

**GENERELADIDADES DE LA FACTURACIÓN EN SALUD Y SUS PROBLEMAS  
EN LA OPERACIÓN.**

**GENERELADITIES OF BILLING IN HEALTH AND ITS PROBLEMS IN THE  
OPERATION.**

**Autor:**

Sara Frehydell Upegui<sup>1</sup>



Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Facultad de Derecho

Carrera de Derecho

Medellín-Antioquia

2020

---

<sup>1</sup> Sara Frehydell Upegui, Colombiana. Bachiller graduada en el año 2013, actualmente en proceso de titulación en el programa de Derecho en la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín Colombia. El presente artículo es producto de la Práctica realizada en la Fundación Hospitalaria San Vicente. Correo electrónico [sara.frehydell@upb.edu.co](mailto:sara.frehydell@upb.edu.co)

**GENERALIDADES DE LA FACTURACIÓN EN SALUD Y SUS PROBLEMAS  
EN LA OPERACIÓN.**

**GENERALITIES OF BILLING IN HEALTH AND ITS PROBLEMS IN THE  
OPERATION.**

**AUTOR:**

Sara Frehydell Upegui

Trabajo de grado para optar al título de Abogada

**ASESOR:**

Carlos Andrés Gómez García

Abogado: Docente interno Escuela de Derecho y Ciencias Políticas

Director de Prácticas

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**

Escuela de Derecho y Ciencias Políticas

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Carrera de Derecho

Medellín-Antioquia

2020

## CONTENIDO

CONTENIDO .....	3
<b>RESUMEN</b> .....	<b>4</b>
Palabras clave.....	4
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>1. FACTURACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD</b> .....	<b>8</b>
1.1 PROCESO HISTÓRICO DE LA FACTURACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA .....	8
1.2 DEFINICIÓN ACTUAL DE FACTURACIÓN EN SALUD EN COLOMBIA.....	12
1.3 PROCEDIMIENTO PARA FACTURAR UN SERVICIO DE SALUD .....	14
1.4 REQUISITOS DE LA FACTURACION EN SALUD .....	16
<b>2 DIFICULTADES QUE SE PRESENTAN DENTRO DEL PROCESO DE FACTURACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD</b> .....	<b>19</b>
<b>3. RECOMENDACIONES AL PROCESO DE FACTURACIÓN EN SALUD</b> .....	<b>23</b>

## RESUMEN

Según el método de estudio deductivo utilizado a la hora de realizar este trabajo y el conocimiento adquirido dentro de la práctica en el Hospital San Vicente Fundación se pudo observar que el sistema de salud es una compleja red de operaciones. Infortunadamente estas operaciones suelen tener procedimientos que tienden a ser desconocidos o ignorados por parte de quienes hacen uso del sistema de salud (usuarios) y los mismos prestadores; una de estas operaciones es la facturación de sus servicios. Esta parte es la encargada del flujo de recursos para su correcto funcionamiento; esto quiere decir que si la operación llegara a fallar, los prestadores del servicio no podrán brindar una debida atención a sus pacientes, lo cual veremos relegado en problemas de salud de los ciudadanos y en una desconfianza hacia el sistema.

El objetivo de este artículo generado a partir de la experiencia de la práctica es poder mostrar el proceso que se utiliza actualmente dentro de la facturación en salud y los reprocesos que se presentan. Basados en el conocimiento que se obtuvo de primera mano gracias al trabajo realizado dentro del sistema de salud, salió a relucir que el problema radica en la falta de recursos que tienen las EPS para hacer los pagos respectivos a las IPS, y estas a su vez poder brindar el debido servicio en salud a los colombianos.

Palabras clave: Sistema de salud, facturación, reprocesos, requisitos en la facturación de salud, recursos.

**ABSTRACT**

The health system contains a complex network of operations and procedures. Because of this complex network, health system users ignore or are ignorant to procedures. Billing for services, one of such procedures, requires reevaluation. Service providers can not provide care for their patients if the operation fails to effectively enact their procedures. Failure to enact procedures creates a general distrust with patients of the health system, exacerbating untreated health issues.

The objective of this work is to communicate the current billing process. According to the health system, EPS lacks the resources to pay the IPS and ensure health services for Colombians.

