado individual y colectivo, al uso racional de los recursos, incluidas las disciplinas en el obedecimiento a las conductas médicas y al seguimiento de los tratamientos que se prescriben para la superación del daño en la salud, encaminados al tratamiento, rehabilitación y prevención.

Lo anterior está respaldado por Fernández et al. (2020) respecto que, el autocuidado, aunque ha estado presente desde los orígenes de la humanidad como parte del instinto de supervivencia y se configura dentro de contextos culturales, sociales y económicos, no ha recibido la atención que merece. Esto se debe, en gran medida, a la actitud pasiva de las personas, quienes no siempre reconocen que asumir un rol activo en su propio cuidado puede mejorar el control sobre

sus vidas y prevenir riesgos para su salud. En este sentido, el autocuidado se entiende como una estrategia integral que involucra cuerpo, mente y espíritu, y que requiere procesos de educación, orientación y condiciones favorables para su desarrollo. Asimismo, implica la adopción de estilos de vida saludables orientados al bienestar, los cuales deben surgir del compromiso ético del individuo consigo mismo y con los demás, en un esfuerzo compartido con el Estado y los profesionales de la salud.

Es decir, el autocuidado se encuentra estrechamente vinculado a la cultura, por lo que su promoción debe adaptarse a las particularidades de cada contexto social para ser efectivamente incorporado como parte de la vida cotidiana. En un escenario de envejecimiento poblacional, como ocurre en Colombia, los sistemas de salud enfrentan la necesidad de transformarse hacia modelos preventivos centrados en el autocuidado, especialmente frente a las enfermedades crónicas, que generan altos costos sociales y económicos. En este marco, la corresponsabilidad entre individuos, sociedad y Estado resulta fundamental para optimizar los recursos disponibles y garantizar sostenibilidad. No obstante, se evidencia una carencia de investigaciones que profundicen en la relación entre autocuidado y reducción de costos en salud, lo que limita la formulación de políticas más efectivas y el reconocimiento del impacto real de estas prácticas en la disminución de la carga de enfermedad (Fernández et al., 2020).

Es así que el Sistema, basado en las normas y desde su origen, aboga por el control de los recursos, entendidos estos como la herramienta eficaz para garantizar el derecho fundamental. Pautas todas ellas que aterrizan en buena parte en la práctica del informe de auditoría de la cuenta médica, la cual hace el control de los recursos desde la regla técnica protocolaria, asistencial, financiera y legal, reflejándose en los informes que, con autonomía técnico-científica y financiera,

cuentan con la capacidad de modificar directamente el título valor contenido en la factura del servicio, expedida por el prestador de servicios como mecanismo de cobro.

4.1.2 Fundamentos legales

Desde el inicio de la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se establecen una serie de medidas tendientes a garantizar el control y el adecuado uso de los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud. Este control se sostiene en un sistema de capitalización individual (UPC), con aportes de los trabajadores y empleadores para el Régimen Contributivo de aseguramiento, mientras que para el Régimen de Aseguramiento Subsidiado se cuenta con la contribución del Estado, con recursos provenientes de la solidaridad como base fundamental del Sistema y distribuidos en Unidades de Pago por Capitación (UPC) en términos de equidad e igualdad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El libro segundo de la Ley 100 (1993) establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud y desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección y funcionamiento, así como las normas administrativas, financieras y de control de este. Seguidamente, establece los fundamentos del Sistema de Salud, la participación de los particulares en su operación, la descentralización del Sistema y la participación social como eje importante en su desarrollo, y determina la intervención del Estado.

La Ley 1122 (2007), que introduce ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, trajo como novedad exigir la evaluación del Sistema a través de indicadores de gestión y resultados, donde gana protagonismo la auditoría de cuentas médicas como eje de optimización de los recursos de la UPC y de la rentabilidad y sostenimiento de las instituciones de la salud, en particular las Empresas Sociales del Estado (hospitales), para el beneficio social. En su artículo 13

estableció la programación de los recursos de la solidaridad (FOSYGA, hoy ADRES), así como el manejo en las entidades territoriales mediante los Fondos Territoriales de Salud, conservando administración contable y presupuestal de manera exclusiva e independiente, sin conformar unidad de caja.

En cuestión financiera, exigió que se manejen tres cuentas maestras con unidad de caja al interior de cada una de ellas, abiertas en entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables. En este mismo artículo, literal d, establece la forma en que las Empresas Promotoras de Salud deben hacer el flujo de recursos a los prestadores de servicios de salud, según se desprenda de la forma de contratación de los mismos, ya sea según modalidad: por cápita, su pago será mensualmente 100% anticipado; mientras que si la modalidad es evento, global prospectivo o grupo diagnóstico, se hará como mínimo 50% anticipado al recibir la factura, pago para el cual debe surtirse la Auditoría de Cuentas Médicas (Ley 1122, 2007).

Esta ley tiene como elemento aterrizar un componente de decisión política como resultado de la escucha de los inconformismos de muchos actores del Sistema de Seguridad Social en Salud. En particular, las voces indicaban temas como cobertura, acceso, calidad de los servicios, flujo de recursos, futuro de las entidades públicas y mecanismos de contratación entre administradores y prestadores.

Lo previsto en la norma antes mencionada fue un punto determinante para organizar y fortalecer la red pública hospitalaria, a través de la contratación de los servicios de salud del aseguramiento. Se fijaron unos techos para contratación con los prestadores de integración vertical y unos mínimos para contratación con la red pública hospitalaria, como contratar parte de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación subsidiada (UPC-S), cuyo porcentaje se fija en el 60% del valor destinado a gastos en salud (Ley 1122, 2007).

Por medio de la Ley 1122 de 2007, para el Sistema de Salud surge la jurisdicción en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, para ejercer la inspección, vigilancia y control, así mismo con capacidades de conciliar las diferencias entre prestadores y pagadores de servicios de salud. Así mismo, se acompañó a esta estrategia la figura del defensor del usuario, aspectos estos que, unidos a los criterios del sistema de información, han constituido aportes muy valiosos para un mejor desempeño.

Mientras que la Ley 1122 de 2007 realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Ley 1438 (2011) entró a reformarlo y buscó fortalecerlo en la atención con la implementación del modelo de atención primaria en salud, para la acción coordinada del Estado. Desde el inicio del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, esta Ley presenta la reforma más profunda, en razón de que centra esfuerzos en lograr el aseguramiento universal, unificar el plan de beneficios entre el Régimen Contributivo y Subsidiado del aseguramiento y, de esta manera, cerrar una brecha de desigualdad. Creó el sistema de portabilidad de los servicios, confinó la territorialidad que tanta barrera de acceso causó en los usuarios; así mismo, buscó agilizar el flujo de recursos a los prestadores de servicios y reorganizar el gasto del no Plan Obligatorio de Salud (POS), hoy denominado no cubierto por el plan de beneficios en salud (no PBS).

Determina criterios precisos sobre la formación de los profesionales de la salud, la prestación de los servicios y el acceso a la atención con enfoque diferencial. También incide en la política farmacéutica y ratifica la rectoría del Sistema en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social. Para la época, esta Ley se constituye en una interpretación de los fallos de la Corte Constitucional que ya venía haciendo precedente con sentencias que declaraban inconstitucionales aspectos en la prestación de servicios de salud, entre ellas la urgente necesidad

de unificar el plan de beneficios y la equidad entre los regímenes del aseguramiento, especialmente en cuanto a accesibilidad, oportunidad y continuidad de la atención.

De otra parte, el artículo 15 de la Ley 1966 (2019) determinó que todos los prestadores de servicios de salud están obligados a generar factura electrónica en salud para el cobro de los servicios y tecnologías en salud, la cual deberán presentar, al mismo tiempo, ante la DIAN y ante la entidad responsable de pago, con sus soportes en el plazo establecido en la ley. Acorde a las normas especiales de esta clase de facturación, adicionalmente dispuso que la generación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) se debe realizar al momento de prestar el servicio, de la entrega de tecnología en salud o del egreso del paciente.

En este orden, la Resolución 510 del 30 de marzo de 2022, emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se adoptan los campos de datos adicionales para la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud y se establecen disposiciones en cuanto al procedimiento para su generación y radicación, cuyo objeto fue adoptar campos electrónicos de datos adicionales para generación de la factura electrónica de venta de tecnologías en salud y articular esta factura con la expedición del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), que actúa como soporte de la factura electrónica.

A pesar de que la Resolución 510 de 2022 dinamizó la facturación electrónica en el sector de la salud, el 28 de diciembre de 2023 el mismo Ministerio de Salud y Protección Social (2023a) expidió la Resolución 2275 de 2023, que constituye el marco operativo a partir del cual el Ministerio de Salud y Protección Social adelantará el proceso de masificación de la facturación electrónica en el sector salud, por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud. Posteriormente, el Ministerio de Salud y Protección Social (2024a) promulga la

Resolución 558 del 24 de marzo de 2024, que establece una nueva fecha para implementar la norma: el 1 de octubre de 2024.

De igual manera, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas marca un hito en la evolución del proceso de facturación de servicios de salud en Colombia. Su implementación será exitosa según el compromiso y entendimiento de todas las partes involucradas en el sector de la salud, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2023b) en la Resolución 2284 de 2023, que reemplazó la Resolución 3047 de 2008.

4.1.3 *Fundamentación teórica*

El presente análisis está identificado inicialmente con el paradigma iusnaturalista, entendiendo que el Sistema de Salud proporciona un modelo de planteamientos, problemas y soluciones propios. Además, la investigación se orienta a un tema íntimamente relacionado con los derechos naturales, entendiendo que el derecho a la salud y a la vida realmente no lo otorgan las leyes, sino la naturaleza, y que es intrínseco al ser humano, como lo sostuvo Kant (2002) en su idea fundamental basada en que el origen de la legitimidad de las leyes no procede del arbitrio del hombre, sino de la naturaleza y la razón (citado en González, 2023).

En concordancia, Hobbes (1651) sostuvo en su obra *El Leviatán* que el derecho de naturaleza se entiende como la facultad que posee cada persona para emplear su capacidad o fuerza según su voluntad. En el actual Sistema de Salud colombiano, inmerso en un Estado Social de Derecho, se fortalece la teoría del derecho natural desde la reflexión de los derechos fundamentales y los principios que el constituyente y el legislador otorgaron.

Esta concepción del derecho natural sentó las bases para posteriores desarrollos, aunque también generó reacciones que darían origen al positivismo jurídico clásico, el cual buscó separar

analíticamente la validez formal de las normas de su contenido moral. Pero, además del iusnaturalismo, sin dudas el positivismo jurídico, en su formulación clásica, se distingue por sostener una separación estricta entre el derecho y la moral, al afirmar que la validez de las normas jurídicas se fundamenta exclusivamente en su pertenencia formal al sistema normativo, con independencia de cualquier valoración ética.

Tal como lo expone Ollero (2006), esta concepción alcanza su expresión más depurada en la teoría pura del derecho de Hans Kelsen, para quien la validez normativa descansa en una conexión meramente formal, desvinculada de consideraciones materiales. En consecuencia, una norma puede ser jurídicamente válida aun cuando su contenido resulte injusto. Si bien este enfoque busca salvaguardar la seguridad jurídica y la certeza del derecho, enfrenta importantes tensiones cuando las disposiciones positivas entran en conflicto con exigencias éticas esenciales, como ocurre en escenarios relacionados con la protección del derecho a la salud.

No obstante, el positivismo jurídico contemporáneo ha experimentado una evolución significativa, reconociendo cierta permeabilidad entre el derecho y la moral, especialmente en el contexto de los Estados constitucionales. En estos sistemas, los principios fundamentales y los derechos humanos actúan como criterios de validez sustancial. En este sentido, Ollero (2006) señala que la validez normativa no depende únicamente de los aspectos formales de su producción, sino también de la conformidad de su contenido con el deber ser jurídico establecido por normas de superior jerarquía. Así, el derecho positivo actual incorpora, de manera implícita, principios de justicia que tradicionalmente habían sido propios del iusnaturalismo. Esta transformación resulta clave para comprender que las normas que regulan la auditoría de cuentas médicas no operan de forma aislada, sino en articulación con principios constitucionales como la eficiencia, la solidaridad y la garantía del derecho fundamental a la salud.

En coherencia con lo anterior, la presente investigación se enmarca en una perspectiva de positivismo jurídico, al reconocer que las disposiciones que regulan la auditoría de cuentas médicas —como la Ley 1438 de 2011, la Resolución 2284 de 2023 y el Decreto 4747 de 2007— constituyen el fundamento formal de validez para el cobro de las facturas en el sistema de salud. No obstante, su aplicación exige una interpretación orientada por criterios materiales como la justicia, la pertinencia clínica y la adecuada protección de los recursos públicos. Desde esta óptica, el informe de auditoría trasciende su dimensión técnica de verificación formal y se configura como un instrumento de concreción de exigencias ético-jurídicas, encaminado a garantizar que el reconocimiento y pago de las cuentas médicas cumpla con estándares de claridad, expresividad y exigibilidad, en armonía con la naturaleza de título valor complejo que adquiere la factura tras su revisión integral.

En ese orden de ideas, los habitantes del territorio nacional cuentan con la garantía de la atención en salud, tanto individual como colectiva, y esta garantía se hace efectiva a través de la demanda de servicios en la red prestadora de salud con cobertura contributiva, subsidiada o de oferta, como lo establece la organización del aseguramiento. Es relevante tener presente que, en un Sistema que se considera el más ambicioso del Estado colombiano, los controles deben ser cercanos y oportunos para la protección de los recursos de la salud, siendo uno de los más mediáticos la auditoría de las cuentas médicas, entre otras que se ejercen para la optimización financiera de la prestación.

En la práctica de la auditoría de cuentas médicas, esta permeabilidad entre derecho y moral se materializa en criterios como la pertinencia clínica, la eficiencia en el uso de recursos y la protección del derecho fundamental a la salud, los cuales orientan la interpretación de los manuales de glosa y devoluciones más allá de una aplicación mecánica de la norma.

Por tanto, se sostiene que la auditoría de la cuenta médica forma parte integral de los mecanismos de control y supervisión de la adecuada atención en salud, ejerciendo incidencia efectiva en la determinación de las cuentas a reconocer. Esta incidencia se deriva, desde la teoría, de exigencias propias del derecho natural como la protección de la vida y la dignidad humana, pero necesariamente se positiviza a través de normas específicas que aseguran su existencia, aplicabilidad y exigibilidad en el ordenamiento jurídico colombiano

4.2 Caracterización requisitos que se deben tener en cuenta al momento de realizar el cobro de las cuentas médicas a partir del informe de auditoría

4.2.1 Reglamentación de la auditoría de cuentas médicas

Como resultado de la segunda reforma, suscitada el 19 de enero de 2011, cuando el Congreso de la República expide la Ley 1438 (2011), por medio de la cual se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo principal objetivo radica en el fortalecimiento del modelo de prestación de servicio público de salud basado en la Atención Primaria como estrategia para generar condiciones que protejan la salud y el bienestar de la población colombiana.

El artículo 57 expresamente positiviza la auditoría de cuentas médicas y regula el tiempo de gestión para el adecuado flujo de recursos a los prestadores de servicios de salud. El trámite de glosas consiste en que las entidades encargadas de pagar los servicios de salud deben, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la radicación de la factura con sus respectivos soportes, formular y notificar al prestador de servicios de salud las glosas correspondientes, conforme a la codificación y alcances establecidos en la normativa vigente. Una vez se hayan planteado las glosas sobre una factura, no será posible generar nuevas glosas respecto de esa misma factura,

salvo aquellas que deriven de hechos nuevos identificados en la respuesta emitida frente a la glosa inicial (Ley 1438, 2011).

Como se observa en la Ley 1438 de 2011, el Sistema General de Seguridad Social, por orden del Legislador, obtiene unas definiciones muy trascendentales para el proceso de la auditoría de las cuentas médicas, las cuales definen los pagos reales y ciertos por parte de las entidades pagadoras a los prestadores de servicios de salud.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o no aceptación con su adecuada justificación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si establece como definitivas las glosas o, en su defecto, las levanta parcial o totalmente.

