

Facturas de venta de servicios de salud sin soporte contractual como título valor en Colombia.

Jorge Iván Cuartas Ramírez<sup>1</sup>

### Resumen

En el presente documento denominado “*Facturas de venta de servicios de salud sin soporte contractual como título valor en Colombia*”, se pretenderá dejar en evidencia las dificultades que soportan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en adelante las IPS, en el marco del cobro judicial de estos servicios que prestan a los afiliados de las diferentes Entidades Responsables de Pago en adelante ERP, pues ante la existencia de vacíos legales, antinomias y dificultades en la interpretación holística y sistemática de la normatividad comercial y especial de salud, se generan interpretaciones y posiciones abiertamente contrarias lo que a su vez conlleva a la inseguridad jurídica y consecuentemente a la afectación del flujo de los recursos destinados para ello, pues los mismos no terminan llegando a sus destinatarios finales.

Lo anterior llevará a evidenciar como resultados, el impacto fáctico que los mismos causan en el debido flujo de los recursos propios del sector salud lo cual en última instancia termina repercutiendo y afectando los principios esenciales de la debida prestación de los servicios de salud a los usuarios del mismo como lo son entre otros la oportunidad, la calidad y la integralidad.

**Palabras Clave:** Sistema de salud en Colombia, Flujo de los recursos del sector salud en Colombia, tramite de glosas y devoluciones, art 57 ley 1438 de 2011.

### Abstract

---

<sup>1</sup>Profesional Jurídico Master Asmet Salud EPS. Abogado egresado de la Universidad de Manizales. Estudiante segundo semestre especialización en seguridad social integral Universidad de Manizales. Jorge.cuartas.r@gmail.com

In this document called "Vicissitudes of the executive collection of sales invoices for health services in Colombia", it will be tried to show the difficulties that the Institutions that provide Health Services, henceforth, the IPS, undergo, within the framework of the judicial collection of These services that they provide to the affiliates of the different Entities Responsible for Payment, henceforth ERP, because in the face of the existence of legal gaps, antinomies and difficulties in the holistic and systematic interpretation of commercial and special health regulations, openly contrary interpretations and positions are generated. which in turn leads to legal uncertainty and the impact on the flow of resources allocated for this, since they do not end up reaching their legal recipients, the foregoing will be developed through a qualitative investigation of inductive typology and with a descriptive approach.

The above will lead us to show as results, the factual impact that they cause in the due flow of the health sector's own resources, which ultimately ends up having repercussions and affecting the essential principles of the proper provision of health services to the users of the same such as opportunity, quality and comprehensiveness among others.

Key Words: Health system in Colombia, Flow of resources in the health sector in Colombia, processing of glosses and returns, art 57 law 1438 of 2011.

## **Introducción**

Uno de las mayores dificultades que ha presentado el sector salud en Colombia, ha sido la falta de efectividad en el flujo de los recursos propios de este, en términos más sencillos, el capital económico dispuesto para este sector, no está llegando a sus destinatarios finales, esto es, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean estas de naturaleza pública, privada o mixta.

Existe un universo de factores que generan dificultades en el flujo de los recursos del sector, y que se originan dentro del proceso judicial ejecutivo de cobro propio de la acción cambiaria al que se ven forzados a acudir los prestadores para procurar la recuperación de las erogaciones en que han incurrido en la prestación de cada uno de esos servicios y los cuales las entidades aseguradoras se niegan a reconocer o en otros casos, pese a reconocerlos no son efectivamente cancelados.

El presente escrito pretenderá dejar en evidencia solo uno de estos factores, para lo cual será menester en principio y muy brevemente evidenciar el contexto y rápidamente centrar la atención en estudiar los sub procesos asociados a este trámite judicial que se surte en el proceso del cobro que adelantan los prestadores de estos servicios ante las diferentes entidades responsables del pago, analizando su regulación legal, sus características y las problemáticas que surgen al momento de su aplicación por los diferentes actores del sector.

Este estudio tal y como se advirtió, se centrará entonces en solo uno de los distintos procesos que tienen incidencia directa en el flujo de los recursos del sector salud, en concreto se hablará de la procedencia de la acción cambiaria directa cuando a través de esta vía se pretenden ejecutar facturas de venta de servicios de salud sin soporte contractual.