KeyWords: Health system, billing, reprocessing, requirements, resources.

## INTRODUCCIÓN

En el contexto colombiano la salud es un derecho fundamental y autónomo al cual todos debemos tener la posibilidad de acceder sin importar el estrato social, raza o género; adicional a esto, el Estado debe ofrecer las condiciones óptimas y recursos para que las instituciones aseguradoras y prestadoras del servicio puedan operar y cubrir a la población. Siguiendo las normas en la constitución y leyes pertinentes a la salud no deberían existir obstáculos para que los usuarios puedan acceder a su derecho de una manera libre; infortunadamente la realidad que se vive actualmente dentro del país está completamente alejada de este presupuesto.

Según la revista *CEOWorld Magazine*, basada en un estudio realizado en el año 2019, donde 89 países fueron observados y estudiados midiendo infraestructuras, personal de salud, presupuesto para la salud en los gobiernos, entre otros, se obtuvo un ranking de los mejores sistemas de salud en el mundo, en el que Colombia ocupó el puesto 35; con lo cual se observa que se está en un puesto medio inclinándose más a tener un buen sistema de salud que uno ineficiente.

Actualmente en Colombia el 96.33% de la población tiene asegurado su derecho a la salud, pero a la fecha en el país existen millones de quejas, reclamos y tutelas relacionados con este sector, debido a que la mayoría de usuarios se topan con obstáculos a la hora de acceder al servicio o no lo reciben. Es por ello que surge una serie de interrogantes enmarcados en el problema del sistema de salud en el país.

Inicialmente las falencias son por muchos factores y se encuentran desde la misma prestación del servicio, la normatividad que lo rige, las operaciones internas dentro de las instituciones y la falta de recursos para éstas. Se podría decir que

este último factor es el más polémico y se puede evidenciar con las EPS<sup>2</sup> que se crean y se liquidan constantemente y en lo saturado que se encuentra el sistema judicial con proceso de cobros jurídicos entre las EPS, IPS<sup>3</sup> y el Estado. Todo esto se hace aún más evidente cuando se tiene la oportunidad de trabajar dentro del área jurídica de una IPS, en la cual diariamente se tienen casos donde se recurre al cobro jurídico de facturas expedidas a las EPS o a los entes territoriales, debido al incumpliendo en el pago de estas, al mal procedimiento de facturación o a los reprocesos generados por las entidades obligadas a pagar. Esto es lo que genera la falta de recursos de las IPS.

Este artículo se propone explicar ciertas generalidades de la facturación en salud; su procedimiento, sus normas y los problemas por los que actualmente están pasando las entidades prestadoras de la salud al momento de hacer el recobro de la facturación; desencadenando un reproceso e ineficiencia en el sistema de salud.

---

<sup>2</sup> Siglas para las entidades prestadoras de salud.

<sup>3</sup> Siglas para las instituciones prestadoras de salud.

## **1. FACTURACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD**

La definición general de facturación dentro del sistema de salud se puede entender de dos maneras; la primera como la recopilación de los servicios prestados a un usuario para cuantificarlos en dinero, y la segunda como la actividad que permite el flujo de efectivo dentro de una entidad de salud para su correcto funcionamiento.

El objetivo general del proceso de facturación en el área de la salud está bien definido por Mauricio Leuro Martínez e Irsa Tatiana Oviedo Salcedo (2016), de la siguiente manera:

Facturar las actividades y procedimientos realizados a cada paciente en la IPS, tomando en cuenta los suministros y medicamentos utilizados en cada uno de los servicios. Informar los ingresos con los cuales se financiará la institución y enviar la información necesaria para las diferentes áreas de la misma: Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Compañías Aseguradoras, Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), etc., colaborando de esta forma a la supervivencia, crecimiento y rentabilidad de la IPS. (p.16)

### **1.1 PROCESO HISTÓRICO DE LA FACTURACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA**



Históricamente podemos decir que antes de la constitución de 1991 y hasta la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993, el servicio de salud en Colombia no tenía los principios que hoy lo rigen, como son: universalidad, solidaridad y eficiencia. Como bien lo plantea el CRES<sup>4</sup> (2010):