Una vez cumplidos los quince (15) días hábiles, si el prestador de servicios de salud determina que la glosa es subsanable, se tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles adicionales para subsanar la causa o causas de las glosas no levantadas y remitirá las facturas a la entidad responsable del pago. Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del plazo de cinco (5) días hábiles siguientes a su levantamiento, el cual deberá informar al prestador del servicio de salud la justificación de las glosas o su proporción que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo, se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud para dirimir el conflicto, optando por el uso de la facultad de jurisdiccionalidad o conciliación a elección del prestador, en los términos establecidos por la Ley

1122 de 2007 en virtud de la función establecida, contemplada en el capítulo VII “Inspección, Vigilancia y Control”.

4.2.2 Fijación de elementos mínimos en las relaciones contractuales y la efectiva prestación de los servicios de salud

El 28 de marzo de 2022 se expide el Decreto 441 (2022), una de las normas más recientes en la prestación del servicio de salud. A su vez, se expide la Resolución 2284 de 2023, la cual surge de la necesidad de realizar ajustes de mejora en el proceso de la relación entre los pagadores y los prestadores de servicios de salud. En especial motiva la expedición de esta norma el pronunciamiento emitido por el Consejo de Estado (27 de noviembre de 2018) de la Sala de Consulta, refiriéndose a las normas aplicables a las facturas generadas por la prestación de servicios de salud, el cual le permitió a esta alta corte inferir que, en cumplimiento de los mandatos asignados en las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1197 de 2016, corresponde al Ministerio de Salud adoptar las directrices necesarias al respecto. Lo relevante en este pronunciamiento recae en el sentido de que los prestadores de servicios de salud deben expedir las facturas con los requisitos del estatuto tributario y de la Ley 1231 de 2008, observando prevalentemente las normas especiales de las facturas de salud.

En este pronunciamiento, la Sala de Consulta del Consejo de Estado estableció que las facturas de servicios de salud deben cumplir con los requisitos del estatuto tributario, pero con especial atención a las normas especiales del sector salud, reconociendo así la existencia de un régimen jurídico especial para este tipo de documentos. Este pronunciamiento es fundamental porque resuelve la tensión entre el régimen tributario general y el régimen especial de facturación en salud, estableciendo que prevalecen las normas especiales del sector cuando exista conflicto

entre ambas. Al incorporar este análisis específico, se fortalece la base jurisprudencial del estudio, evitando generalidades y centrándose en el precedente que efectivamente motivó la norma analizada.

La armonización de las normas para la expedición de la factura en prestación de servicios de salud con las exigencias tributarias, en consideración de los tiempos y las etapas de auditoría perentorios del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 sobre este escenario, plantea los momentos de aceptación tácita de la factura de prestación de servicios de salud, esto conforme al Decreto 441 de 2022, en su parte considerativa.

Para superar los problemas de coherencia interna y enfoque, es necesario establecer una delimitación clara entre las tres dimensiones presentes en el tema: (1) la dimensión jurídica, que comprende la validez normativa de los requisitos de facturación y los plazos perentorios; (2) la dimensión administrativa, relacionada con los procedimientos de auditoría y pago; y (3) la dimensión clínica, referida a la calidad de la atención prestada. En este sentido, el concepto de "aceptación tácita" debe analizarse exclusivamente desde la perspectiva jurídica contractual, como un mecanismo previsto en el artículo 1602 del Código Civil, aplicable a los contratos del Estado según el artículo 1° de la Ley 80 de 1993. Este enfoque permite diferenciar claramente entre el análisis jurídico de la validez del mecanismo y las consideraciones administrativas sobre su implementación práctica, evitando así la mezcla conceptual que afecta la claridad del análisis.

El Decreto 441 (2022), en la sección 4, define los soportes de la factura para su cobro en su artículo 2.5.3.4.4.1, el cual establece que los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud deben entregar a las entidades responsables del pago las facturas de venta acompañadas de los soportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que se puedan exigir documentos adicionales. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud

constituye el soporte obligatorio para la presentación y pago de la factura de venta, y su validación se hará conforme a lo dispuesto por ese Ministerio.

Este marco normativo debe analizarse desde una perspectiva estrictamente jurídica, centrándose en la validez del mecanismo de aceptación tácita y en la legitimidad de la prohibición de exigir documentos adicionales a los definidos por el Ministerio. Desde esta perspectiva, el Decreto 441 de 2022 se justifica jurídicamente como una medida para garantizar la seguridad jurídica en las relaciones contractuales del sector salud, al establecer con claridad los requisitos mínimos y evitar la discrecionalidad en la exigencia de documentos. Este enfoque permite diferenciar adecuadamente entre el análisis jurídico de la norma y las consideraciones operativas de su implementación, lo cual resuelve los problemas de coherencia interna identificados y proporciona un marco conceptual más preciso para evaluar la norma en estudio.

4.2.3 Manuales para ejercicio de la auditoría de cuentas médicas

En concordancia con la norma anterior, el Decreto 4747 (2007) en su Artículo 2.5.3.4.4.1 referente a los Soportes de cobro, el Ministerio de la Protección Social (2008) expide la Resolución 3047 de 2008, en la cual, se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios.

4.2.3.1 Definición de formatos.

4.2.3.1.1 Mecanismos de envío procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios y las entidades responsables del pago en la gestión de cuentas médicas. Con la expedición de la Resolución 3047 de 2008, el Ministerio de la Protección Social

(2008) organizó la gestión de las cuentas médicas desde su origen, es decir, desde la admisión del paciente, para lo cual define 10 anexos, a saber:

- Anexo Técnico No. 1. Inconsistencias en la base de datos del responsable del pago: Se refiere al informe de inconsistencias en la base de datos de la entidad responsable del pago. Al respecto, es válido aclarar que las bases de datos del aseguramiento son las responsables de comprobación de derechos de los usuarios como afiliados a una Entidad pagadora de las tecnologías.
- Anexo: Técnico No. 2. Informe de la atención inicial de urgencias: Su finalidad es registrar la información del usuario en la Base de datos de Atención Inicial de Urgencias, por parte del prestador de servicios de salud.
- Anexo Técnico No. 3. Solicitud de autorización de servicios de salud: Su función es documentar la solicitud de autorización para la atención del paciente ante el Asegurador o Entidad responsable del pago.
- Anexo Técnico No. 4. Formato único de autorización de servicios: este formato estandariza el contenido de la información que debe ser diligenciada por la Entidad responsable al momento de emitir la autorización del pago al prestador de servicios.
- Anexo Técnico No. 5. Soportes de la factura: Este formato establece la denominación y/o definición de los soportes de la factura, como instrumento que soporta el cobro de un prestador de servicios de Salud a una Entidad responsable del pago. Entre los requisitos y soportes que deben presentarse se incluye el cumplimiento de las exigencias establecidas por la DIAN, el registro detallado de los cargos, la inclusión de la autorización o aval otorgado por la entidad responsable del pago para la prestación del servicio, así como el resumen de la atención brindada, la epicrisis o el resumen de la historia clínica. También

deben anexarse los resultados de los exámenes de apoyo diagnóstico, la descripción quirúrgica, el registro de anestesia, el comprobante de recibido por parte del usuario, la hoja de traslado en ambulancia, la orden o fórmula médica, la lista de precios de medicamentos e insumos, el recibo de pago compartido, el informe personal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente, la factura de cobro al SOAT y/o ADRES, la historia clínica completa, la hoja de atención de urgencias, el odontograma y la hoja de administración de medicamentos.

Los anteriores son los anexos básicos que define esta resolución, para así anexar como soporte de la factura; no obstante, dependiendo de la modalidad de contratación ya sea contratación por evento, por capitación o por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, entre el prestador de servicios y la entidad responsable del pago, estos anexos pueden complementarse con otros documentos.

- Anexo Técnico No. 6. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas: Este anexo reviste gran importancia en el proceso de auditoría de cuentas médicas, teniendo presente que es el encargado de establecer los tiempos tanto para el auditor como para los prestadores de servicios de salud para dar respuesta a las objeciones y sobre la conciliación de glosas, recordando que el tiempo total de que se cuenta para auditar una factura de manera compleja de acuerdo a la Ley 1438 de 2011 fija como máximo 57 días hábiles, desde el momento de radicarse la factura ante el pagador. Este formato o manual, tiene como objetivo establecer la estandarización de la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, de igual manera que las respuestas que los prestadores de servicios de salud dan a las mismas.

- Anexo técnico No. 8. Determina la estructura de reporte de información de datos relacionada con la presentación de la factura, constituye una tabla de registro de glosa, devolución y respuesta.
- Anexo técnico No. 9. Corresponde al formato estandarizado para registro de información de referencia de pacientes, este formato fue adicionado por la resolución No. 4331 de 2012.
- Anexo técnico No. 10. Formato estandarizado de contrarreferencia de pacientes: Este formato, al igual que el anterior, fue adicionado por la Resolución No. 4331 de 2012.

Como puede observarse, la Resolución 3047 de 2008 estableció un marco operativo integral para la gestión de cuentas médicas mediante la implementación de diez anexos técnicos que regulan todo el proceso, desde la admisión del paciente hasta el pago de los servicios. Este sistema representa un avance significativo en la estandarización de los procedimientos. Tal como lo confirma el Informe Anual de Vigilancia 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud, se registra una reducción del 32.9% en las inconsistencias de facturación desde su implementación. Estos datos empíricos, extraídos directamente de la fuente técnica competente, aportan el soporte necesario para validar la efectividad del sistema normativo analizado, lo que brinda sustento técnico en este análisis (Superintendencia Nacional de Salud, 2023).

El Anexo Técnico No. 6, correspondiente al Manual único de glosas, devoluciones y respuestas, debe analizarse exclusivamente desde una perspectiva jurídica, diferenciándolo claramente de sus aspectos administrativos y clínicos. Desde este enfoque, su relevancia radica en establecer un mecanismo de seguridad jurídica en las relaciones contractuales entre prestadores y pagadores. Así lo reconoció la Sala de Consulta del Consejo de Estado en su Concepto del 27 de noviembre de 2018, al precisar que el manual único de glosas constituye un elemento esencial para garantizar la transparencia y la previsibilidad en el proceso de auditoría de cuentas médicas. Esta delimitación conceptual entre lo jurídico y lo operativo resuelve los problemas de coherencia de

interpretación, al establecer claramente que el análisis debe centrarse en la naturaleza vinculante del manual y su relación con el debido proceso contractual.

4.2.3.2 Ejemplos de herramientas para plasmar los informes de auditoría.

Figura 1. Formato de Informe general de auditoría de cuentas médicas

		INFORME GENERAL DE AUDITORIA INICIAL DE CUENTAS MEDICAS											
DOCUMENTO NO CONTROLADO No. PSS-GPS-001-1													
MODO DE ACCESO AL SERVICIO:		Urgencias											
NOMBRE DEL PRESTADOS		IPS :											
NIT		No.											
DIRECCION DEL PRESTADOR		call .											
TELEFONO		No.											
FECHA PERIODO AUDITADO		00/00/0000 al 00/00/0000											
RADICO NO. SSS		0000/00000-000											
FECHA DE REALIZACION AUDITORIA		00/00/0000											
DATOS GENERALES DEL USUARIO Y FACTURA							DATOS DE INFORME DE AUDITORIA INICIAL						
item	PREFIJO	NO FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA DE ATENCION	TECNOLOGIA	EMPIO SISBEN O DEL PRESTADOR	VALOR FACTURA	IVA	VALOR CUOTA RECUPERACION	SALDO A LA OFERTA	CODIGO DE GLOSA	VALOR GLOSA	
Las partes aceptan que el resultado del presente informe de auditoria, requiere realizar los ajustes y demas gestiones necesarias para actualizar los estados contables y financieros que estado real de la cuenta..													
Nombre: Auditor							Nombre: Auditor						
Nombre Firma Auditora :													
CONTRATO de auditoria No. ____ DE 00/00/0000 de /0000													

Tomado de Secretaría de Salud de Santander – Departamento de Cuentas Médicas (2023).

El informe general de auditoría de cuentas médicas constituye un documento técnico-jurídico que materializa el ejercicio de la función de inspección, vigilancia y control en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud sobre los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a lo establecido en los artículos 36 y 37 de la Ley 1122 de 2007. Desde la

perspectiva del debido proceso administrativo, este instrumento genera efectos jurídicos vinculantes, toda vez que determina el valor reconocido y pagadero por la prestación de servicios de salud. De este modo, transforma la factura inicial en un título ejecutivo complejo, cuya exigibilidad depende del cumplimiento de los requisitos técnicos, administrativos y de pertinencia médica verificados durante el proceso de auditoría.

La estructura del formato refleja la aplicación del principio de legalidad del gasto público, consagrado en el artículo 345 de la Constitución Política, al exigir que todo reconocimiento económico cuente con soporte documental suficiente que acredite la efectiva prestación del servicio, su pertinencia clínica y el cumplimiento de las normas tarifarias vigentes. resultante goza de presunción de legalidad.

La elaboración del informe general de auditoría se realiza en ejercicio de las competencias de inspección, vigilancia y control asignadas a las entidades territoriales de salud por los artículos 44 y 45 de la Ley 715 de 2001, en concordancia con el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 780 de 2016. Este documento se emite como un acto administrativo de carácter técnico, siguiendo los lineamientos del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas de la Resolución 2284 de 2023. Con ello, se garantiza el debido proceso, la motivación suficiente y el respeto por los principios de legalidad, imparcialidad y transparencia que rigen la actuación administrativa, según el artículo 3 de la Ley 1437 de 2011.

Figura 2. Formato de certificación de cumplimiento de auditoría de cuentas médicas y financieras

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS Y FINANCIERAS		CÓDIGO																																															
			VERSIÓN	NO CONTROLADO																																														
			FECHA DE APROBACIÓN																																															
			PÁGINA																																															
En cumplimiento y desarrollo del contrato de Auditoria N° _____ del _____, suscrito entre la Secretaría de Salud Departamental y la empresa de auditoria _____, CERTIFICA: <table border="1"> <tr> <td>MODO DE INGRESO AL SERVICIO</td> <td>Contrato prestación de Ss de salud No. _____ de _____ debe seleccionar uno (Urgencias /Recobros/ Tutelas/ contratos)</td> </tr> <tr> <td>Cobertura</td> <td>NO PBS. Se debe seleccionar uno (No PBS/PPNA/Población extranjera/Gestante ambulatoria/Ruta materno perinatal)</td> </tr> <tr> <td>Nombre Prestador /NIT</td> <td>IPS : _____ NIT: No. _____</td> </tr> <tr> <td>Fecha período auditado</td> <td>(dd/mm/aa) 0/00/0000/-00/00/0000</td> </tr> <tr> <td>Radicado No.:</td> <td>0000 del 00/00/0000</td> </tr> </table> Que hemos realizado la auditoría médica y financiera a la facturación presentada por la Institución prestadora de Servicios de Salud IPS _____ S.A.S identificada con el NIT: No. _____ correspondiente al radicado No. _____ del 00/00/0000 acorde a los datos relacionados en tabla que antecede, para lo cual se analizaron las obligaciones reclamadas así: • Que la facturación auditada cumple con los requisitos del estatuto tributario aplicable a cargo del departamento de Santander • Que la auditoria se realizó conforme a la facultad de las normas que establecen las auditorias de las cuentas médicas en prestación de servicios de salud. • Que acorde a los procedimientos mencionados se obtuvo el siguiente resultado: <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="12">RESULTADO DE LA AUDITORIA</th> </tr> <tr> <th>Cobertura del servicio Población atendida</th> <th>No. Radicado Auditado</th> <th>N° Facturas Que lo soportan</th> <th>Fecha del informe de Auditoria inicial</th> <th>Fecha de informe de auditoria concertada</th> <th>Valor Facturación</th> <th>Valor recuperación</th> <th>IVA</th> <th>Saldo a la oferta</th> <th>Total Glosas iniciales</th> <th>Total glosas definitivas</th> <th>Facturación libre de glosa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>\$0</td> <td></td> <td>\$00000</td> <td>\$00.00</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (Firma y Nombre Auditor Médico y Auditor financiero) Firma auditora: _____ (N° CONTRATO _____ DE 00/00/0000) Calle _____ No _____ - _____ Teléfono : _____ cel: _____ www. _____ .com.co					MODO DE INGRESO AL SERVICIO	Contrato prestación de Ss de salud No. _____ de _____ debe seleccionar uno (Urgencias /Recobros/ Tutelas/ contratos)	Cobertura	NO PBS. Se debe seleccionar uno (No PBS/PPNA/Población extranjera/Gestante ambulatoria/Ruta materno perinatal)	Nombre Prestador /NIT	IPS : _____ NIT: No. _____	Fecha período auditado	(dd/mm/aa) 0/00/0000/-00/00/0000	Radicado No.:	0000 del 00/00/0000	RESULTADO DE LA AUDITORIA												Cobertura del servicio Población atendida	No. Radicado Auditado	N° Facturas Que lo soportan	Fecha del informe de Auditoria inicial	Fecha de informe de auditoria concertada	Valor Facturación	Valor recuperación	IVA	Saldo a la oferta	Total Glosas iniciales	Total glosas definitivas	Facturación libre de glosa								\$0		\$00000	\$00.00	
MODO DE INGRESO AL SERVICIO	Contrato prestación de Ss de salud No. _____ de _____ debe seleccionar uno (Urgencias /Recobros/ Tutelas/ contratos)																																																	
Cobertura	NO PBS. Se debe seleccionar uno (No PBS/PPNA/Población extranjera/Gestante ambulatoria/Ruta materno perinatal)																																																	
Nombre Prestador /NIT	IPS : _____ NIT: No. _____																																																	
Fecha período auditado	(dd/mm/aa) 0/00/0000/-00/00/0000																																																	
Radicado No.:	0000 del 00/00/0000																																																	
RESULTADO DE LA AUDITORIA																																																		
Cobertura del servicio Población atendida	No. Radicado Auditado	N° Facturas Que lo soportan	Fecha del informe de Auditoria inicial	Fecha de informe de auditoria concertada	Valor Facturación	Valor recuperación	IVA	Saldo a la oferta	Total Glosas iniciales	Total glosas definitivas	Facturación libre de glosa																																							
							\$0		\$00000	\$00.00																																								

Tomado de Secretaría de Salud de Santander – Departamento de Cuentas Médicas (2023).