### **Justificación**

El desarrollo del presente trabajo es novedoso bajo el entendido de que si bien es cierto que en muchos de los repositorios dispuestos a nivel nacional se ha tratado el tema del flujo de los recursos del sector salud, ninguno se ha realizado bajo el enfoque concreto de este estudio, es decir bajo el enfoque de las dificultades y las consecuencias negativas que genera la regulación legal dispuesta para este trámite judicial ejecutivo en su aplicación, la cual obviamente podrá ser objeto de críticas y debate intelectual las cuales serán de muy buen recibo, pues lo cierto es que de esta manera es que realmente se construye ciencia y conocimiento.

En cuanto a la aplicabilidad de lo que aquí se desarrolla, no puede entonces ser otra distinta a la meramente orientadora, porque como se podrá evidenciar al finalizar la lectura del presente escrito, el mismo se desarrolla a partir de las interpretaciones legales y/o jurisprudenciales que se consideran las más acertadas desde un punto de vista holístico y sistemático del sector, pero que no por ello otras interpretaciones distintas resulten ser necesariamente invalidas o desprovistas de fundamento legal y este es principalmente su fin, generar discusión y generar ciencia a partir de las diferentes posturas e interpretaciones que surjan de la lectura juiciosa de este trabajo investigativo, el cual claramente se espera que sea de su mayor agrado.

El actual sistema de salud Colombiano que se encuentra regulado desde la Ley 100 de 1993, si bien es cierto ha contribuido con la universalización del aseguramiento y de cierta manera con la mejora en la prestación de los servicios de salud a los cuales se debe, también es cierto que dista mucho de un sistema que cumpla como debe de ser con los criterios o principios mínimos que se esperan del mismo y que están plasmados entre otros en el artículo 6° de la Ley estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015, por medio de la cual se reguló el derecho fundamental a la salud, tales como lo son la universalidad, el principio pro homine, la equidad, la continuidad, la oportunidad, la prevalencia de derechos, la progresividad del derecho, la libre elección, la sostenibilidad, la solidaridad, la eficiencia y la interculturalidad, la protección a los pueblos indígenas.

La principal dificultad que actualmente presenta el sistema, por su impacto y por ser ampliamente conocido por la sociedad en general es la falta de oportunidad, calidad e integralidad en la prestación de los servicios de salud demandados por los usuarios, dificultad esta que como se pretenderá dejar en evidencia en el desarrollo del siguiente ensayo investigativo, tiene su origen regularmente en los problemas económicos a los que se enfrenta el sistema.

Los valores generados en la prestación de servicios de salud que cobran los prestadores de los mismos a las entidades responsables de pago, no están llegando a esos destinatarios finales, es decir a los prestadores, pues estos, en su gran mayoría sucumben en el proceso administrativo de glosas y devoluciones, mediante una práctica denominada como “*el abuso con el trámite de glosas y devoluciones por parte de las entidades responsables del pago*”, la cual consiste en la imposición de glosas o devoluciones infundadas, entendidas como objeciones al pago de los valores contenidos en las facturas de servicios de salud presentadas por los prestadores de esos servicios, o formuladas sin apego a los plazos, o a la codificación y determinación exigida por el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

La consecuencia inmediata de lo anterior señalado, es que las Entidades Responsables de Pago, no consideran como exigibles, los valores cobrados por prestación de servicios de salud a las cuales, o no les han realizado el proceso de auditoría médica (sin importar el tiempo que empleen para ello), o a los cuales les han presentado glosas y/o devoluciones sin tener en cuenta los requisitos legales para ello (en cuanto a tiempo y codificación) lo cual priva al prestador de

recuperar el capital invertido en las atenciones brindadas por lo menos directamente ante la ERP, obligándolo así a acudir a otros trámites legales como por ejemplo a los procesos declarativos a través del proceso Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud y Protección Social, o ante la justicia ordinaria y a procesos ejecutivos ante la justicia ordinaria según corresponda, procesos jurídicos anteriores que presentan sus propias dificultades en términos de tiempo y de realización del derecho sustancial, estos últimos los cuales serán revisados en detalle más adelante.

## **Capítulo 1. Planteamiento del Problema de Investigación**

### **Estado del arte**

Con la finalidad de tener una visión más panorámica del problema de investigación en el marco territorial de Colombia y así poder realizar una interpretación más holística si se quiere del problema, se traerán a relación una serie de trabajos investigativos de los cuales se analizarán sus fundamentos teóricos que darán pie para el desarrollo del presente escrito investigativo.