La falta de solidaridad se generaba en las enormes diferencias de recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales con necesidades de salud diversas, a través de múltiples entidades exclusivas y excluyentes además de obligantes, sin canales financieros que permitieran la ayuda mutua entre los afiliados y mucho menos de ellos hacia los más pobres que se quedaban por fuera de cualquier subsistema. Finalmente, el sistema resultaba ineficiente por su organización institucional, por los pobres resultados observados en comparación con el gasto total del sector y por la creciente insatisfacción de los usuarios (p.8) <sup>5</sup>

Pero esto cambió con la entrada en vigencia de la Constitución del 91, y con las transformaciones drásticas que se dieron en los aspectos económicos, sociales y políticos. Gracias a esto en su artículo 49 podemos ver reflejado en quién recae la principal responsabilidad de brindar los servicios de salud: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”.

Adicionalmente en la sentencia C-675, 2008, rectifica esta responsabilidad en cabeza del estado:

La Constitución le impone al legislador adoptar todas las medidas que resulten conducentes para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud. En este sentido, la norma hace parte de una ley que introduce una reforma más estructural al sector salud, con el objetivo de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios del sistema. Este no es sólo un

---

<sup>4</sup> Comisión de Regulación en Salud

<sup>5</sup> Si se quiere profundizar en los antecedentes del sistema general de seguridad social en salud se recomienda leer “LA REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”. Tomo 1: Antecedentes y Resultados, Ministerio de Salud, editorial Carrera Séptima Ltda., Santafé de Bogotá, Primera Edición, 1994.

motivo suficiente para que el estado intervenga, sino que es un fin del Estado y una obligación en el ámbito de la salud. En consecuencia, la finalidad de la disposición no sólo es legítima, sino que resulta acorde con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad consagrados en la Carta y con la protección del derecho a la salud, y la medida resulta idónea para alcanzar la finalidad perseguida, lograr el adecuado flujo de los recursos de las EPS a las IPS de forma tal que éstas cuenten con los recursos para poder prestar adecuadamente los servicios a su cargo, y finalmente, la medida es proporcional según los parámetros definidos por la Corte Constitucional ya que se trata de una medida que efectivamente protege los derechos de los usuarios, al garantizar un flujo continuo de recursos para los prestadores de servicios de salud, sin afectar excesivamente la libertad económica de las Entidades Promotoras de Salud.

Se entiende que el Estado es el que permite brindar el servicio de salud a los ciudadanos; pero no tiene el 100% de responsabilidad de pagar por ellos, debido a que no todos los ciudadanos tienen la misma capacidad económica, y es por esto que los aportes tienen porcentajes diferentes. Debido a este cambio de constitución se identificó la necesidad de una regulación diferente en el sector de la salud, con lo cual en el año 1993 se crea la ley 100. Al crearse esta ley se implementan los principios que direccionan el sistema general de la salud, los diferentes regímenes, porcentajes de financiación para la salud y la figura de la descentralización de las instituciones de salud pública, entre otros. De igual manera y para el tema de sostenibilidad de este sistema surgió la necesidad de crear procesos como lo son la facturación, la gestión de cartera y la auditoría de cuentas médicas.

Para lo pertinente en esta exposición, cabe resaltar dos principios del SGSSS<sup>6</sup> de la ley 100, expresados en el artículo 153 en los numerales 6 y 7:

Numeral 6, Enfoque diferencial: El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

Numeral 7 Equidad: El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

Debido a estos principios y al reconocimiento por parte del gobierno de crear diferentes aportes en el SGSSS, se crean los regímenes contributivo y subsidiado explicados a lo largo de la ley 100, pero que de forma concreta se resumen de la siguiente manera:

- Régimen contributivo: Pertenecen todos los trabajadores que aportan una parte de su salario para tener cobertura en salud, ellos y sus familiares.
- Régimen subsidiado: Acoge aquellas personas que no pueden costear su afiliación a salud y necesitan de un subsidio por parte del gobierno.