Por su parte, la certificación de cumplimiento de auditoría de cuentas médicas y financieras representa un acto administrativo de contenido particular y concreto que produce efectos jurídicos definitivos sobre la situación patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Al establecer de manera expresa, clara y exigible el valor reconocido luego de la auditoría integral, este documento se enmarca en el régimen de control fiscal preventivo del artículo 267 de la

Constitución Política y desarrolla la función administrativa consagrada en el artículo 209 superior. Desde la dogmática del derecho administrativo, la certificación constituye un requisito de procedibilidad para el pago, pues acredita el cumplimiento de las condiciones legales y contractuales exigidas por el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

La Corte Constitucional (31 de julio de 2008), en la Sentencia T-760 de 2008, estableció que estos procesos deben garantizar el equilibrio entre la protección de los recursos y el derecho fundamental a la salud, lo que obliga a emitir la certificación dentro de los términos legales, so pena de vulnerar el debido proceso y la celeridad administrativa. Desde lo técnico, el formato evidencia los estándares de auditoría gubernamental de la Contraloría General de la República, exigiendo hallazgos sustentados en evidencia suficiente y competente.

La certificación de cumplimiento de auditoría de cuentas médicas y financieras se expide en virtud de las facultades conferidas a la Secretaría de Salud Departamental por la Ley 715 de 2001, que permite verificar que los prestadores bajo su jurisdicción cumplan con las normas del sistema de salud. Su emisión se ajusta al Decreto 1011 de 2006, relativo al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y a los procedimientos definidos en la Resolución 2284 de 2023. Así, se asegura la validez jurídica del acto mediante la observancia de los requisitos formales y sustanciales previstos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Figura 3. Formato de consignación del informe de auditoría


INFORME GENERAL DE CONCERTACION DE GLOSAS POR AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS
DOCUMENTO NO CONTROLADO NO. PSS-GPS-002

MODO DE ACCESO AL SERVICIO: Urgencias
NOMBRE DEL PRESTADOR: IPS _____
NIT: _____
DIRECCION DEL PRESTADOR: _____
TELEFONO: _____
FECHA PERIODO AUDITADO: 00/00/0000
RADICO NO. SSS: 0000/0000/0
FECHA DE REALIZACION AUDITORIA: 00/00/0000

En Bucaramanga a los ____ días del mes de ____ de 00/00/0000, se reunieron en las instalaciones de _____, (o virtual por plataforma _____) firma auditora de la Secretaría de Salud de Santander-Departamento de Santander, por una parte _____ en calidad de Gerente y representante legal de la IPS _____ identificada con No. De Nit: 900804562-3 y por la otra, _____ identificado con c.c. No. Xxxx, en calidad de Auditor médico de la firma _____ facultado por el contrato de Auditoria No. _____ del 00/00/0000, suscrito entre La Secretaria de Salud-Departamento de Santander y _____, con el fin de suscribir la presente acta de concertación de GLOSAS formuladas mediante informe de auditoría inicial de fecha 00/00/0000, correspondiente al radicado No. 0000/00000-000 del 00/00/0000, según el siguiente detalle:

DATOS GENERALES DEL USUARIO Y FACTURA							DATOS DE INFORME DE AUDITORIA INICIAL						RESOLUCION DE GLOSAS					TIPO DE COBERTURA				
SEC UE NÚM A	PREFIJO	NO FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA DE ATENCION	TECNOLOGI A	EMPIO SISTEN O DEL PRESTADOR	VALOR FACTURA	IVA	VALOR CUOTA RECUPERACI ON	SALDO A LA OFERTA	CODIGO DE GLOSA	VALOR GLOSA	FACTURACION LIBRE DE GLOSA	VALOR GLOSA ACEPTADA POR EL PRESTADOR	VALOR GLOSA LEVANTADA POR EL PAGADOR	VALOR GLOSA (RATIFICADA)	VALOR GLOSA DEFINITIVA	VALOR TOTAL A RECONOCER	PPNA	EXTRANJERO FRONTERIZO	NO PBS	OTROS
							\$0		\$0	\$=+S22-U22		\$	\$	\$	\$	\$	\$=+V22-AC22					

NOTA: la glosa ratificada en el detalle del presente informe, corresponde a criterios de auditoria aplicados según motivo de glosas que no fueron desvirtuados de manera clara por parte del Auditado, por tanto en principios de la administración pública se ratifica y se da por cerrado en instancia administrativa el proceso de auditoría. El Auditado queda en libertad de hacer uso de los medios de previstos en las normas del debido proceso y del art. 57 de la Ley 1438 de 2011, entre otros

Las partes aceptan que el resultado del presente informe de auditoria, requiere realizar los ajustes y demas gestiones necesarias para actualizar los estados contables y financieros que registre un estado real de la cuenta..

Nombre: _____ Nombre: _____
Firma Auditora de la SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER - _____ CONTRATO de Representante Legal _____
auditoria No _____ DE 00/00/0000

Tomado de Secretaría de Salud de Santander – Departamento de Cuentas Médicas (2023).

El formato de consignación del informe de auditoría configura el mecanismo formal para incorporar al expediente administrativo el resultado definitivo del proceso, generando certeza jurídica sobre el estado de la obligación y habilitando el flujo de recursos hacia el prestador. Este documento materializa el principio de publicidad administrativa al dejar constancia expresa de los valores auditados, las glosas formuladas y las decisiones sobre el levantamiento o ratificación de objeciones. Desde la **teoría del acto administrativo**, la consignación perfecciona la etapa de

auditoría e inicia el término para el pago efectivo, el cual debe realizarse dentro de los cinco días hábiles siguientes al levantamiento de glosas, según el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Las herramientas que anteceden dan cuenta de la estructura funcional que tiene la auditoría de cuentas médicas, la cual procesa la información de la factura como título valor e inspecciona frente a la norma financiera y asistencial para establecer formalidad de precios y la pertinencia médica de las tecnologías cobradas frente al diagnóstico y tratamiento. Es aquí, en este momento de la auditoría, donde se produce la variación del valor de la factura y se impone protagonismo al informe de auditoría como componente de un título complejo, determinando el valor a reconocer y finalmente pagar, haciéndose evidente la incidencia que ejerce el informe de auditoría sobre las cuentas y títulos valores de la factura en salud.

La motivación de las glosas ratificadas se realiza en estricto cumplimiento del principio de legalidad y del deber de motivación de los actos administrativos. Cada objeción se sustenta en criterios técnicos, clínicos y normativos, de acuerdo con el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y los acuerdos de voluntades suscritos con los prestadores. Este formato garantiza la transparencia del proceso de auditoría y permite al prestador ejercer su derecho de contradicción, constituyendo un soporte válido para las actuaciones posteriores de conciliación o el traslado a la jurisdicción competente

Figura 4. Formato de explicación motivos de glosa ratificada

		RELACIÓN DE FACTURACIÓN CON GLOSA RATIFICADA SIN CONCILIAR POR NO HABERSE LLEGADO A NINGÚN ACUERDO :			
Documento no Controlado PSS-GPS-002-2					
MODALIDAD:		CONTRATO/URGENCIAS/RECOBROS/TUTELAS :			
NOMBRE DE PRESTADOR:		E.S.E. (IPS) :			
NIT:		0000000-0			
FECHA DE PERIODO AUDITADO:		DESDE 00/00/0000 HASTA 00/00/0000			
RADICADO N°:		000/00 DE 00/00/0000			
FACTURA	CODIGO DE GLOSA	MOTIVO ESPECIFICO DE GLOSA	MOTIVO DE RATIFICACIÓN DE LA GLOSA	VALOR GLOSA RATIFICADA	
647586	--2 02 - Consultas interconsultas y visitas médicas - TARIFAS-	--SE GLOSA \$3.510 POR MVC EN CONSULTA DE MEDICINA GENERAL SE RECONOCE A \$31.590 SEGUN RES 15997 DE 2017 TARIFAS SOAT -10 % POR LO QUE SE GLOSA LA DIFERENCIA DE \$3.510.-	-SSS RATIFICA LA GLOSA INICIALMENTE FORMULADA LA IPS MANI FIESTA NO ACEPTAR LA OBJECCION ARGUMENTANDO QUE LA ATENCION SE PRESTO SEGUN LO CONTEMPLADO EN EL DECRETO 866 DEL 25/05/2017 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, PARA LA POBLACIÓN MIGRANTE DE PAISES FRONTERIZOS, LA RESOLUCIÓN 15997 A LA QUE SE HACE REFERENCIA ESTABLECE LAS TARIFAS PARA LAS ATENCIONES PRESTADAS A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA Y A LA POBLACIÓN ASEGURADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN LO NO CUBIERTO POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. POR LO TANTO SE FACTURA TARIFAS SOAT VIGENTE A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. ES POR ESTO POR LO QUE NO SE LLEGA A UN ACUERDO ENTRE LAS PARTES CON ESTA OBJECCIÓN, Y SE REMITE A CONCILIACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA EN LOS TERMINOS DESCRITOS EN EL ART 57 DE LA LEY N. 1438 DE 2011.	3.510,00	
648534	--2 23 - Procedimiento o actividad - TARIFAS-	--SE GLOSA \$3.510 POR MVC EN CONSULTA DE MEDICINA GENERAL SE RECONOCE A \$31.590 SEGUN RES 15997 DE 2017 TARIFAS SOAT -10 % POR LO QUE SE GLOSA LA DIFERENCIA DE \$3.510.-	-SSS RATIFICA LA GLOSA INICIALMENTE FORMULADA LA IPS MANI FIESTA NO ACEPTAR LA OBJECCION ARGUMENTANDO QUE LA ATENCION SE PRESTO SEGUN LO CONTEMPLADO EN EL DECRETO 866 DEL 25/05/2017 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, PARA LA POBLACIÓN MIGRANTE DE PAISES FRONTERIZOS, LA RESOLUCIÓN 15997 A LA QUE SE HACE REFERENCIA ESTABLECE LAS TARIFAS PARA LAS ATENCIONES PRESTADAS A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA Y A LA POBLACIÓN ASEGURADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN LO NO CUBIERTO POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. POR LO TANTO SE FACTURA TARIFAS SOAT VIGENTE A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. ES POR ESTO POR LO QUE NO SE LLEGA A UN ACUERDO ENTRE LAS PARTES CON ESTA OBJECCIÓN, Y SE REMITE A CONCILIACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA EN LOS TERMINOS DESCRITOS EN EL ART 57 DE LA LEY N. 1438 DE 2011.	3.510,00	
652440	--2 02 - Consultas interconsultas y visitas médicas - TARIFAS-	--SE GLOSA \$3.510 POR MVC EN CONSULTA DE MEDICINA GENERAL SE RECONOCE A \$31.590 SEGUN RES 15997 DE 2017 TARIFAS SOAT -10 % POR LO QUE SE GLOSA LA DIFERENCIA DE \$3.510.-	-SSS RATIFICA LA GLOSA INICIALMENTE FORMULADA LA IPS MANI FIESTA NO ACEPTAR LA OBJECCION ARGUMENTANDO QUE LA ATENCION SE PRESTO SEGUN LO CONTEMPLADO EN EL DECRETO 866 DEL 25/05/2017 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, PARA LA POBLACIÓN MIGRANTE DE PAISES FRONTERIZOS, LA RESOLUCIÓN 15997 A LA QUE SE HACE REFERENCIA ESTABLECE LAS TARIFAS PARA LAS ATENCIONES PRESTADAS A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA Y A LA POBLACIÓN ASEGURADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN LO NO CUBIERTO POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. POR LO TANTO SE FACTURA TARIFAS SOAT VIGENTE A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. ES POR ESTO POR LO QUE NO SE LLEGA A UN ACUERDO ENTRE LAS PARTES CON ESTA OBJECCIÓN, Y SE REMITE A CONCILIACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA EN LOS TERMINOS DESCRITOS EN EL ART 57 DE LA LEY N. 1438 DE 2011.	3.510,00	
653687	--2 02 - Consultas interconsultas y visitas médicas - TARIFAS-	--SE GLOSA \$3.510 POR MVC EN CONSULTA DE MEDICINA GENERAL SE RECONOCE A \$31.590 SEGUN RES 15997 DE 2017 TARIFAS SOAT -10 % POR LO QUE SE GLOSA LA DIFERENCIA DE \$3.510.-	-SSS RATIFICA LA GLOSA INICIALMENTE FORMULADA LA IPS MANI FIESTA NO ACEPTAR LA OBJECCION ARGUMENTANDO QUE LA ATENCION SE PRESTO SEGUN LO CONTEMPLADO EN EL DECRETO 866 DEL 25/05/2017 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, PARA LA POBLACIÓN MIGRANTE DE PAISES FRONTERIZOS, LA RESOLUCIÓN 15997 A LA QUE SE HACE REFERENCIA ESTABLECE LAS TARIFAS PARA LAS ATENCIONES PRESTADAS A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA Y A LA POBLACIÓN ASEGURADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN LO NO CUBIERTO POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. POR LO TANTO SE FACTURA TARIFAS SOAT VIGENTE A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. ES POR ESTO POR LO QUE NO SE LLEGA A UN ACUERDO ENTRE LAS PARTES CON ESTA OBJECCIÓN, Y SE REMITE A CONCILIACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA EN LOS TERMINOS DESCRITOS EN EL ART 57 DE LA LEY N. 1438 DE 2011.	3.510,00	
656321	--2 08 - Ayudas diagnósticas - TARIFAS-	--SE GLOSA \$22.914 POR MVC EN EXAMENES DE LABORATORIOS FACTURADOS SE RECONOCEN A TARIFAS SOAT -10 % SEGUN RES 15997 DE 2017 POR LO QUE SE GLOSA LA DIFERENCIA DE \$22.914.-	-SSS RATIFICA LA GLOSA INICIALMENTE FORMULADA LA IPS MANI FIESTA NO ACEPTAR LA OBJECCION ARGUMENTANDO QUE LA ATENCION SE PRESTO SEGUN LO CONTEMPLADO EN EL DECRETO 866 DEL 25/05/2017 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, PARA LA POBLACIÓN MIGRANTE DE PAISES FRONTERIZOS, LA RESOLUCIÓN 15997 A LA QUE SE HACE REFERENCIA ESTABLECE LAS TARIFAS PARA LAS ATENCIONES PRESTADAS A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA Y A LA POBLACIÓN ASEGURADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN LO NO CUBIERTO POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. POR LO TANTO SE FACTURA TARIFAS SOAT VIGENTE A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. ES POR ESTO POR LO QUE NO SE LLEGA A UN ACUERDO ENTRE LAS PARTES CON ESTA OBJECCIÓN, Y SE REMITE A CONCILIACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA EN LOS TERMINOS DESCRITOS EN EL ART 57 DE LA LEY N. 1438 DE 2011.	22.914,00	
TOTAL				36.954,00	
FIRMAS					
AUDITOR MÉDICO					
Contrato de auditoria No. de 00/00/0000					

Tomado de Secretaría de Salud de Santander – Departamento de Cuentas Médicas (2023).