La génesis de las actuales dificultades del sistema de salud colombiano actual, queda claramente reflejada de forma diáfana en la investigación denominada “Estrategias para restablecer el equilibrio financiero de la ipscomfacauca”, en el cual se da cuenta efectiva de lo siguiente:

“La competitividad y sostenibilidad financiera de las IPS es uno de los asuntos prioritarios para el país, pues de esto no solo dependen el acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios de salud, sino también el ingreso y la estabilidad de miles de personas y empresas, del sector y de otros sectores, debido a que el actual sistema de salud enfrenta retos de flujo de recursos que ponen en riesgo la permanencia de algunas entidades” (Velasco, Rivera, Granados, Solarte & Portilla, 2019).

Otros autores en una línea similar a la anterior, en su trabajo investigativo denominado como “Los agentes del sector de la salud en Colombia y su responsabilidad en la sostenibilidad financiera”, tratan el tema de la persistencia de las dificultades financieras del sector salud a lo largo de su evolución en los siguientes términos:

“A finales del año 2016 se alcanzó el 97,59% en aseguramiento, correspondiente a 46.302.447 de colombianos (Sistema Integral de Información de la Protección Social, 2016). Sin embargo, este logro contrasta con las dificultades financieras presentes a lo largo de todos los años de funcionamiento, situación que se ha manifestado en tres grandes crisis del sector salud: La crisis del año 2009 originada por el aumento de recobros por la sentencia T-760 de la Corte Constitucional, la del 2001 donde no se alcanzó la meta de aseguramiento universal; y la más reciente del 2015 que en la actualidad persiste y se agudiza, hecho que pone nuevamente en entredicho la viabilidad financiera del sector”(Madrid & Vadín, 2019).

En el escrito presentado por la Universidad Sergio Arboleda del trabajo denominado “Gestión de glosas para prestadores de servicios de salud”, se describe en el propósito de su escrito la necesidad de intervenir en la regulación del flujo de recursos en el sector salud indicando que:

“Las instituciones de salud en Colombia no sólo se ven afectadas por el pago oportuno de la prestación de servicios, sino que también se ven afectadas por múltiples descuentos que las EPS realizan sobre su facturación. Con la reforma de 1993, el estado le dio la potestad a las EPS para descontar a las IPS aquellos aspectos que considere que presentan una diferencia en los servicios acordados. Debido a lo anterior, las IPS cada vez se ven más afectadas por el flujo de sus recursos, puesto que la prestación de los servicios no da espera y deben incurrir en costos operativos y administrativos, mientras que las EPS se quedan con una porción importante de su dinero”(Quintana, Salgado & Torres, 2016).

En un estudio realizado en la Universidad Católica de Colombia de la ciudad de Bogotá D.C, en su investigación denominada como “El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (Ley 100 de 1993), resume su investigación en los siguientes términos:

“En Colombia, por medio de la Ley 100 de 1993, se pasó del Sistema Nacional de Salud (SNS) al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en un cambio que entre otras cosas le apostó a incorporar elementos y lógicas de mercado, a la prestación del servicio de salud en el país, de manera que a partir de la competencia y la libre elección, y en atención a las normas económicas, se brindará un beneficio al usuario, acompañado

con mecanismos de regulación, y solidaridad financiera entre los que más pueden aportar y quienes no podían hacerlo. No obstante, lo cierto es que a la fecha ha sido necesario que la Corte Constitucional actúe, para darle una caracterización al derecho a la salud como derecho fundamental, que ha permitido la transformación del panorama de economía de mercado en la salud planteado para la década de los noventa. Esto, dada la recurrente situación de quejas de algunos usuarios con las IPS y EPS, quienes aducen que estas están más interesadas en el negocio, que en la salud de los colombianos” (Hernández, 2016).

Así mismo en un estudio realizado en la Universidad Católica de Colombia de la ciudad de Bogotá D.C, los autores en su investigación denominada como “Análisis financiero sector salud público en Colombia”, resume su investigación en los siguientes términos:

“En la actualidad nuestro sistema de salud público atraviesa por una serie de inconvenientes financieros los cuales lo mantiene en la lupa de todos los medios de comunicación y la calificación por parte de los usuarios ha sido la más desfavorable en los últimos años. Sin embargo, la raíz del problema radica en que el sistema de salud maneja una estructura administrativa y financiera la cual no puede soportar la demanda actual que exige los ciudadanos” (Gaitán, Pérez, Gutiérrez& Galindo, 2019).