Todo este cambio estructural en el sistema de salud derivó en otros conflictos que no existían. Como lo expresan Leuro Martínez y Oviedo Salcedo:

Como se puede observar, el cambio de sistema de salud obliga al cambio de las instituciones para su subsistencia financiera. Empezamos a trabajar

---

<sup>6</sup> Sigla para Sistema general de seguridad social en salud

en la creación e implementación de un proceso mediante el cual cada IPS pudiera vender los servicios que presta. A partir de ahí se empieza con la problemática de este proceso, en el cual se involucran tarifas, contratos, auditorías, glosas, objeciones, cuentas, pagos, deudas, lo que hoy está tan de moda y se conoce con el nombre de cartera en salud, etc. Nuevos conceptos que al parecer desencadenaron la conocida y mencionada crisis financiera del sector de la salud y de los cuales todavía no hay claridad de su significado desde la perspectiva de las IPS, a pesar de los veintidós años cumplidos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se abusa de ellos desde las entidades aseguradoras, administradoras y entes territoriales responsables de los pagos. (2016, p.13)

## **1.2 DEFINICIÓN ACTUAL DE FACTURACIÓN EN SALUD EN COLOMBIA**

Debido a todos los cambios estructurales en el sistema se vio la necesidad de expedir el decreto 3047 de 2008, del Ministerio de Salud, que en su anexo número 5 trae una definición de factura en salud;

Una factura es aquel documento por medio del cual se representan los soportes legales de un cobro realizado por un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de dichos servicios, por la venta de bienes o por el suministro o prestación del servicio, estas deben contar con los requisitos exigidos por la DIAN.

Debido a esto es que el Consejo de Estado ha calificado a este tipo de facturas en salud como títulos valores, por ello para que sean válidas debe reunir los requisitos que les sean otorgados por la ley para las facturas que estaban

regladas antes, concretamente en los artículos 621 y 774 del código de comercio y en el artículo 617 del estatuto tributario.

Según el Concepto 178001 del 10 de junio de 2009 emitido por el Ministerio de salud y Protección Social,

La Ley 1231 de 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”, hace referencia a un comprador o beneficiario del servicio y a un vendedor o prestador del servicio, en algunos de sus apartes hace alusión a “el obligado”. En la relación que se establece en el sector salud el beneficiario del servicio es el afiliado y no la entidad obligada a asumir el pago por la prestación del servicio (EPS o Entidad Territorial, entre otros) Dentro del sistema de seguridad social en salud, implementado a raíz de la expedición de la Ley 100 de 1993, la Institución Prestadora de Servicios de Salud no está facultada para librar y entregar o remitir al beneficiario del servicio en este caso el paciente, la factura de que trata la Ley 1231 de 2008 en los términos allí definidos. La misma debe ser librada y entregada o remitida a la entidad obligada al pago (EPS o Entidad Territorial, entre otros) quien es la única que debe aceptarla de manera expresa, precisión que no establece la Ley 1231 por cuanto esta aceptación se radica en el beneficiario del servicio (...). (Concepto #178001 de 2009)

Por su parte la ley 100 de 1993 no trae un artículo en específico definiendo o regulando la facturación en salud, el único referente que tiene es en su artículo 225 “Información Requerida. Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad (...)”

Por lo tanto, se debe tener como definiciones de facturación en salud lo que ha dicho el ministerio en sus conceptos, que están basados en el derecho comercial pero adaptado al sistema de salud.

### **1.3 PROCEDIMIENTO PARA FACTURAR UN SERVICIO DE SALUD**

Basados en la anterior información y para tener en cuenta a lo largo del trabajo, es necesario explicar lo siguiente:

- Las EPS se financian de dos formas; lo que pagan los afiliados y lo que las entidades territoriales y nacionales deben aportar.
- La UPC significa Unidad de pago por capitación, valor anual que pagan los cotizantes dependientes e independientes por ellos mismos y sus beneficiarios, por su afiliación al sistema de salud.