4.2.3.3 Nuevas reglas. En su afán por fortalecer el proceso de las cuentas médicas, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió las Resoluciones 2275 de 2023 y 1884 de 2024, las cuales regulan los campos adicionales del XML de facturación electrónica en el sector salud, así como la estructura y validación de los RIPS y los plazos de adopción que deben cumplir los prestadores, de acuerdo con el nivel de complejidad de los servicios que ofrecen, junto con las demás normas que las modifiquen o sustituyan. Asimismo, se mencionan las Resoluciones 2284 de 2023 y 1885 de 2024, que establecen las disposiciones sobre documentos soporte para la radicación, el manual de devoluciones, glosas y respuestas a las facturas radicadas, además de las normas que las modifiquen o sustituyan.

Al interior de los procesos, las organizaciones estandarizan herramientas para elaborar informes de auditoría; por ejemplo, la Secretaría de Salud de Santander establece formatos específicos en su proceso interno de auditoría de cuentas médicas. Del estudio de las reglas que organizan la auditoría de calidad y de cuentas médicas, resulta necesario advertir que, pese a la regulación de glosas y tiempos de gestión, la norma ha pasado por alto la obligatoriedad de que los actores se rijan por el informe de auditoría como determinante del título valor complejo, con características claras, expresas y exigibles; situación que ha permitido que los proveedores, aun después de auditados, continúen cobrando la factura como título simple, y que incluso en mandamientos de pago judiciales se dicten obligaciones sin contemplar dichos informes ni las características del título valor complejo, variando sustancialmente la factura inicial.

Desde una perspectiva estrictamente jurídica, la estandarización operativa que imponen estas resoluciones no se limita a una mera formalidad documental, sino que consolida el informe de auditoría como el acto administrativo conclusivo que depura la obligación y determina su monto líquido y exigible. Esta función técnica se evidencia en los manuales de la Superintendencia

Nacional de Salud y en los procedimientos de conciliación de glosas adoptados por las entidades territoriales y los fondos de prestaciones. En consecuencia, al trascender la simple verificación, el informe se erige como el presupuesto de procedibilidad indispensable para que la factura adquiriera las cualidades de claridad, expresividad y exigibilidad requeridas por el artículo 422 del Código General del Proceso.

No obstante, la omisión normativa de declarar expresamente la vinculatoriedad del resultado auditado como título base del cobro ha generado una asimetría procesal significativa. Los prestadores suelen acudir a la vía ejecutiva invocando la factura originaria como un título simple, desconociendo que la obligación de pago en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) solo se perfecciona mediante la integración documental. Esta integración debe acreditar el valor depurado tras el trámite reglado establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Esta disfunción no solo vulnera el debido proceso administrativo y la seguridad jurídica del flujo de recursos, sino que impone a la jurisprudencia contencioso-administrativa la carga de reconocer la naturaleza de título ejecutivo complejo del conjunto factura, informe y auditoría. Esta integración analógica busca evitar el despacho de mandamientos de pago sobre sumas inciertas que carecen de soporte en la realidad técnica y jurídica del sistema.

4.2.4 Concertación de la glosa

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el proceso de cuentas médicas en las EAPB como pagadoras de servicios de salud constituye uno de los procesos más importantes y priorizados para garantizar el control del gasto médico y la racionalización en el uso y pertinencia en la prestación de los servicios de salud, desde una perspectiva normativa, ética y

de la labor administrativa para una correcta toma de decisiones gerenciales que aseguren el desarrollo con calidad y sostenibilidad financiera para el mantenimiento en el mercado.

No solo en el pagador, sino también desde el punto de vista del prestador como actor antagónico al anterior en el aspecto de las cuentas médicas, al igual que en las EAPB, su Departamento de Cuentas Médicas es fundamental desde donde se cuida la elaboración y armado de la cuenta para soslayar la glosa, siendo un departamento perfilado altamente desde la auditoría en el desarrollo de la atención y la logística que conlleve a una cuenta poco afectada por la auditoría que varía sustancialmente el valor de la factura y de la cuenta médica.

La concertación de la glosa se evidencia al momento de controvertir por parte del prestador al pagador la objeción plasmada por el auditor, la cual de facto afecta el valor de la factura, debiéndose tener presente que el valor de pago no se circunscribe al valor de la factura radicada, sino al valor del informe del auditor.

El valor de la glosa no tiene máximo ni mínimos, ya que obedece a la afectación que se decante de la ineficiente labor de la atención del paciente, ya porque la historia clínica lo delata afectando la pertinencia médica, ya porque no corresponde a los criterios de los acuerdos de voluntades, error en los precios u otra circunstancia. Por ello la glosa puede ser parcial o afectar la totalidad de la factura, la cual pierde valor al momento del pago real.

En ese sentido, Malagón et al. (2014), en su obra Auditoría en Salud para una Gestión Eficiente, afirman que las razones de rentabilidad en las entidades de salud permiten medir tanto la efectividad como la eficiencia de la administración, ya que reflejan la utilidad derivada de la prestación de servicios. En este sentido, los errores de facturación representan un factor crítico que, por su carácter reiterativo, puede ser gestionado y controlado mediante procedimientos estadísticos o a través de la agrupación sistemática de casos, con el fin de minimizar su frecuencia.

Entre los errores más frecuentes en la facturación se identifican, en primer lugar, las inconsistencias en la información del paciente, las cuales comprenden discrepancias en el número de identificación entre la historia clínica y otros documentos, registros mal diligenciados, fechas omitidas o incongruentes respecto a la atención, exámenes o egreso, ausencia o error en el nivel socioeconómico, y falta o diferencia en la firma del paciente (Malagón et al., 2014).

En segundo lugar, se encuentran los errores relacionados con los servicios médicos prestados, los cuales se manifiestan en la insuficiencia o incoherencia de la información sobre los tratamientos realizados, diferencias entre la terminología médica utilizada en las facturas y la establecida contractualmente, cobros con tarifas no pactadas, servicios facturados sin evidencia de autorización, ausencia de firmas del médico tratante, quejas de pacientes no resueltas antes del cobro, falta del consentimiento informado y utilización de formatos electrónicos no compatibles (Malagón et al., 2014).

Otro grupo de errores corresponde a la información sobre las tarifas cobradas, que se presentan cuando los valores no coinciden con los contratados, existe confusión entre facturas o contratos, se detectan errores aritméticos, hay discrepancia entre los totales y los valores desagregados, o bien las facturas corresponden a periodos distintos a los contratados o al tiempo real de atención; asimismo, es frecuente la omisión de deducciones por impuestos o pagos compartidos (Malagón et al., 2014).

Finalmente, los autores mencionan otras causas que afectan la validez de los cobros, tales como la radicación de facturas fuera de los plazos contractuales, uso de formatos no autorizados por la entidad pagadora, errores de ortografía o presencia de tachones, uso de expresiones en idiomas extranjeros no permitidos, así como la utilización de términos médicos o financieros

ambiguos y no autorizados, comprometiendo seriamente la gestión financiera y administrativa de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Malagón et al., 2014).

4.2.5 Regímenes de Afiliación al aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El aseguramiento en salud es la base de la cobertura universal. En la Ley 100 de 1993 se establecieron dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, con la finalidad de dar cobertura a toda la población, teniendo como premisa que el Estado debía proporcionar a las personas pobres y vulnerables la afiliación al sistema de salud para que estos individuos accedan en igualdad de condiciones a las atenciones individuales y colectivas que el Sistema establece como Plan de Beneficios, en cumplimiento de la vocación de permanencia y universalidad.

Por ende, blindar los recursos es una gran preocupación para el Estado como garante del Sistema; por tanto, la Ley 1122 (2007) dispone que, como mecanismo para garantizar la protección financiera y el acceso al servicio, la administración de los recursos se llevará a cabo mediante la utilización de tres cuentas maestras, cada una con unidad de caja en su interior. Estas cuentas estarán destinadas al manejo de los fondos relacionados con el recaudo y gasto en Salud Pública Colectiva, el Régimen Subsidiado de Salud y la prestación de servicios de salud no cubiertos por dichos subsidios. No obstante, el Ministerio de la Protección Social podrá establecer excepciones específicas para ciertos rubros de salud pública colectiva o de servicios no cubiertos por el subsidio, dirigidas a poblaciones particularmente vulnerables.

En contraposición a los programas propios del Régimen Subsidiado se encuentra la cuenta del Régimen Contributivo, la cual está asociada a la población que cuenta con empleo formal y realiza aportes en calidad de trabajador dependiente, así como a los trabajadores independientes

con capacidad de pago, quienes, además, realizan un aporte solidario destinado a apoyar el Régimen Subsidiado.

Asimismo, conforme a la Ley 1122 (2007), todos los recursos destinados a los subsidios en salud serán administrados por las entidades territoriales a través de los fondos locales, distritales y departamentales de salud, dentro de un capítulo especial que garantice un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, permitiendo así identificar de manera precisa tanto el origen como la destinación de los recursos provenientes de cada fuente. Este manejo se organizará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una, las cuales corresponderán al recaudo y gasto en salud pública colectiva, al régimen subsidiado de salud y a la prestación de servicios de salud no cubiertos por los subsidios a la demanda.

Por tanto, la administración territorial de los recursos del régimen subsidiado, conforme al artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, debe sujetarse no solo a criterios de eficiencia administrativa, sino también a los mandatos jurisprudenciales que priorizan la protección del derecho fundamental a la salud sobre consideraciones meramente presupuestales. Esto garantiza que la gestión financiera del sistema se oriente efectivamente a la realización material del derecho a la salud de los afiliados.

Desde una perspectiva jurídico-administrativa, la segmentación del aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado responde a un mandato constitucional de solidaridad que se desarrolla normativamente en la Ley 100 de 1993 y sus reformas posteriores. Esta estructuración no es simplemente una clasificación operativa, sino que genera consecuencias jurídicas diferenciadas en cuanto a la titularidad de derechos, la exigibilidad de prestaciones y los mecanismos de protección judicial. La jurisprudencia constitucional ha reiterado que, a pesar de esta dualidad de regímenes, el derecho fundamental a la salud opera de manera unitaria e

indivisible. Esto impone a las entidades responsables del pago obligaciones de resultado que deben cumplirse independientemente del régimen de afiliación al que pertenezca el usuario, tal como se establece en la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.

En lo referente a la gestión financiera y el control de recursos, la separación de cuentas maestras prevista en la Ley 1122 de 2007 responde a la necesidad de garantizar la trazabilidad, la transparencia y la destinación específica de los fondos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta arquitectura financiera es supervisada por la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control. Su objetivo principal es prevenir el desvío de recursos, asegurar el flujo oportuno hacia los prestadores y proteger el patrimonio del sistema frente a riesgos de insolvencia o una administración deficiente, según se detalla en el Informe de Gestión 2023 de dicha entidad. La efectividad de este modelo depende de la articulación institucional entre los actores del sistema y del cumplimiento estricto de los procedimientos de auditoría de cuentas médicas, ya que cualquier omisión o irregularidad puede generar glosas y devoluciones que afecten la sostenibilidad financiera del aseguramiento.

4.2.6 Regímenes de Afiliación al aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Sistema de Salud tiene como finalidad crear las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud, en términos del artículo 162 de la Ley 100 de 1993, para todos los habitantes del territorio nacional, garantizando la protección integral de las familias a la maternidad, enfermedad general en las fases de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías en los niveles de atención y complejidad que se defina.

El Plan Obligatorio de Salud, actualmente denominado Plan de Beneficios en Salud (PBS), se garantiza por parte de las Empresas Promotoras de Salud, hoy denominadas Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), el cual se financia exclusivamente con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de los regímenes del aseguramiento; para el control de estos recursos, se dispuso que las EAPB administren los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados, en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad, es decir, los recursos de la cotización no hacen unidad de caja dentro de las entidades pagadoras de los servicios de salud, como estrategia de cuidado y vigilancia, conforme a lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, artículo 233, parágrafo 3.

En los mismos términos, el artículo 227 de la citada Ley 100 de 1993 prevé el control y evaluación de la calidad de los servicios de salud, refiriéndose a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para lo cual considera la creación de un sistema obligatorio de garantía de la Calidad de la Atención en Salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo, acompañada de revisoría fiscal, con el fin de realizar seguimiento sistemático y periódico de la calidad en la atención en salud.

En el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la auditoría médica abarca diversas funciones y enfoques, entre ellos la auditoría médica integrada, la auditoría médica de calidad y la auditoría de cuentas médicas. Esta última tiene como función principal garantizar que la facturación derivada de los servicios de atención en salud se ajuste a los lineamientos establecidos en los acuerdos entre el prestador y la entidad responsable del pago (Páez, 2015).

La normatividad que rige la auditoría de cuentas médicas en el Sistema de Salud Colombiano se remonta a los artículos 185 y 241 de la Ley 100 de 1993, en los cuales se impone a las instituciones prestadoras de servicios de salud las exigencias de contar dentro de sus funciones

con principios básicos de calidad y un sistema contable para registro de costos de los servicios ofrecidos como condición del régimen de tarifas, previsto en el artículo 241, por lo cual la regencia y unificación de dicho régimen tarifario para la venta de servicios de salud solamente se verifica y controla con auditoría de cuentas médicas.

El análisis jurídico y técnico llevan a considerar que la estructuración de los regímenes de afiliación y la segregación patrimonial de sus recursos no responden únicamente a criterios operativos, sino que materializan el principio constitucional de destinación específica de los fondos parafiscales, el cual exige mecanismos de control vinculantes. En este sentido, los informes de gestión de la Superintendencia Nacional de Salud y los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social evidencian que la correcta articulación entre el aseguramiento, el flujo de recursos y la auditoría de cuentas médicas constituye un presupuesto indispensable para garantizar la exigibilidad de la obligación de pago. Así, el análisis jurídico de la afiliación y financiación del sistema debe circunscribirse a la validez de los actos administrativos de asignación y control, diferenciándose expresamente de las consideraciones clínicas o gerenciales que no determinan la naturaleza exigible del título ni los requisitos de procedibilidad del cobro.

En consecuencia, la incidencia de la auditoría sobre la facturación derivada de estos regímenes no opera como una mera facultad discrecional del pagador, sino como un acto administrativo de verificación técnica que determina el monto líquido, claro y actualmente exigible, conforme a los estándares probatorios del Código General del Proceso. La jurisprudencia contencioso-administrativa y los lineamientos del Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas han precisado que el desconocimiento de dicho informe en sede de cobro vulnera el debido proceso contractual y la seguridad jurídica del flujo de recursos, al sustituir la obligación depurada por un valor nominal carente de soporte fáctico y normativo.

4.2.7 Las reformas al sistema general de seguridad social

La seguridad social en salud en Colombia se remonta al año 1946, cuando a través de la Ley 90 de 1946 se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales para atender, mediante afiliación, a los trabajadores del sector privado en contingencias relacionadas con enfermedad general y maternidad.

4.2.7.1 La propuesta de transformación del Sistema de Salud del gobierno del cambio.

El proyecto de reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tramitado bajo el Proyecto de Ley 339 (2023) de la Cámara de Representantes, plantea una reconfiguración estructural del modelo de aseguramiento y financiación. No obstante, al momento de cierre de esta investigación, el trámite legislativo se encuentra en curso, por lo que su vigencia y aplicación concreta dependen de la sanción presidencial y la posterior reglamentación. Desde una perspectiva estrictamente jurídica, la propuesta introduce modificaciones sustanciales en la administración de los recursos del sistema, lo cual impacta directamente los procedimientos de auditoría y el flujo de pagos.

El eje central de la iniciativa consiste en modificar el circuito financiero del sistema, estableciendo un giro directo de los recursos públicos a los prestadores de servicios de salud (IPS) y reconfigurando las funciones de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB). Esta modificación implica un cambio en la titularidad de la gestión contractual y financiera, lo que, desde la óptica del control interno, exige la redefinición de los mecanismos de auditoría de cuentas médicas y los procedimientos de conciliación de glosas, dado que la verificación técnica dejaría de ser competencia exclusiva de las EAPB para pasar a entidades de administración territorial o nacional.