En síntesis, el proceso de la facturación de salud funciona de la siguiente manera: una persona se afilia a una EPS en un régimen, atendiendo a su capacidad económica, la cual le cobrará determinada cantidad de dinero y se le indicarán los servicios de salud que cubre su plan y cuáles debe pagar individualmente. Luego se le dará un directorio de IPS para que el afiliado sepa los lugares a los cuales puede acudir en caso de necesitar atención. Cuando la persona va a una IPS y es atendida se genera inmediatamente una recopilación de esos servicios que están previamente costeados, y se pueden generar 2 facturas: la que paga el usuario y la que va para la EPS. Según acuerdo previo entre las entidades prestadoras de salud, las IPS entregan las facturas generadas con cargo a las EPS cumpliendo ciertos requisitos exigidos por la ley para que la entidad obligada a pagar (EPS)

cumpla en el tiempo establecido, y así la IPS tenga un flujo de caja y pueda pagar su nómina, mejorar infraestructura, comprar medicamentos, etc.; todo con el fin de poder brindar el servicio en salud.

La pregunta que surge a continuación es ¿de dónde se obtienen los recursos del sistema general de salud? La respuesta a esto de una forma clara y entendible la explica la revista SCIELO en su artículo *Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas*:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia fue creado en el año de 1993 (Ley 100). Es un sistema de salud de competencia regulada, basado en la mezcla pública-privada y mercado-regulación, cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado. (...) El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), se encarga de reconocer el pago a las EPS, según el número de afiliados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y trasladar recursos fiscales para el régimen subsidiado.” (Calderón, Botero, Bolaños, & Martínez, 2010)

Si las instituciones de salud recibieran y administraran los recursos de una forma eficiente, no existirían los problemas para brindar una óptima calidad en los servicios de salud, ni la falta de personal y medicamentos, ni la falta de atención a los usuarios<sup>7</sup>.

Ahora bien, según el SISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social), para el 31 de agosto de 2020 el total de colombianos en el sistema de salud era de 48.929.975 afiliados: 24.197.577 del régimen subsidiado, 22.622.358

---

<sup>7</sup> Dejando un lado la corrupción que existe internamente en dichas instituciones para la administración de los recursos, este artículo se enfoca en el problema de la recepción de dichos recursos.

del régimen contributivo y 2.110.040 del régimen de excepción. Lo anterior permite identificar que el régimen subsidiado cubre la mayor parte de los ciudadanos, por lo tanto, es de este régimen que se obtienen más recursos provenientes principalmente del Estado, y que sin ellos se formaría una brecha enorme en el flujo de caja de las instituciones de salud para su correcto funcionamiento.

#### **1.4 REQUISITOS DE LA FACTURACION EN SALUD**

El Ministerio de la Protección Social en el concepto número 178001 del 10 de junio de 2009 hizo un resumen general de las leyes que regulan la facturación en salud;

- La Ley 1122 de 2007, la cual regula las relaciones que existen entre los responsables del pago y los prestadores del servicio de salud.
- El Decreto 4747 de 2007, regula los aspectos de las relaciones entre los prestadores del servicio de salud y la entidad responsable del pago, da otras disposiciones como:
  - Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.
- En el 2008 se expide la resolución 3047 del Ministerio de Salud “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”. En su artículo 12:

Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución.

Este anexo técnico N° 5 contiene un listado taxativo de los requisitos de los soportes para la facturación en salud en los diferentes eventos.<sup>8</sup>

En 2019 se expide el plan nacional de desarrollo del gobierno del presidente Iván Duque y entra en vigencia la ley 1955 de 2019. El Ministerio de Salud expuso en el concepto con Radicado No.: 202034201248571 del 2020 lo siguiente;

Se precisa que el Plan de Desarrollo Nacional “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” Ley 1955 de 2019 en su artículo 231 centraliza la competencia en materia de la gestión de lo NO UPC, es decir, que a partir del 1 de enero de 2020 la financiación, verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC se realiza a través de Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), no obstante, los departamentos y distritos siguen siendo responsables de la gestión de lo NO UPC prestado hasta el 31 diciembre de 2019.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución No.094 del 28 de enero de 2020, “por la cual se imparten los lineamientos para reconocimiento de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, por parte de ADRES”, en donde se establecen los mecanismos de reconocimiento y pago de estos servicios, en la cual se precisa que es la

---

<sup>8</sup> Si se desea consultar este anexo se puede hacer en la página 25 del siguiente link:  
[http://www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion\\_3047\\_2008.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf)

ADRES la responsable de la definición de los procesos de verificación, control, reconocimiento, liquidación y giro, de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado. En este contexto, la ADRES con fecha 10 de febrero de 2020 expidió la Resolución número 388 “por la cual se establece el procedimiento de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, por parte de la ADRES, que hayan sido prestados a los afiliados al Régimen Subsidiado a partir del 1 de enero de 2020 y hasta la entrada en operación del mecanismo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019”, la cual aplica hasta la entrada en operación del mecanismo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019.

Teniendo en cuenta lo anterior, se indica, que los procesos de cobro/recobro para el régimen subsidiado y contributivo de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, se rigen por los lineamientos definidos por la ADRES, para el reconocimiento verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, a través de las Circulares No. 008, 009 y 010 de febrero 28 de 2019. (Respuestas RADS a la Fundación Hospital San Vicente de Paúl, 2020)

Por lo tanto, se entiende que los requisitos taxativos de los soportes y presentación de la facturación en salud están en la resolución 3047 en su anexo técnico número 5, los decretos que lo han reformado y en las circulares de la ADRES que ha expedido durante el proceso de reorganización que trajo consigo la ley 1955 de 2019; sin embargo, estas circulares están basadas en la resolución y en su anexo, así como lo indica el concepto del Ministerio mencionado anteriormente y que lo expresa de la siguiente forma:

Con respecto a la presentación de cuentas, se aclara que el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido de manera general los requisitos y términos que se deben tener en cuenta para los procesos de verificación, control y reconocimiento de las cuentas de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, para el caso específico de la facturación se reitera lo indicado en numeral 3 de la Circular Externa 046 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social con lo concernientes a los soportes que acompañan la factura “Se radicarán todos los que el obligado a facturar considere indispensables, atendiendo lo establecido en el acuerdo de voluntades, la Resolución 3047 de 2008, modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012 expedidas por este Ministerio. El adquirente (entidad pagadora) no exigirá soportes adicionales a los definidos en dichas disposiciones. (Respuestas RADS a la Fundación Hospital San Vicente de Paúl, 2020)

## **2 DIFICULTADES QUE SE PRESENTAN DENTRO DEL PROCESO DE FACTURACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD.**

Actualmente cuando una IPS factura un servicio de salud no financiado por la UPC a una EPS debe pasar por las áreas de facturación de cada una de estas instituciones para que cumplan y verifiquen los requisitos anteriormente mencionados. Lo que se ha evidenciado referente a las falencias que se tienen en este proceso es la falta de conocimientos básicos de la normatividad referente a la

facturación de salud y a su aplicación por parte del personal y el reproceso que generan las objeciones y glosas.<sup>9</sup>

Respecto a la falta de conocimiento por parte del personal en el área de facturación, esto se debe a muchos factores que cada IPS y EPS manejan en cuanto a su capacitación, contratación y la exagerada carga de trabajo que se tiene.



Imagen obtenida del documento *Facturación y auditoría en cuentas de Salud*.

Respecto al reproceso que implican las excesivas glosas y objeciones que presentan las EPS al momento de objetar los requisitos o imponer más de los que las facturas traen, la pregunta que nos surge es: ¿tienen las EPS la facultad para adicionar o modificar los requisitos de la facturación? El Ministerio de Salud respondió a esta pregunta;

<sup>9</sup> Una glosa es la No conformidad que afecta de manera parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud.

Las EPS no pueden adicionar operaciones, campos, variables o conjuntos de datos al contenido de la factura normado por el decreto 358 del 5 de marzo de 2020 y en la resolución 0042 del 5 de mayo de 2020.

Ahora frente a los soportes que acompañan el cobro de dicha factura, estos están normados por la resolución 3047 y 4331, si se consideran soportes adicionales estos deben ser acordados entre las partes y deben ir alineados con el Artículo 19 seguimiento, control y monitoreo de los recursos de la resolución 205 del 17 de febrero de 2020. (Respuestas RADS a la Fundación Hospital San Vicente de Paúl, 2020)

Si las EPS no se pueden extralimitar y el Ministerio ya ha dejado en claro cuáles son las normas a seguir para la facturación, ¿Cuál es el problema recurrente? ¿Por qué se siguen encontrando procesos de cobro jurídico a las EPS por parte de las IPS por glosas en la facturación?