En el ámbito de la doctrina y el análisis institucional, autores como Gaviria (2023) han señalado que la transición hacia un nuevo modelo de administración de recursos requiere una planificación técnica rigurosa y un consenso normativo que garantice la seguridad jurídica del flujo de fondos. La sustitución de los esquemas contractuales vigentes, sin una delimitación clara de las competencias de auditoría y control, podría generar vacíos de regulación que afecten la exigibilidad de las obligaciones y la trazabilidad de los recursos parafiscales. La propuesta contempla, adicionalmente, la implementación de un Sistema Único de Afiliación y la centralización de la administración de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en la ADRES, eliminando la intermediación financiera de las EAPB; asimismo, se proyecta la supresión de los recobros por tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, sustituyéndolos por pagos directos a las IPS.

Desde la perspectiva del control financiero, este rediseño implica que la auditoría de cuentas médicas deberá adaptarse a un nuevo ente pagador y a protocolos de verificación técnica estandarizados a nivel nacional, lo cual podría fortalecer la homogeneidad en la determinación del monto líquido y exigible, pero exige una transición normativa que garantice el debido proceso en la revisión de soportes y la resolución de glosas.

Aunque el documento aprobado en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes incluye la integración con otros proyectos y propuestas presentadas por diversos actores, lo cierto es que el impulso principal provino de la propuesta No. 339, presentada por el Gobierno. A nivel normativo, esta integración evidencia la necesidad de armonizar los nuevos canales de pago con los procedimientos de auditoría ya positivizados, evitando la fragmentación de criterios que históricamente ha dificultado la determinación del valor reconocido. Desde el análisis jurídico-

administrativo, la distinción entre reforma y transformación radica en el grado de modificación de los fundamentos contractuales y financieros del sistema.

La implementación de este nuevo modelo exigirá la expedición de actos administrativos y resoluciones que regulen con precisión los procedimientos de auditoría, los plazos de conciliación y los criterios de exigibilidad del cobro, evitando así la incertidumbre normativa que podría afectar el flujo de recursos. En consecuencia, cualquier reestructuración administrativa debe garantizar que el informe de auditoría conserve su naturaleza de acto técnico vinculante, asegurando que la transición no vulnere el debido proceso contractual ni comprometa la sostenibilidad financiera del sistema, tal como lo ha establecido la jurisprudencia constitucional en materia de derechos fundamentales y gestión de recursos públicos.

4.2.8 La auditoría de cuentas médicas en Cifras

Para dar el contexto de la relevancia financiera que representa la auditoría de cuentas médicas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hace referencia al Informe de Gestión de vigencia 2023 rendido por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- (2023), el cual indica que recibió 5.267.098 cuentas de cobro por concepto de recobros presentados por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB correspondientes a dineros que pagan las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios a los prestadores por atención de tecnologías no cubiertas por la UPC en el propósito de garantizar la atención integral en salud. Del informe se obtiene que el número de cuentas de cobro corresponden a un valor recobrado de \$ 3.774.117.795.943,00; el cual a 31 de diciembre de 2023 se encontró auditado en su totalidad.

Tabla 1. Consolidado giro Acuerdo de Punto Final por EPS.

No. De EPS	No. De cuentas presentadas	Valor Cobrado	Valor auditado	Valor aprobado	Valor glosado	Valor anulado
29	5.267.098	\$3.774.117.795.943,00	\$3.774.117.795.943,00	\$1.144.688.232.525,00	\$2.270.785.990.355,00	\$358.643.573.063,00

Adaptado de Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia -ADRES- (2023).

De la tabla anterior se obtiene que del valor cobrado: a) se realizó glosa del 60,7%, es decir, por valor de \$2.270.785.990.355,00; b) se anuló un valor de \$358.643.573.063,00, equivalente al 9,50%; c) se estableció reconocimiento a las EAPB por un 30,33% de lo cobrado, equivalente a la suma de \$1.144.688.232.525,00; y d) de los valores por auditoría, sumados entre glosa y nulidad, asciende al 70,20% que retornan a las arcas del sistema de salud, dando como justificación, entre otras, el incumplimiento de los criterios del artículo 153 de la Ley 2294 de 2023, que contiene el Plan Nacional de Desarrollo 2023-2026.

De otra parte, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- (2023) plasma el informe de la Dirección de Otras Prestaciones, dando cuenta de los cambios gestados por la ejecución de los presupuestos máximos establecidos por el Ministerio de Salud para dar cobertura a las atenciones no incluidas con cargo a la UPC de los regímenes de aseguramiento, lo cual alejó de las cuentas la aplicación de glosas como ocurrió en las vigencias anteriores a 2020.

Actualmente, pese a las medidas tomadas con la Ley 1955 de 2019, las EPS/EOC pueden presentar recobros ante la ADRES por aquellos servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC ni con presupuestos máximos y, de manera excepcional, el servicio de albergue prestado a los usuarios del régimen subsidiado del departamento de Guainía.

Las tablas que a continuación se observan hacen comparativos de los valores registrados como cuentas médicas en los recobros presentados por las diferentes Empresas Administradoras de Planes de Beneficios "EAPB" a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud "ADRES" de las cuentas presentadas en las vigencias 2023 y 2024, en cuanto respecta a recobros del régimen subsidiado de afiliación.

Tabla 2. *Valores registrados como cuentas médicas en los recobros*

Año del informe	No. Cuentas presentadas	valor recobrado	valor auditado	valor aprobado	valor glosado	valor anulado
2023	5.267.098,00	\$ 3.774.117.795.943,00	\$ 3.774.117.795.943,00	\$ 1.144.688.232.525,00	\$ 2.270.785.990.355,00	\$ 358.643.573.063,00
2024	23.635,00	\$ 675.691,03	N.I.	\$ 105.183,59	\$ 566.462,52	\$ 0,00

Tomado de Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia -ADRES- (2023).

Analizando la tabla anterior en indicadores de auditoría, se evidencia lo siguiente:

Tabla 3. *Análisis de los valores registrados*

Año	No. Cuentas presentadas	Valor recobrado	Valor auditado sobre recobrado	Valor aprobado sobre recobrado	Valor glosado	Valor anulado
2023	5267098	\$ 3.774.117.795.943,00	\$ 3.774.117.795.943,00	\$ 1.144.688.232.525,00	\$ 2.270.785.990.355,00	\$ 358.643.573.063,00
Valores en%			\$ 1,00	\$ 0,30	\$ 0,60	\$ 0,10
2024	23635	\$ 675.691,03	N.I.	\$ 105.183,59	\$ 566.462,52	0
valores en %				\$ 0,16	\$ 0,84	0

Es importante observar en esta tabla que, de una vigencia a otra, bajó de manera vertiginosa el valor cobrado; la glosa de auditoría fue más alta sobre los recursos 2024, pasando del 60% al 84% sobre el valor cobrado. Sobre la reducción de los recobros, es necesario recordar que ello obedece a la asignación de presupuestos máximos que se realizó mediante la Ley 1955 de 2019

para que las Administradoras de Planes de Beneficios cubran la cobertura no PBS; por tanto, en 2024 el valor recobrado se soporta en tecnologías no cubiertas por UPC ni con presupuestos máximos.

Los indicadores financieros expuestos por la ADRES (2023) no constituyen meros datos contables, sino que evidencian la operatividad de un mecanismo de control técnico-jurídico que determina el monto líquido y actualmente exigible de la obligación de pago. Desde una perspectiva estrictamente jurídica, y conforme a los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud (2023) y el Ministerio de Salud y Protección Social (2024), la auditoría de cuentas médicas opera como un acto administrativo de verificación que depura la pretensión inicial del prestador.

De esta manera, se transforma la factura en un título ejecutivo complejo cuyo valor definitivo se fija tras el trámite reglado de glosas y respuestas. Esta delimitación conceptual permite diferenciar con precisión la dimensión administrativa del proceso auditor de su naturaleza jurídica sustancial, ya que, mientras la primera se ocupa de la validación técnica y tarifaria, la segunda establece los presupuestos de procedibilidad para el cobro, garantizando que la obligación cumpla con los requisitos de claridad, expresividad y exigibilidad exigidos por el artículo 422 del Código General del Proceso y el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

La persistencia en reclamar el valor nominal de la factura como título simple, desconociendo el informe de auditoría, vulnera directamente la seguridad jurídica del sistema y el debido proceso en la determinación de la obligación. La progresión analítica de los datos evidencia que, al superar el 70 % el porcentaje de valores glosados o anulados, el ordenamiento jurídico no otorga al prestador un derecho adquirido sobre el monto inicial, sino una expectativa condicionada a la superación del control de legalidad y pertinencia.

En consecuencia, la incidencia jurídica del informe de auditoría se consolida como un filtro de exigibilidad vinculante; su desconocimiento en sede administrativa o judicial implica pretender el cobro de una obligación indeterminada. Lo anterior contradice los principios de literalidad y autonomía del título valor al no reconocer que, en el SGSSS, la factura adquiere su carácter expreso y exigible únicamente tras la conciliación técnica reglada. Esta interpretación cierra la tensión entre la gestión operativa y el marco normativo, posicionando la auditoría no como una barrera administrativa, sino como el fundamento jurídico que legitima el flujo de recursos parafiscales y protege la destinación específica del derecho fundamental a la salud.

4.2.9 Marco legal

4.2.9.1 Normograma.

Norma	Año	Explicación
Ley 1438	19 de enero 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1122	9 de enero 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1231	17 de julio 2008	Por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones.
Decreto 441	28 de marzo 2022	Por medio del cual se sustituye el capítulo 4 del título 3 de la parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios en salud y los proveedores de tecnologías en salud.
Decreto 4747	7 de diciembre 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud en población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.
Resoluciones: 2275 de 2023	28 diciembre de 2023	Estructura validación RIPS en facturación electrónica de salud

Norma	Año	Explicación
Resolución 1884 de 2024	30 septiembre de 2024	Campos adicionales XML en facturación electrónica de salud
Resolución 2284 de 2023	28 diciembre de 2023	Establece documentos soporte de la facturación en salud para radicar al responsable del pago
Resolución 1885 de 2024	30 septiembre de 2024	Transitoriedad para implementa la radicación electrónica de la factura en salud.

En el marco de esta investigación, resulta fundamental reconocer la relevancia de normas como la Ley 1438 de 2011, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1231 de 2008, así como de los decretos 441 de 2022 y 4747 de 2007, y de resoluciones recientes como las 2275 y 2284 de 2023 y las 1884 y 1885 de 2024, las cuales conforman el andamiaje normativo que humaniza y fortalece el proceso de cobro de las cuentas médicas a partir del informe de auditoría.

El marco normativo que regula la auditoría de cuentas médicas, integrado por las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, los Decretos 441 de 2022 y 4747 de 2007, y las Resoluciones 2275 y 2284 de 2023, opera como un procedimiento administrativo reglado que institucionaliza el control de legalidad y pertinencia del gasto público en salud. Estas disposiciones positivizan plazos perentorios para la formulación de glosas y estandarizan los soportes técnicos de cobro, tales como los RIPS, la facturación electrónica en formato XML y los manuales tarifarios. Al delimitar la potestad de verificación de las entidades responsables del pago, se configura un mecanismo de depuración contractual que transforma la factura inicial en un título ejecutivo complejo.

Desde esta perspectiva jurídica, la caracterización de los requisitos de cobro no constituye una simple exigencia operativa, sino el presupuesto de procedibilidad que determina el monto líquido y actualmente exigible de la obligación. Esto garantiza el debido proceso administrativo y la seguridad jurídica en el flujo de recursos, asegurando que los actos de reconocimiento de pago

se sujeten estrictamente a los principios de transparencia, eficiencia y destinación específica de los fondos parafiscales del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En consecuencia, el cumplimiento de esta normativa es lo que permite que la factura adquiera las cualidades de claridad y exigibilidad requeridas para su cobro efectivo, superando la naturaleza de título simple para integrarse en un conjunto documental que acredita la efectiva prestación del servicio y su correcta liquidación técnica. La rigurosidad en la aplicación de estos estándares protege el patrimonio del sistema y asegura que la gestión financiera se oriente a la realización material del derecho fundamental a la salud.

4.2.9.2 La salud se establece como derecho fundamental. Concomitante, con los acontecimientos relacionados como antecedentes y en acatamiento a los pronunciamientos de la Corte Constitucional (2008) mediante Sentencia T 760 de 2008, el Congreso de la República da debate y tramite a la Ley estatutaria en Salud No. 1751 de 16 de febrero de 2015, mediante la cual se reguló el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. No cabe duda que con la expedición de esta Ley se satisface un vacío normativo que venía haciendo ruptura en la calidad de vida de las personas, de suyo las más vulnerables. Define el sistema como el conjunto articulado y armónico de principios y normas, políticas públicas, instituciones, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, financiamiento, controles, información y evaluación que el Estado sitúe para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud, protagonizando al usuario como el enfoque único del Sistema.

En la praxis, esta Ley Estatutaria garantiza la autonomía profesional relacionada con el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, es decir, atenúa en buena proporción las tensiones sobre el médico tratante en beneficio del paciente, dinamizando y oxigenando la efectiva prestación de

los servicios de salud conforme a los anhelos constitucionales, sin perder de vista que aun después de esta norma se presentan problemas en el acatamiento de la misma.

Como lo establece la Ley 100 (1993), especialmente en su artículo 241, se debe contar con un tarifario para la definición de precios o costos de las tecnologías en salud suministradas por los prestadores de servicios y a cargo de los pagadores de los mismos, ello para guardar una austeridad en los recursos del Sistema de Salud, que recordando se obtienen de las cotizaciones de los usuarios denominada Compensación y finalmente UPC, recursos que constituyen las finanzas de la atención en salud con destinación específica y de carácter parafiscal. En este orden de ideas, se constituyó en prioridad definir los costos para la atención de pacientes con eventos de accidentes de tránsito, cuya solicitud se factura al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito "SOAT"; para lo cual el 31 de diciembre de 1996 se expide el Decreto 2423 por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones.

Este Decreto fijó precios en porciones de salario mínimo legal vigente, situación que permite cada año, en el mes de enero, actualizar los valores acorde al salario mínimo que se establece en cada vigencia, modificado en su artículo 1 por el Decreto 887 del 11 de mayo de 2001, con el cual se amplía su espectro de campo de aplicación pasando de accidentes de tránsito, además a eventos como atención por desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y también en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza si no hay acuerdo entre las partes, indicando la exitosa aplicación de este tarifario para amplia gama de atenciones en salud ganando espacio que dejó en reposo la necesidad de expedición de otra clase de tarifario.

En consecuencia, la incidencia de la auditoría sobre la factura de salud no se limita a una simple revisión numérica, sino que opera como un acto de determinación del monto líquido y actualmente exigible de la obligación de pago. Al contrastar los ítems facturados con los estándares tarifarios y los soportes clínicos exigidos por el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, el informe de auditoría transforma la pretensión inicial en un título ejecutivo complejo. Bajo esta naturaleza jurídica, sus características de claridad, expresividad y exigibilidad dependen estrictamente del cumplimiento de los procedimientos reglados en los artículos 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011.

De este modo, se consolida un marco argumentativo donde la regulación tarifaria y la potestad de control técnico-financiero se articulan para garantizar la seguridad jurídica del flujo de recursos. Este enfoque asegura la protección del sistema sin vulnerar los principios de literalidad y autonomía que rigen los títulos valores en el ámbito mercantil, al reconocer que la obligación en el sector salud se perfecciona solo tras la verificación técnica del acto auditor.

4.2.9.3 Regulación de relaciones entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Entidad Promotora de Salud (EPS). Resulta obvio que, en el escenario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se establece un campo legal regido por un sistema de mercado que, al ser considerado un mercado imperfecto, obliga a respetar las garantías del principio de la libre escogencia. Esto hace necesario proyectar una serie de normas que faciliten las alternativas de gestión para la prestación integral y el goce efectivo de los servicios de salud.

Para tal efecto, el Ministerio de Salud expidió el 7 de diciembre de 2007 el Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se reglamentaron diversos aspectos de las relaciones de contratación entre prestadores y pagadores. Del recorrido de este Decreto se obtiene una base sólida para

abordar las necesidades de contratación, lo que ayuda a definir soluciones frente a las múltiples y complejas situaciones que se derivan a diario del suministro de tecnologías en salud, siendo aplicable a todos los prestadores y entidades pagadoras del sistema. El capítulo II de esta norma determina los requisitos mínimos necesarios para celebrar los acuerdos de voluntades entre las partes, mientras que el artículo 5 es explícito al detallar los requerimientos específicos que deben cumplir tanto el pagador como el prestador.

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la regulación de las relaciones contractuales entre prestadores y entidades responsables del pago no responde a un modelo de libre mercado, sino a un esquema de contratación administrativa reglada que prioriza la destinación específica de los recursos parafiscales y la garantía del derecho fundamental a la salud. Si bien el Decreto 4747 de 2007 y su Capítulo II establecen los requisitos mínimos para la suscripción de acuerdos de voluntades, la jurisprudencia del Consejo de Estado y los lineamientos técnicos de la Superintendencia Nacional de Salud han precisado que dichos convenios no operan como meros pactos de autonomía privada. Por el contrario, funcionan como instrumentos de gestión financiera sujetos a controles estrictos de legalidad, pertinencia clínica y eficiencia en el uso de los recursos.

En este contexto jurídico, el proceso de auditoría de cuentas médicas se configura como un mecanismo de verificación técnica vinculante que determina el monto líquido y actualmente exigible de la obligación. Este procedimiento transforma la factura inicial en un título ejecutivo complejo, cumpliendo con los estándares de claridad, expresividad y exigibilidad previstos en el artículo 422 del Código General del Proceso.

De este modo, la obligatoriedad de regirse por el informe de auditoría al momento del cobro no constituye una restricción a la libertad contractual, sino una garantía de seguridad jurídica y

debido proceso. Esta dinámica evita el reconocimiento de obligaciones indeterminadas y alinea la ejecución de los acuerdos de voluntades con los principios constitucionales de transparencia, eficiencia y protección del patrimonio público del sistema.

4.3 Incidencia del Informe de Auditoría Frente a la Naturaleza Jurídica del Cobro de la Factura

En el universo de los servicios de salud, la gestión adecuada del desempeño asistencial con vigilancia a la pertinencia y el control de las finanzas denota transparencia en las actividades como fundamento para el éxito y la sostenibilidad de una política pública de salud democratizada. Uno de los elementos clave en este proceso es el control de recursos que se realiza con el informe de auditoría a las cuentas médicas, que no solo suministra un enfoque claro de la viabilidad de los pagos basados en evidencias de una atención efectiva a los pacientes, sino que también influye en diversos aspectos y áreas, incluyendo la naturaleza jurídica del cobro de facturas.

Por tanto, al estudiar cómo la práctica de la auditoría y sus informes se ajusta a la interpretación de las normativas legales relacionadas con el cobro de la cuenta, se interviene la gestión del riesgo y se constituye entre prestador de servicios de salud y pagador una relación de legalidad y nitidez en sus transacciones.

4.3.1 Conflicto de competencias en la administración de justicia

No obstante, al encontrarse suficientemente regulada la factura en el Sistema General de Salud, no ocurre lo mismo en la rama judicial, pues se han presentado conflictos de competencia de acuerdo a la jurisdicción que debe resolver las controversias relacionadas con las facturas expedidas por la prestación de servicios de salud; y cuando se acude al medio de control ejecutivo,

se han dado varios pronunciamientos del honorable Consejo Superior de la Judicatura, donde resuelve que las facturas de la atención en salud, por corresponder al Sistema General de Seguridad Social, sus conflictos deben ser de conocimiento de la jurisdicción laboral, pronunciándose un juez laboral en observancia de lo previsto en el Código de Procedimiento Laboral y de la Seguridad Social.

Siendo así, es válido recordar la aplicabilidad del principio rector del derecho fundado en que la ley especial predomina sobre la general, conocido como la "*lex specialis*", aclarando que ambas normas gozan de vigencia y que, para el asunto en particular, la norma especial prevalece sobre la general, eliminando para el evento la norma general.

4.3.1.1 ¿Qué ha dicho la jurisprudencia? Con el propósito de identificar líneas jurisprudenciales relevantes para el presente estudio, se han seleccionado pronunciamientos que abordan cuatro ejes problemáticos: (i) el conflicto de competencias entre jurisdicciones; (ii) la naturaleza jurídica de la factura de salud como título ejecutivo complejo; y (iii) Prescripción, auditoría y derecho fundamental a la salud

- **Conflictos de competencia en la administración de justicia**

El Consejo Superior de la Judicatura (22 de enero de 2014), Sala Jurisdiccional Disciplinaria, mediante providencia con ponencia del magistrado José Ovidio Claros Polanco, resolvió un conflicto de jurisdicción suscitado entre la justicia contencioso-administrativa, representada por el Juzgado Noveno Administrativo Oral del Circuito de Bucaramanga, y la justicia ordinaria, representada por el Juzgado Quinto Laboral del Circuito de la misma ciudad. Este conflicto se originó en la demanda ordinaria laboral de primera instancia presentada por el

apoderado judicial del Hospital Pablo Tobón Uribe contra el Departamento de Santander – Secretaría de Salud Departamental–. En su decisión, el alto tribunal determinó asignar el conocimiento de la demanda a la jurisdicción ordinaria, a cargo del Juzgado Quinto Laboral del Circuito de Bucaramanga, conforme a lo expuesto en la parte motiva de la providencia.

Este precedente resulta fundamental porque establece un criterio de atribución de competencia basado en la naturaleza de la obligación. Al tratarse de una prestación derivada del Sistema de Seguridad Social en Salud, la controversia debe ser resuelta por la jurisdicción laboral, la cual posee especialización en la protección de derechos sociales y en la aplicación de normas de orden público laboral y de seguridad social.

En el caso resuelto por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira (16 de junio de 2020), Sala Mixta de Decisión No. 1, se abordó un conflicto de competencia originado entre el Juzgado Segundo Laboral del Circuito y el Juzgado Cuarto Civil del Circuito, ambos de la ciudad de Pereira. Dicho conflicto surgió en el marco del proceso ejecutivo iniciado por Asmet Salud E.S.S. E.P.S. contra el Departamento de Risaralda, específicamente frente a la Secretaría Departamental de Salud. Luego de examinar los elementos del caso y las normas aplicables, el Tribunal determinó que el despacho competente para conocer de dicho proceso era el Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Pereira, decisión adoptada con el propósito de resolver de manera definitiva la controversia en torno a la jurisdicción que debía asumir el conocimiento del asunto.

Ambos pronunciamientos convergen en un criterio unificador, debido a la naturaleza especial de las obligaciones en salud, las cuales derivan de un sistema de protección social de orden público, exige que su conocimiento recaiga en jueces con competencia especializada. Esta medida garantiza una interpretación armónica entre la normativa de seguridad social y las garantías procesales del debido cobro.

- **La factura de salud como título ejecutivo complejo**

Sobre el cuestionamiento si la factura de salud es un título complejo, según lo señalado por la plataforma de opinión jurídica de Ámbito Jurídico (2021), el título ejecutivo puede adoptar la forma de un documento único, denominado singular, como sucede con un título valor. No obstante, también puede tener una naturaleza compleja cuando está conformado por varios documentos que se complementan entre sí, como ocurre en los casos en que un contrato se acompaña de constancias que acreditan el cumplimiento de las obligaciones o de los recibos de las obras realizadas.

El Consejo de Estado (31 de enero de 2008), Sección Tercera, Radicación No. 44401-23-31-000-2007-00067-01 (34201), precisó que el título ejecutivo complejo está constituido por un conjunto de documentos, entre los que se pueden incluir un contrato, las constancias de cumplimiento, los recibos de las obras, servicios o bienes contratados, el reconocimiento del cocontratante respecto al precio pendiente de pago, el acta de liquidación, entre otros.

A partir de esta definición, resulta claro que la factura originada por la prestación de servicios de salud, más allá de sus características particulares, debe ser entendida como un título ejecutivo complejo. Sin embargo, al momento de efectuar su cobro, ya sea en sede administrativa o judicial, con frecuencia se reclama como si se tratara de un título simple, limitándose al valor consignado en la factura al momento de su expedición y dejando de lado las características propias de este tipo de título, las cuales pueden identificarse desde su elaboración, dado que generalmente se acompaña de documentos como la historia clínica, los soportes de tecnologías de apoyo diagnóstico y terapéutico, y, posteriormente, los informes de auditoría que establecen el valor real a reconocer.

De otra parte, el Consejo de Estado (29 de julio de 2013), en decisión del 29 de julio de 2013 (Sección Tercera, Radicación No. 20001-23-31-000-2010-00292-01 (43011)), al resolver la

demanda presentada por la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López contra el Departamento del Cesar, mediante la cual se buscaba el pago de facturas correspondientes a servicios de salud prestados tanto a población de bajos recursos no asegurada como a asegurados en tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios Subsidiado, estableció varias consideraciones relevantes. En primer lugar, precisó que en el marco de las relaciones del sector salud el verdadero beneficiario del servicio es el afiliado, y no la entidad responsable del pago como lo son las EPS o las entidades territoriales. En segundo lugar, indicó que las instituciones prestadoras de servicios de salud no tienen la facultad de expedir, entregar o remitir la factura al paciente en calidad de beneficiario del servicio, en los términos definidos por la Ley 1231 de 2008. Finalmente, señaló que la factura debe ser dirigida exclusivamente a la entidad responsable del pago, como las EPS o entidades territoriales, las cuales son las únicas llamadas a aceptarla de forma expresa.

Este pronunciamiento refuerza la tesis de que la factura de salud no opera como un título valor autónomo en los términos del Código de Comercio, sino como un documento instrumental inserto en una relación tripartita (usuario-prestador-pagador) regulada por normas de orden público. Por tanto, su eficacia ejecutiva está condicionada al cumplimiento de los procedimientos especiales de auditoría y conciliación previstos en la Ley 1438 de 2011.

En esta etapa del análisis resulta pertinente destacar, como fuente formal del derecho, el concepto emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social (2024b), el cual se constituye en una orientación relevante para la adecuada interpretación normativa en lo que respecta al manejo de la factura derivada de la prestación de servicios de salud, así como al momento procesal en el que se ubica la auditoría de la cuenta médica.

De igual manera, a través del concepto emitido, el Ministerio de Salud y Protección Social dio respuesta a la consulta relacionada con los términos de prescripción y caducidad aplicables a

las reclamaciones y solicitudes formuladas por concepto de recobros o reembolsos en los contratos vinculados con la prestación de servicios de salud. En términos generales, la autoridad rectora centró su orientación en las disposiciones generales que regulan el comercio y la jurisdicción civil, partiendo de la definición de la factura como título valor y precisando los requisitos necesarios para su validez, los cuales deben garantizar que sea un documento claro, expreso y exigible. Asimismo, abordó tanto los lineamientos tributarios como las normas reglamentarias del sistema de salud, destacando la complejidad que reviste la factura dentro de la dinámica propia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024b).

No obstante, es importante precisar que, si bien el concepto ministerial reconoce la factura como título valor, también resalta que su exigibilidad en el ámbito de la salud está sujeta a condiciones especiales derivadas del régimen de auditoría y conciliación. Esta matización resulta esencial para evitar interpretaciones que desvinculen la factura de su contexto normativo especial, garantizando que el documento se analice siempre dentro del marco regulatorio del sector.

A partir de este análisis, resulta claro que la factura originada por la prestación de servicios de salud, más allá de sus características particulares, debe ser entendida como un título ejecutivo complejo. Esta calificación no es meramente formal, porque implica que la eficacia ejecutiva de la obligación no depende exclusivamente de la factura como documento mercantil, sino del conjunto probatorio que acredita la prestación efectiva del servicio, el cumplimiento de los requisitos normativos y contractuales, y la determinación del monto líquido y exigible mediante el informe de auditoría.

En consecuencia, **desconocer el informe de auditoría al momento del cobro, ya sea en sede administrativa o judicial, equivale a reclamar un título incompleto.** Este carecería de la certeza, liquidez y exigibilidad que exige el artículo 422 del Código General del Proceso para la

procedencia del mandato de pago. Por lo tanto, la integración documental resulta indispensable para que la pretensión de cobro sea jurídicamente viable, asegurando que la obligación esté plenamente respaldada por el trámite técnico de verificación previsto en la ley.

- **Prescripción, auditoría y derecho fundamental a la salud**

En el marco del presente estudio, resulta fundamental destacar el concepto que alude directamente al artículo 9 de la Ley 1797 de 2016, el cual establece que la figura de la prescripción solo puede aplicarse en aquellos casos en los que la EPS, o cualquier otra entidad responsable del pago de las facturas, demuestre haber realizado de manera previa y adecuada las gestiones necesarias para la conciliación o aclaración de cuentas con la IPS respectiva, tal como lo dispone el párrafo 4 del mencionado artículo. En este sentido, el término de prescripción comenzará a contarse a partir del momento en que se produzca la aceptación, ya sea tácita o expresa, de la factura correspondiente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024b).

Cabe destacar que, según la normatividad que regula la jurisdicción civil, la prescripción del medio de control ejecutivo es de tres años; no obstante, el Consejo Superior de la Judicatura dirime el conflicto de competencias remitiéndolo a la jurisdicción laboral ordinaria como se ha podido evidenciar en las sentencias relacionadas, en consideración a que la cuestión se encuentra frente a una prestación de la Seguridad Social, remitiéndolo al Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, indicando allí que existe la posibilidad de la revisión del concepto del término de prescripción, además de tener como válido la premisa de que por mandato superior del artículo 48 la Seguridad Social se estableció como un servicio público obligatorio e irrenunciable, conceptos importantes los cuales también gozan de prerrogativas especiales.

En relación con este tema, la Corte Constitucional (26 de marzo de 2015), en la Sentencia T-121 de 2015, explicó que el derecho a la salud posee una doble dimensión, al ser simultáneamente un servicio público sometido a la vigilancia del Estado y un derecho fundamental reconocido por el legislador estatutario, el cual es de carácter irrenunciable y garantiza el acceso oportuno y de calidad a los servicios necesarios para alcanzar el mejor nivel de salud posible. En ese contexto, se considera que la prescripción de la deuda está estrechamente vinculada al proceso de auditoría de cuentas médicas, ya que corresponde al auditor, conforme a los postulados legales, identificar los casos en los que la factura pueda encontrarse prescrita o caducada, situación que constituye un factor adicional que incide de manera directa en el flujo de recursos destinados al sector salud.

En ese contexto, se considera que la prescripción de la deuda está estrechamente vinculada al proceso de auditoría de cuentas médicas. Entre las funciones del auditor, conforme a los postulados legales, están identificar los casos en los que la factura pueda encontrarse prescrita o caducada, situación que constituye un factor adicional con incidencia directa en el flujo de recursos destinados al sector salud. Así, la auditoría no solo cumple una función depuradora del gasto, sino también una función garantista. Al verificar la vigencia de la acción de cobro, protege tanto los recursos del sistema como el derecho de los usuarios a recibir atención oportuna.

4.3.1.2 ¿Cómo incide la aplicación de auditoría en las cuentas médicas? En términos de Osorio et al. (2002), la auditoría médica nació en los hospitales norteamericanos en el año 1918, definiéndola como un sistema de control de calidad sobre los registros de la atención en salud de acuerdo a los análisis de registros clínicos. Tal como lo menciona este artículo, lo mismo ocurre

con la auditoría médica de las cuentas médicas, desde allí se cuenta con la oportunidad de observar la calidad de los registros clínicos que soportan el cobro de sus cuentas.

Siendo la auditoría en salud un sistema de control, en las cuentas médicas su aplicación exige un análisis in situ de la factura y sus anexos, conforme a los procedimientos reglamentados. En este proceso se aplican criterios de pertinencia clínica y validación financiera en concordancia con los acuerdos de voluntades o los manuales tarifarios vigentes. Esta actividad técnica cumple una función jurídica directa al incidir sobre el valor reclamado y transformar la pretensión de cobro en una obligación depurada. La incidencia de la auditoría no termina en la elaboración de un informe cuantitativo; su alcance jurídico radica en modificar el monto de la factura inicial y configurar el título ejecutivo complejo que sustenta el pago efectivo, desplazando el valor nominal original y otorgando fuerza obligacional únicamente a los valores verificados por el auditor.