La respuesta es tiempo, las EPS buscan tener tiempo suficiente para que la Nación desembolse las deudas históricas y millonarias que tienen con las EPS, y así mismo estas tener el capital y flujo de caja para pagar las facturas generadas por las IPS. Cabe aclarar que no todas las IPS cumplen con los requisitos y en cierto porcentaje la mala facturación desde el inicio provoca los reprocesos; pero la mayoría de casos en los cuales se ven involucradas las IPS y EPS en los juzgados es por el cobro de facturas antiguas que se perdieron en el sistema o que se devolvieron por el no cumplimiento de requisitos impuestos por las EPS que no debían exigirse. Hay que tener en cuenta la magnitud de trabajo y facturas que producen las IPS diariamente, que hasta hace poco eran físicas y no digitales; el tiempo en que se demoran las EPS para glosar una factura o los requisitos extralegales que estas imponen y que generan un reproceso debido a que las facturas deben pasar de un área a otra buscando soluciones.



Imagen obtenida del documento *Facturación y auditoría de cuentas de salud*.

Ese tiempo que las EPS buscan ganar es debido a la histórica deuda que el Estado colombiano tiene con el sector salud de más de 7 billones de pesos, lo que traduce en un círculo interminable de deudas, reprocesos, IPS y EPS en liquidación, poca cobertura, inconformidad por parte del personal en salud y de los usuarios, etc., que culmina con la no prestación oportuna del servicio en salud.

Desde el 2018 el presidente Iván Duque, dentro de su plan nacional de desarrollo, incluyó en los artículos 237 y 238 un plan para el saneamiento de deudas históricas del país con el sector salud, se llama acuerdo de punto final, respecto a las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC de ambos regímenes. Con el fin de garantizar el financiamiento y funcionamiento del sector salud y darle mayor liquidez, se le adjudicó a la ADRES el proceso de auditoría y pago de alrededor de \$5.2 billones para el régimen contributivo, y a la Nación, junto con los entes territoriales, la deuda del régimen subsidiado de aproximadamente \$1.5 billones. El gobierno junto con el Ministerio de Salud, la ADRES y entidades territoriales establecieron los requisitos para que las IPS y EPS presentaran las facturas y sus deudas históricas en un periodo de tiempo para su respectiva auditoría y calificación. Desde el 2020 se iniciaron con los pagos a diferentes entidades para el saneamiento de las deudas; junto con estos pagos también vienen reformas al

control de gastos, UPC y nuevas formas de facturar los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC, que facilitarán el reconocimiento de las deudas a tiempo evitando la intermediación entre el pagador (el Estado) y la entidad solicitante (EPS o IPS).

### **3. RECOMENDACIONES AL PROCESO DE FACTURACIÓN EN SALUD**

Las medidas como el acuerdo de punto final, la centralización del pago de los recursos en un solo ente responsable que esté bien supervisado y el conocimiento sobre las normas que rigen este sistema y sus operaciones son la clave para tener un sistema de salud eficiente. Dicho esto, las recomendaciones para mejorar el proceso de facturación es hacer a las entidades prestadoras de la salud, una parte activa y escuchada en las decisiones que se toman al respecto de la regulación de este sistema. Tanto las EPS como las IPS son las partes activas en el proceso de facturación y son estas las que deben tener una voz efectiva en el trabajo de reglamentar estas operaciones; adicionalmente tienen la capacidad de aportar ideas para su mejoramiento y efectividad.

Actualmente existen comisiones, juristas y semilleros de investigación donde estos temas son estudiados a profundidad; estos deberían ser parte del estudio del congreso al momento de expedir las leyes referentes a estos temas, pues les serian de ayuda y soporte para expedir leyes eficientes que busquen soluciones en vez de crear problemas.

## **CONCLUSIONES**

El sistema de salud es fundamental para que cualquier sociedad funcione, es parte del círculo de producción y prosperidad de una civilización debido a la necesidad de que los ciudadanos tengan salud para trabajar, tener una vida prospera y así producir y adquirir bienes y servicios con lo que mueven el flujo de la economía. Por esto es que el sistema de salud hace parte de ese círculo que permite que una sociedad avance, se modernice y pueda sobrevivir.