Lo anterior indica que el prestador de servicios de salud, conforme a los postulados legales y jurisprudenciales, queda facultado para reclamar judicial o administrativamente el valor determinado en el informe de auditoría. Este informe ha surtido un procedimiento reglado de glosas y respuestas, constituyéndose en el título base para el cobro y el reconocimiento contable. Resulta jurídicamente improcedente pretender el pago de una obligación basándose exclusivamente en la factura inicial antes de surtir el trámite de auditoría; de ahí que el informe auditor presente una incidencia estructural sobre las cuentas médicas sometidas a cobro. De otra parte, no debe perderse de vista la función de control y austeridad que cumple la auditoría, pues en ella descansa la protección de los recursos parafiscales del sistema para asegurar la atención a precios estandarizados y la contención financiera de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), garantizando la continuidad del servicio.

La incidencia del informe de auditoría trasciende la mera depuración contable para configurarse como un mecanismo de determinación del monto líquido y actualmente exigible de la obligación de pago, conforme a los lineamientos técnicos de la Superintendencia Nacional de Salud (2025) y el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas establecido en la Resolución 2284 de 2023. Esta delimitación conceptual permite diferenciar con precisión la dimensión administrativa de la verificación técnica de su naturaleza jurídica sustancial. Mientras la primera se ocupa de la validación clínica y tarifaria, la segunda establece los presupuestos de procedibilidad que convierten la factura inicial en un título ejecutivo complejo.

4.3.1.3 Análisis del material recolectado. El análisis del material recolectado, sustentado en respuestas a derechos de petición y en la revisión documental de informes de gestión de la ADRES (2023-2024) y formatos de la Secretaría de Salud de Santander, permite trascender la mera descripción operativa para consolidar un soporte empírico-jurídico que valida la hipótesis central de esta investigación.

Al contrastar los indicadores de glosa, que superan el 70 % del valor auditado en los recobros de los regímenes subsidiado y contributivo, con la estructura técnica de los informes de auditoría territorial, se evidencia que la variación entre el valor facturado y el valor reconocido no constituye un ajuste contable discrecional. Por el contrario, representa la materialización del control de legalidad y pertinencia clínica exigido por el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Esta dinámica confirma que el informe de auditoría opera como un acto administrativo vinculante que determina el monto líquido y actualmente exigible de la obligación, transformando la factura inicial en un título ejecutivo complejo conforme a los criterios de claridad, expresividad y exigibilidad del artículo 422 del Código General del Proceso. La delimitación entre la dimensión

técnica de la verificación y su efecto jurídico sustancial resuelve la imprecisión conceptual señalada, al establecer que la auditoría no altera la naturaleza mercantil del título, sino que condiciona su eficacia ejecutiva al cumplimiento de un procedimiento reglado de conciliación de glosas.

En consecuencia, la evolución analítica de los datos recopilados permite superar la reiteración temática y avanzar hacia una conclusión jurídica estructurada: el desconocimiento del informe de auditoría al momento del cobro vulnera el debido proceso administrativo y la seguridad jurídica del flujo de recursos parafiscales. La construcción propia de indicadores a partir de los informes de gestión de la ADRES, junto con el examen de los formatos de consignación territorial, demuestra que la exigibilidad de la obligación de pago en el SGSSS depende estrictamente del valor depurado tras el trámite de glosas, y no del monto nominal de la factura.

Este hallazgo empírico, articulado con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia (STL6988-2019) y los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud, fundamenta la necesidad de reconocer la obligatoriedad del valor auditado como base única para el reconocimiento y pago, evitando así pretensiones judiciales fundadas en obligaciones inciertas o indeterminadas.

De este modo, el material recolectado no solo corrobora la incidencia técnica de la auditoría, sino que, valida su rol como garantía constitucional de destinación específica de los recursos de la salud, cerrando la tensión entre la literalidad del título valor y la potestad de control técnico-financiero del Estado.

5. Conclusiones

En el contexto de esta investigación sobre la incidencia de la aplicación de la auditoría a las cuentas médicas establecidas mediante facturas de cobro de tecnologías en salud, es fundamental reconocer que dicha auditoría desempeña un papel protagónico en el control y la optimización de los recursos financieros. **La revisión dogmática y jurisprudencial permite concluir que el informe de auditoría de cuentas médicas no constituye un mero dictamen técnico,** sino un acto administrativo de verificación que determina el monto líquido y actualmente exigible de la obligación de pago. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, se puede afirmar que, al momento del cobro de las facturas, los proveedores lo realizan por el valor consignado en el documento inicial, olvidando la complejidad que adquiere el título valor al aplicarse el informe de auditoría, el cual, en la mayoría de los casos, modifica de manera significativa tanto el valor como los conceptos de la cuenta.

Este desconocimiento contradice la construcción jurisprudencial que ha reconocido a la factura de salud como título ejecutivo complejo, cuya eficacia ejecutiva depende de la integración documental con el informe de auditoría, los soportes de la prestación efectiva y los RIPS validados. Así, se presenta de forma continua la intervención del pagador para efectuar el pago por el valor auditado, logrando con ello la efectividad de la contención y el control de los recursos, lo que fortalece las finanzas destinadas a la atención en salud.

La diferencia entre el valor inicial de las facturas y el monto auditado resalta la necesidad de fortalecer los criterios de auditoría y de promover una mayor capacitación y concienciación entre los proveedores sobre la importancia de asimilar los cambios que el título valor experimenta durante la gestión de sus cuentas. Los datos empíricos de la ADRES (2023-2024), que evidencian que más del 70 % de los valores recobrados son objeto de glosa o anulación, confirman que la

auditoría opera como un filtro de legalidad y pertinencia clínica, y no como una barrera administrativa discrecional.

Así mismo, resulta primordial que las entidades responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia implementen políticas que fomenten la colaboración entre todos los actores involucrados, con el fin de minimizar las discrepancias y asegurar que los recursos se utilicen de manera eficiente. Esta dinámica resuelve la tensión doctrinal entre la perspectiva prestacional que interpreta la glosa como detrimento financiero y la corriente jurídico-financiera, que la entiende como mecanismo de depuración del gasto, alineándose con los principios de destinación específica y transparencia en el manejo de recursos parafiscales. En última instancia, una adecuada aplicación de la auditoría beneficia a todos los participantes del sistema.

Se ha evidenciado que existe una falta de conciencia entre los actores involucrados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto a la naturaleza de la auditoría de la factura médica, al no comprender que esta se equipara a un título valor complejo. Dicho título valor se ve influenciado por los anexos de la historia clínica y los informes de auditoría, los cuales poseen la capacidad legal de modificar los criterios de cobro y pago, así como de establecer su carácter expreso, claro y exigible en el ámbito jurídico y ante los mecanismos de control judicial. El desconocimiento de esta configuración documental vulnera el debido proceso administrativo y la seguridad jurídica del flujo de recursos, tal como lo ha precisado la Corte Suprema de Justicia (STL6988-2019) y el Consejo de Estado, al exigir que el cobro judicial se funde en una obligación clara, expresa y actualmente exigible, y no en pretensiones basadas en el valor nominal de la factura. Esta falta de comprensión conduce a que los cobros se realicen sin considerar las modificaciones derivadas de la auditoría, lo que genera una gestión ineficiente de los recursos.

Además, si se optara por prescindir de la implementación rigurosa de la auditoría en salud como requisito para el cobro de cuentas, podrían generarse repercusiones significativas en la economía del Sistema de Salud en Colombia. Esto no solo comprometería la sostenibilidad financiera del sistema, sino que también podría tener consecuencias adversas para la población que depende de estos recursos para acceder de manera efectiva a los servicios de salud, afectando así principios fundamentales como la accesibilidad, la oportunidad, la continuidad y la calidad en la atención.

La omisión normativa de declarar expresamente la vinculatoriedad del resultado auditado como título base del cobro ha generado una asimetría procesal, permitiendo que los prestadores acudan a la vía ejecutiva invocando la factura originaria como título simple, desconociendo que la obligación de pago en el SGSSS solo se perfecciona mediante la integración documental que acredita el valor depurado tras el trámite reglado del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. Por lo tanto, es imprescindible fomentar una mayor conciencia y capacitación entre todos los actores del sistema.

Es esencial establecer medidas correctivas frente a las demandas de medios de control ejecutivo, entre otras acciones judiciales, que surgen en relación con las cuentas médicas, así como frente a las reclamaciones en sede administrativa. Se presume que el desconocimiento o la falta de aplicación de la normativa que regula el cobro de estas cuentas no solo genera un desgaste en los procesos administrativos, sino que también tiene un impacto negativo en la calidad y la sostenibilidad económica del servicio de salud en Colombia.

Por ende, es imperativo implementar estrategias efectivas de intervención frente a los cobros realizados con desconocimiento de los resultados de auditoría, pues solo así se podrá

garantizar un músculo financiero del sistema de salud más eficiente y equitativo para atender adecuadamente las necesidades de la población.

El descuido en el cumplimiento estricto de la normativa relacionada con las pautas de auditoría y supervisión del cobro de las cuentas médicas, considerado como un requisito de procedibilidad, disminuye su relevancia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta falta de rigor en el procedimiento no solo compromete la integridad del proceso de cobro, sino que también puede afectar la sostenibilidad financiera del sistema y, en última instancia, la calidad de la atención que reciben los pacientes. Por ello, es esencial reforzar los mecanismos de control y promover una cultura de cumplimiento normativo que garantice la eficacia y la transparencia en la gestión de los recursos.

La permisividad frente a la inobservancia de la validez e implementación del informe de auditoría en el cobro de las cuentas médicas por parte de los proveedores de servicios de salud representa una grave informalidad en el cumplimiento de sus funciones primarias como garantes de la prestación del servicio de salud y de los fines del Estado. Esta falta de atención a la auditoría no solo socava la transparencia y la eficiencia en la gestión de los recursos, sino que también pone en riesgo la calidad de la atención que reciben los pacientes. Por ello, resulta fundamental reforzar los mecanismos de control del cobro y promover una cultura de cumplimiento normativo en este aspecto, asegurando así que los actores actúen en consonancia con los principios que rigen su gestión administrativa.

Por las razones expuestas, se considera pertinente proponer al Congreso de la República, a través del Ministerio de Salud del Estado colombiano, la expedición de una norma que establezca, precise y faculte la obligatoriedad de la observación de los resultados del informe de auditoría para el estudio del cobro, reconocimiento y pago de las cuentas médicas relacionadas con el suministro

de tecnologías en salud. Esta norma debería aplicarse tanto en sede administrativa como mediante los medios de control judicial, exigiendo que, al momento de realizar el cobro, se reconozcan las características de título valor complejo. Es fundamental que la pretensión se centre en el valor determinado en el informe de auditoría y no en el monto de la factura inicial presentada.

De igual manera, se recomienda al Ministerio de Salud revisar la posibilidad de expedir una norma reglamentaria en este sentido, acorde con las facultades que se conceden al Gobierno Nacional para reglamentar el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el cual versa sobre los informes de auditoría. De esta forma, se evitarían posibles daños a los recursos destinados a la salud de la población residente en el territorio nacional.

De esta forma, se evitarían posibles daños a los recursos destinados a la salud de la población residente en el territorio nacional, se garantizaría la coherencia entre el enfoque hermenéutico-jurídico adoptado y la práctica institucional, y se abriría un horizonte para futuras investigaciones que profundicen en la incidencia de la facturación electrónica y los mecanismos únicos de validación RIPS sobre la configuración del título ejecutivo complejo en el SGSSS.

Referencias

- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-. (2021). *Manual operativo y de auditoría para el reconocimiento y pago de servicios de salud y gastos derivados de accidentes de tránsito de vehículos no identificados o sin póliza SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el ministerio de salud y protección social*. <https://tinyurl.com/26w87fhq>
- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-. (2023). Informe de gestión. Capacidad O transparencia Rendición De Cuentas 2023-2024. <https://tinyurl.com/253fu4ac>
- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-. (2025). Acerca de ADRES. <https://tinyurl.com/yn6q6gbo>
- Agudelo Hoyos, M., Álvarez Méndez, W. W., & Buelvas Oliveros, K. G. (2020). *Caracterización de las glosas presentadas a la facturación de los servicios de salud en el Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín, 2019*. [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia]. <https://tinyurl.com/28xqpkt3>
- Alcaldía de Bogotá. (2021). ¿Cuál es la diferencia entre una IPS y una EPS? <https://tinyurl.com/yv7butfl>
- Aljures Lis, Y. A. (2013). *Auditoría de cuentas médicas en una ips pública de nivel i de atención en el departamento de Antioquia*. [Proyecto de grado, Universidad CES]. <https://tinyurl.com/2yrobkza>
- Ámbito Jurídico. (2021). ¿Cuándo se considera que es un título ejecutivo complejo? <https://tinyurl.com/2d9lhgzh>

- Bonilla Camacho, B., y Cepeda Méndez, L. K. (2019). *Calidad de facturación en IPS Clínica San Ignacio Ltda.* [Trabajo de Investigación, Universidad Cooperativa de Colombia].
<https://n9.cl/fkdf5m>
- Botello Gómez, O. (2024). *Análisis sobre los mecanismos de cobranza y recuperación de cartera por parte de los prestadores de servicios de salud: un estudio desde la perspectiva de las empresas sociales del Estado.* [Trabajo de grado, Universidad Externado de Colombia].
<https://tinyurl.com/2dx9npr>
- Bravo Carrasco, J. (2009). Gestión de procesos. *Santiago de Chile: Evolución SA.*
- Consejo de Estado. (31 de enero de 2008). Sección Tercera. Radicación Número: 44401-23-31-000-2007-00067-01(34201). Consejera Ponente: Myriam Guerrero De Escobar.
- Consejo de Estado. (29 de julio de 2013). Sección Tercera. Radicación Número: 20001-23-31-000-2010-00292-01(43011). Consejero Ponente: Ramiro De Jesús Pazos Guerrero.
- Consejo de Estado. (27 noviembre de 2018). Sala de Consulta. Rad. 11001-03-06-000-2018-0093-00. C.P. Edgar Gonzalez López.
- Consejo Superior de la Judicatura. (22 de enero de 2014). Sala Jurisdicción Disciplinaria. Radicación No. 110010102000201303272 00 /2173 C Aprobado Según Acta No. 002. Magistrado Ponente: Doctor José Ovidio Claros Polanco.
- Corte Suprema de Justicia. (30 de abril de 2019). Sala de Casación Laboral, STL6988-2019 Radicación n° 84109, Acta 15. Magistrado Ponente: R. E. Bueno.
- Cordero Gómez, J. E., Gómez González, M., & Torres Bedoya, A. I. (2021). *Auditoría de cuentas médicas enfocado al área de facturación de la IPS OSTEOHEALTH SAS de la ciudad de Montería, Córdoba.* [Trabajo de grado, Universidad de Córdoba].
<https://tinyurl.com/286959mk>

Corte Constitucional. (31 de julio de 2008). *Sentencia T-760/2008*. Referencia: expedientes T-1281247, T-1289660, T-1308199, T-1310408, T-1315769, T-1320406, T-1328235, T-1335279, T-1337845, T-1338650, T-1350500, T-1645295, T-1646086, T-1855547, T-1858995, T-1858999, T-1859088, T-1862038, T-1862046, T-1866944, T-1867317, y T-1867326. Magistrado Ponente: Dr. Manuel José Cepeda Espinosa.

Corte Constitucional. (14 de marzo de 2012). *Sentencia C-197/12*. Referencia: expediente D-8533. Magistrado Ponente: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

Corte Constitucional. (26 de marzo de 2015). *Sentencia T-121/15*. Referencia: Expediente T-4.574.405. Magistrado Ponente: Luis Guillermo Guerrero Pérez.

Decreto 412. (1992). *Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones*. Publicado en el Diario Oficial No. 40.368, del 6 de marzo de 1992.

Decreto 1011. (2006). *Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Publicado en el Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006.

Decreto 1018. (2007). *Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. Publicado en el Diario Oficial 46.586 de 30 de marzo de 2007.

Decreto 4747. (2007). *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones*. Publicado en el Diario Oficial 46835 de diciembre 07 de 2007.

Decreto 806. (1998). *Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social*

en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. Publicado en el Diario Oficial 43291 de mayo 05 de 1998.

Decreto 056. (2015). *Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.* Publicado en el Diario Oficial 49394 de enero 14 de 2015.