El funcionamiento de este sistema de salud en Colombia es una compleja red de operaciones pequeñas con detalles muy específicos a seguir para que todo funcione; cada pequeño detalle está reglado por normas, decretos, resoluciones y circulares que se pueden encontrar en las páginas oficiales de los Ministerios o la ADRES. Una de esas operaciones que permite que el sistema se mantenga a flote es la debida facturación de sus servicios, pues es gracias a esta que se evidencia y se permite el recaudo de los recursos necesarios para que funcione. Las reglas para la facturación están en constante cambio para facilitar y volver eficiente el sistema; pero sin los debidos recursos por parte del gobierno y la mala administración por parte de las entidades, esta compleja red no va a cumplir con



su objetivo principal que es velar por la salud de los ciudadanos, algo que directamente nos afecta a todos.

Colombia es una sociedad marcada por mucha corrupción y una evidente falta de atención por parte del Estado. Una de las formas en que se ve reflejado esto es en la falta de recursos que tiene la salud; no obstante, los cambios empiezan reconociendo las falencias, aceptando los errores y buscando soluciones. El acuerdo de punto final es una de esas soluciones que se están ejecutando para el beneficio de todos los ciudadanos y de este sistema, aunque muchos errores continúan y se seguirán cometiendo si no se busca una solución integral para los problemas más arraigados en el sistema de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

Boletín jurídico No.11, Ministerio De La Protección Social (2014).

Calderón, C. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., & Martínez, R. R. (2010). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *SCIELO*.

CEOWorld Magazine. (s.f.). *CEOWorld Magazine*. Obtenido de <https://ceoworld.biz/2019/08/05/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2019/>

Concepto #178001 de 2009 (Ministerio De La Protección Social).

Congreso. (23 de Diciembre de 1993). ley 100 de 1993. Bogotá D,C.

Constitución política de 1991, A. (1991)

CRES, c. d. (2010). *EVOLUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y RECOMENDACIONES PARA SU MEJORAMIENTO*. Bogota.

Decreto 4747 de 2007 (Ministerio De La Protección Social 7 de Diciembre de 2007). Obtenido de

<https://cijuf.org.co/conceptosminproteccion/2009/junio/c178001.html#:~:text=Se%20garantiza%20a%20todas%20las,de%20eficiencia%20universalidad%20y%20solidaridad.>

Facturación en salud. (s.f)

Obtenidode<https://es.slideshare.net/CarlosUseche68/facturacion-en-salud>

Ley 100 1993, L. 1. (s.f.). *Secretaría del Senado*. (Congreso De La República De Colombia) Recuperado el Noviembre de 2020, de

[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)

Minisalud. (s.f.). Obtenido de

[https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC\\_S.aspx#:~:text=La%20Unidad%20de%20pago%20por%20capitaci%C3%B3n%20\(UPC\)%20es%20el%20valor,los%20reg%C3%ADmenes%20contributivo%20y%20subsidiado.](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.aspx#:~:text=La%20Unidad%20de%20pago%20por%20capitaci%C3%B3n%20(UPC)%20es%20el%20valor,los%20reg%C3%ADmenes%20contributivo%20y%20subsidiado.)

Minisalud. (s.f.). *Minisalud*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Mauricio Leuro Martínez, Irsa Tatiana Oviedo Salcedo. (2016). Facturación y auditoría en cuentas de Salud. Recuperado el Noviembre de 2020, de Ecoediciones: <https://www.ecoediciones.com/wp-content/uploads/2016/02/Facturaci%C3%B3n-auditor%C3%ADa-de-cuentas-en-salud.pdf>

Respuestas RADS a la Fundación Hospital San Vicente de Paúl, 202034201248571 (Ministerio de salud y proteccion social 14 de agosto de 2020).

Salud, O. M. (s.f.). Obtenido de

[https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

Sentencia C-675 (Corte Constitucional 2 de Julio de 2008).

SISPRO. (s.f.). Obtenido de <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>

SOCIAL, M. D. (2008). Decreto 3047 de 2008. Obtenido de Minsalud:

[https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20T%C3%A9cnico%20No%205\\_3047\\_08.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20T%C3%A9cnico%20No%205_3047_08.pdf)