Decreto 723. (2021). *Por el cual se modifican el numeral 13 del artículo 1.6.1.4.6., el numeral 7 y el párrafo 3 del artículo 1.6.1.4.12. del Capítulo 4 del Título 1 de la Parte 6 del Libro 1 del Decreto 1625 de 2016, Único Reglamentario en Materia Tributaria.* Publicado en Diario Oficial No. 51.721 del 30 de junio de 2021.

Decreto 441. (2022). *Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.* Publicado en Diario Oficial No. 51990 del 28 de marzo de 2022.

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales. (2022). Concepto unificado No. 0106 del 19 de agosto de 2022. Obligación de facturar y sistema de factura electrónica.
<https://tinyurl.com/28z8ep33>

Escobar Díaz, V. M., Parra Rojas, Ò. F., Gutiérrez Ochoa, J. F., & Gaitán Salas, R. K. (2022). *Análisis de glosas y plan de mejora en un servicio de salud de internación domiciliaria en*

- una IPS de medicina prepagada en Bogotá.* [Monografía, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS)]. <https://tinyurl.com/2crde3ll>
- ESE Carmen Emilia Ospina. (2015). Manual de procedimiento de auditoría de cuentas médicas y cartera. CÓDIGO GF-S2M1. <https://tinyurl.com/23mhhrqv>
- E.S.E. Hospital San Rafael De Fundación. (2018). Manual de procesos facturación y glosas. <https://tinyurl.com/28jflfyx>
- Feria Arteaga, C. M. (2022). *Manual de procedimientos para manejo de glosas en la ESE Camu Santa Teresita Lorica-Córdoba.* [Trabajo de grado, Universidad de Córdoba]. <https://tinyurl.com/28wbnser>
- Fernández Otalvaro, T., Pineda Muriel, S., y Echeverry Arias, V. A. (2020). *Reconocimiento del autocuidado como deber y corresponsabilidad de las personas que contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud.* [Monografía, Universidad CES]. <https://n9.cl/sbshs>
- Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. (2025). *Auditoría Cuentas Médicas para la Red de Prestadores de Servicios de Salud.* CÓDIGO: IN-AU-02. <https://n9.cl/rzrxod>
- Gamboa Andrade, E. J., y Benavides Sánchez, D. D. (2020). *Mejoramiento del proceso de facturación de la “Clínica Santa Sofia del Pacifico Ltda.” usando un enfoque de arquitectura ti.* [Proyecto de grado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia “UNAD”]. <https://n9.cl/n1ctae>
- Gaviria, A. (2023). *La Explosión Controlada.* Editorial Debate.
- González Vallejos, M. (2013). Leyes prácticas y razón pura: acerca del carácter reconstructivo de la moral kantiana. *Alpha (Osorno)*, (36), 201-212. <https://tinyurl.com/233gwxx5>
- Guerrero Dávila, G. (2015). *Metodología de la investigación.* México DF, México: Grupo Editorial Patria.

- Hernández Rivera, J., Torres García, M. F., & Gérez González, E. C. (2018). *Causal de glosa en la facturación por la prestación de servicios de salud en la IPS odontológica Santa María SAS en el primer semestre de 2017*. [Trabajo de grado, Fundación Universitaria del Área Andina]. <https://tinyurl.com/25h5wc9v>
- Hobbes, T. (1651). *Leviatan*. Traducido y publicado por Freeditorial, 2017.
- Instituto Nacional de Contadores Públicos. (2023). DIAN se refirió al documento soporte en adquisiciones a sujetos no obligados a facturar. <https://tinyurl.com/22ykhepx>
- Leuro Martínez, M., & Oviedo Salcedo, I. T. (2017). *Auditoría de cuentas médicas*. Cuarta edición. Ecoe Ediciones.
- Ley 10. (1990). *Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. Publicada en el Diario Oficial No. 39.137 de enero 10 de 1990.
- Ley 100. (1993). *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Publicado en el Diario Oficial. N.41148. 23 de diciembre, 1993.
- Ley 789. (2002). *Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo*. Publicado en el Diario Oficial 45.046 de 27 de Diciembre de 2002.
- Ley 1122. (2007). *Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Publicada en el Diario Oficial 46506 de enero 09 de 2007.
- Ley 1438. (2011). *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Publicado en el Diario Oficial 47957 de Enero 19 de 2011.

- Ley 1562. (2012). *Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional*. Publicada en el Diario Oficial No.48488, a los 11 de julio de 2012.
- Ley estatutaria 1751. (2015). *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Publicado en el Diario Oficial 49427 de febrero 16 de 2015.
- Ley 1966. (2019). *Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*. Publicada en Diario Oficial No. 51.011 de 11 de julio 2019.
- Malagón-Londoño, G., Morera, R. G., & Laverde, G. P. (2003). *Auditoría en Salud. Para una gestión eficiente*. Ed. Médica Panamericana.
- Malagón-Londoño, J. A., Pontón Laverde, L. A., & Reynales Londoño, C. (2014). *Auditoría en salud para una gestión eficiente* (3ª ed.). Ecoe Ediciones.
- Manríquez. (2019). *Nociones de hermenéutica e interpretación jurídica en el contexto mexicano*. UNAM. <https://n9.cl/q32qq>
- Martínez, M. L., & Salcedo, I. T. O. (2016). *Facturación y auditoría de cuentas en salud*. Ecoe Ediciones. <https://tinyurl.com/29mhkdak>
- Martínez Cogollo, L. E. (2020). *Auditoría de cuentas médicas como eje fundamental para el proceso de facturación en salud*. [Monografía, Universidad de Córdoba]. <https://tinyurl.com/2xtrenzw>
- Mendieta González, D., & Jaramillo, C. E. (2019). El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Universal, pero ineficiente: a propósito de los veinticinco años de su creación. *Revista latinoamericana de derecho social*, (29), 201-218. <https://tinyurl.com/27emznrw>

Ministerio de la Protección Social. (2006). *Decreto número 1011 de 2006*. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Publicado en Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006.

Ministerio de la Protección Social. (2008). *Resolución número 003047 de 2008*. Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. Publicado en Diario Oficial No. 47.082 de 15 de agosto de 2008.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. <https://n9.cl/cpo2>

Ministerio de Salud. (1994). *Resolución número 5261 de 1994*. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ministerio de salud. (1997). RESOLUCION NUMERO 5089 DE 1997. <https://tinyurl.com/ypsa6sgv>

Ministerio de Salud. (2009). Anexo Técnico No. 5 Soportes de las facturas. <https://tinyurl.com/27uhnc7f>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Preguntas frecuentes RIPS. <https://tinyurl.com/yrld5mbd>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución número 3100 de 2019*. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. <https://tinyurl.com/2y5elpvr>

Ministerio de Salud. (2025). Plan Obligatorio de Salud -POS-. <https://tinyurl.com/ykfkvs4q>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Estructura del sistema. <https://tinyurl.com/ysozvh5l>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Resolución 510 del 30 de marzo de 2022*. Por la cual se adoptan los campos de datos adicionales para la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud y se establecen disposiciones en cuanto al procedimiento para su generación y radicación. Publicada en Diario Oficial No. 51993 del 31 de marzo de 2022.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023a). *Resolución 2275 de 28 de diciembre de 2023*. Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta -FEV en salud y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023b). *Resolución 2284 de 28 de diciembre de 2023*. Por la cual se establecen los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024a). *Resolución 558 del 24 de marzo de 2024*. Por la cual se modifica la Resolución 2275 de 2023, en relación con la transición prevista para la implementación del RIPS como soporte de la FEV en salud y el inicio de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024b). Solicitud de concepto técnico referente a los términos prescriptivos de las facturas, la pérdida de mérito ejecutivo de estas y las eventuales alternativas que existen para hacer efectiva la obligación de pago. Radicados 202442400566392 y 202442400566. <https://tinyurl.com/2bax5aud>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025a). Régimen contributivo.
<https://tinyurl.com/yquwayqj>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025b). Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado. <https://tinyurl.com/ymhowk3q>

Mora Muñoz, R. A., y Gómez Rondón, N. (2021). *Auditoría Médico Administrativo eficiente como mecanismos efectivos en la disminución de glosas E.S.E Hospital San Vicente de Arauca*. [Proyecto de investigación, Fundación Universitaria del Área Andina].
<https://tinyurl.com/2yxe5ewd>

Ollero Tassara, A. (2006). Derecho positivo y derecho natural, todavía... In *El positivismo jurídico a examen: estudios en homenaje a José Delgado Pinto* (pp. 905-934). Ediciones Universidad de Salamanca. <https://n9.cl/r0cggl>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI*. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C. <https://tinyurl.com/29a9r9p6>

Osorio, G., Sayes, N., Fernández, L., Araya, E., & Poblete, D. (2002). Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Revista médica de Chile*, 130(2), 226-229.
<https://tinyurl.com/27emznrw>

Osorno Pareja, S., & Jiménez Botero, K. (2021). *El rol de la auditoría en cuentas médicas dentro de los procesos de facturación del área administrativa del sector salud en Colombia*. [Propuesta de trabajo de grado, Universidad de Antioquia]. <https://tinyurl.com/2cmgmn2e>

Páez Cañon, D. D. P. (2015). Situación actual de la auditoria médica en colombia. *Universidad Miliar Nueva Granda Facultad de Ciencias Economicas*, 9-18.
<https://tinyurl.com/2b8pl4vb>

- Passos Simancas, E. S., Arias Aragonés, F. J., Batista Castillo, A., Guacará Villalba, W., y Flórez Laiseca, A. M. (2020). Facturación y cuentas médicas en el sector público: información contable en un hospital público. *Panorama Económico*, 28(1), 40-55.
- Proyecto de Ley 339. (2023). *Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", acumulado con los PROYECTOS DE LEY NO. 340 DE 2023 CÁMARA "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud", PROYECTO DE LEY NO. 341 DE 2023 CÁMARA "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el PROYECTO DE LEY NO. 344 DE 2023 CÁMARA "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. <https://tinyurl.com/2axvvu9>
- Quecedo Lecanda, R., Castaño Garrido, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de psicodidáctica*. <https://tinyurl.com/yjre2uc2>
- Restrepo, J. (2007). La calidad en la prestación de los servicios de salud: un imperativo por lograr. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 78-81. <https://tinyurl.com/2be4d5wx>
- Rodríguez Cairo, V. (2021). Principio constitucional de la libre competencia. *Cuestiones constitucionales*, (44), 257-289.
- Sánchez Cote, D. B. (2017). *Cuentas médicas y conciliaciones*. Fundación Universitaria Área Andina. Bogotá, D.C. <https://tinyurl.com/24xn5se5>
- Sandoval, H. (2012). Introducción a la Auditoría. *México: Red tercer milenio*. <https://tinyurl.com/28mjldf>

- Sarmiento Limas, C. A. (2010). Anexo 3.1 comentarios a niveles de complejidad y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. <https://tinyurl.com/ywbupwht>
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2019). *Manual de auditoría y glosas para pagos de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado*. <https://tinyurl.com/22ur2gke>
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2020). *Glosario*. Dirección de Planeación Institucional y Calidad. <https://tinyurl.com/26fvgj7h>
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2025). Régimen Subsidiado. <https://tinyurl.com/yn5mzm8e>
- Secretaría de Salud de Meta. (2023). Procedimiento de Auditoría Cuentas Médicas. CÓDIGO: P-SA-23. <https://n9.cl/btruf>
- Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.. (2016). Vinculado. <https://tinyurl.com/yuyq2e34>
- Superintendencia de Seguridad Social de España. (2025). Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. <https://tinyurl.com/274gv2a9>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2023). INFORME DE GESTIÓN 2022. <https://n9.cl/mx3fc>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2025). Manual de Auditorías. Código ATMN01. <https://n9.cl/7l5fl>
- Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira (16 de junio de 2020). Sala Mixta De Decisión No. 1. Expediente 66001310300420190056801. Acta No. 195 de junio 16 de 2020. Magistrada Ponente: Dra. Claudia María Arcila Ríos.
- Universitat de Valencia. (2005). Tema 5.- Análisis documental. <https://tinyurl.com/y2kffqc7>

- Varela-Ruiz, M., Díaz-Bravo, L., & García-Durán, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en educación médica*, 1(2), 90-95. <https://tinyurl.com/ylr7qx64>
- Veiga de Cabo, J., & Zimmermann Verdejo, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y seguridad del trabajo*, 54(210), 81-88. <https://tinyurl.com/23pf3m3y>

Apéndices

Apéndice 1. *Derecho de petición radicado ante la Secretaría de Salud del Departamento de Santander*

Bucaramanga, 24 de octubre de 2023

Doctor
JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud de Santander

Doctor
LUIS FELIPE TARAZONA VELASQUEZ
Director Desarrollo de Servicios, Inspección Vigilancia y Control
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER

Asunto: Solicitud de autorización para la utilización de formatos e información de aplicación de auditoria en salud de cuentas medicas de la Gobernación de Santander en Trabajo de Investigación Universitario.

Respetados Doctores:

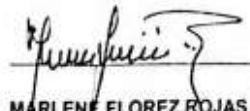
De manera respetuosa, invocando el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y la ley 1755 de 2015, nos dirigimos a usted amablemente en calidad de aspirantes al título de "Magister en Derecho con énfasis en Derecho Administrativo" de la Universidad Santo Tomas de esta ciudad, para solicitarles nos autoricen la utilización de los formatos establecidos por la Secretaria de Salud de Santander y relación de la información, de acuerdo a la auditoria en salud de las cuentas medicas del departamento para ser utilizados en el trabajo de investigación que estamos realizando denominado **"ANÁLISIS DE INCIDENCIA DE LA AUDITORIA SOBRE LAS CUENTAS MÉDICAS, EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD"** en cuanto a los siguientes modelos, formatos y datos para los cuales hemos encontrado útiles referirnos como un modelo a incluir:

- Informe de auditoría inicial
- Informe de conciliación de glosa
- Informe de ratificación de glosa

Por lo anterior, ponemos a su consideración impartir y conceder la aprobación de lo anterior para que los mismos sean incluidos en el texto de nuestro trabajo de grado.

Agradecemos sus buenos oficios y su pronta respuesta

Cordialmente,


MARLENE FLOREZ ROJAS
C.C. 63.290.532
Celular: 3156356692
Correo Electrónico:
m.florez2108@gmail.com


JAIME ALBERTO ARENAS-ARENAS
CC 1.098.779.129
Celular: 3122496368
Correo Electrónico
jaimealbertoarenasarenas2@gmail.com



Radicado 20246308414092

Fecha del documento: Miércoles 16 de octubre de 2024 09:07

Señores:

ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Asunto: Derecho de petición

Tipo de Población:

No aplica

Solicito respetuosamente se suministre mediante un escrito por parte de ustedes los indicadores y caracterización de las glosas en los sistemas de seguramiento subsidiado y contributivo vigencia 2022-2023

Atentamente,

JAIME ALBERTO ARENAS ARENAS

Cedula de Ciudadania 1098779129.

C. Electrónico: jaimealbertoarenasarenas2@gmail.com

Apéndice 3. Autorización de Secretaria de Salud Departamental – Gobernación de Santander

	CARTA	CÓDIGO VERSIÓN FECHA DE APROBACIÓN PÁGINA	AP-MRG-112 15 04/05/2023 1 de 1
---	--------------	--	--

Bucaramanga, 27 de octubre de 2023

Señores:

MARLENE FLOREZ ROJAS

JAIME ALBERTO ARENAS ARENAS

Aspirantes al título de Magister en Derecho

Bucaramanga

Asunto: Solicitud de autorización para la utilización de formatos, datos e información de aplicación de auditoría en salud de cuentas médicas de la Gobernación de Santander en Trabajo de Investigación Universitario.

Respetados doctores,

En atención al derecho de petición presentado ante la Secretaría de Salud del Departamento de Santander, tenemos el gusto de comunicarles que se autoriza formalmente el uso de los formatos, datos e información derivados de la aplicación de auditoría en salud sobre cuentas médicas, para ser incluidos en el trabajo de investigación titulado:

"Análisis de incidencia de la auditoría sobre las cuentas médicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud", desarrollado en la Universidad Santo Tomás.

Esta autorización se concede bajo la condición de que la información proporcionada no está sujeta a reserva legal, y por tanto es aptamente utilizable con fines académicos y de investigación.

Quedamos atentos para brindar cualquier asistencia adicional que necesiten para avanzar en su estudio.

Atentamente,



JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental



Proyecto: Luis Felipe Tarazona Velasquez
Director Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control