### **Descripción de problema**

Se recuerda pues en este punto que el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano tal y como está concebido origina dos tipos de relaciones jurídicas diferentes, una de naturaleza propia de seguridad social y otra bien diferente de naturaleza civil - comercial, así la primera se encarga de regular las relaciones que surgen entre los usuarios del sistema y las entidades prestadoras y/o administradoras que hacen parte del mismo, mientras que la segunda regula estrictamente las relaciones contractuales o extracontractuales entre los prestadores y administradores.

Ahora el hecho de que existan las relaciones jurídicas antes señaladas, las cuales como viene de verse son distintas entre sí, ello no quiere decir que las mismas no se encuentren de alguna manera conectadas, pues ambas comparten la característica fundamental de hacer parte del engranaje propio del sistema de salud y por tal motivo es que las dificultades que se

presenten en una, claramente van repercutir y a generar efectos evidentemente negativos en la otra.

Lo cierto aquí es que, no se puede de ninguna manera desligar el componente económico (comercial) del componente relacionado con la prestación del servicio de salud (seguridad social), toda vez que como se dijo, lo uno está íntimamente relacionado con lo otro, tan es así que hoy en día, las problemáticas que más frecuentemente se presentan en el sistema, son aquellas denominadas como “*barreras de acceso*” en la prestación efectiva de los servicios de salud, las cuales comúnmente tienen su origen en dificultades administrativas / económicas.

Esta dificultad económica, genera un gran impacto negativo en la efectiva prestación de los servicios de salud, pues se recuerda que en el sistema convergen entidades de diferentes naturalezas jurídicas, públicas privadas y mixtas y que las relaciones entre todos estos actores como viene de verse están enmarcadas en una actividad eminentemente comercial la cual como es entendible y natural lo que realmente persigue es el lucro, pues los fines económicos son en todo caso la naturaleza propia de la creación de cualquier sociedad comercial.

Cuando se hace referencia a las dificultades económicas que se presentan en el sector salud, entiéndase que se trata el tema propio del flujo propio de los recursos del mismo, toda vez que lo que realmente sucede es que estos dineros no están llegando por lo menos no en su totalidad a sus destinatarios finales, en este caso a los prestadores de los mencionados servicios, y en consecuencia, estos deben ir adaptando su actividad económica (la prestación de los servicios de salud) a la situación comercial del momento, priorizando en consecuencia la prestación de sus servicios y de su capacidad instalada en favor de aquellos afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que garanticen en mayor medida el recaudo efectivo y oportuno de los valores por servicios de salud prestados teniendo en cuenta diferentes variables tales como **i)** El estado legal de habilitación, **ii)** Los valores y forma de pago contratados, **iii)** El promedio de cartera glosada vs cartera radicada **iv)** La oportunidad de pago, entre otros.

En otras palabras, todas las dificultades que se presentan a la hora de las reclamaciones o recaudos que realizan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ante las diferentes Entidades Responsables de Pago de estos servicios, se traducen automáticamente en barreras de acceso a sus usuarios afiliados, pues tal y como se dejó visto, los prestadores de servicios de salud que por su experiencia advierten de antemano probables dificultades en el recaudo de los



valores generados por sus servicios de salud prestados, muy sutilmente van a ir segregando a los afiliados de las aseguradoras que presenten estas dificultades y a su vez van a ir priorizando estas atenciones de salud a los usuarios de las aseguradoras que no presentan dificultades, basados únicamente en la entidad administradora de planes de beneficios a las cuales se encuentren afiliados.

Estos efectos que se han venido evidenciando en todo caso indeseables, tal y como se había señalado ya anteriormente tienen su origen generalmente en conflictos de naturaleza comercial/económica entre las entidades aseguradoras y las prestadoras, el grueso de estos conflictos se encuentra enmarcado en conflictos derivados de glosas y devoluciones, o en la simple ausencia de pago de valores no glosados; y si bien es cierto que el legislador ha intentado superar este tipo de dificultades, lo cierto es que las medidas hasta ahora tomadas han sido en todo caso insuficientes pues la normatividad legal hasta ahora expedida al respecto, deja brechas que son sagazmente aprovechadas por algunos responsables de pago de estos servicios en desmedro en todo caso de los prestadores, esta situación así planteada ha llevado a desarrollar el presente escrito investigativo:

¿las Facturas de Venta de Servicios de Salud sin soporte contractual pueden ser consideradas como título valor en Colombia?

Como objetivos del presente estudio de investigación se tienen los siguientes:

Objetivo general. Determinar si conforme a la normatividad legal, las Facturas de Venta de Servicios de Salud sin soporte contractual pueden ser consideradas como título valor en Colombia.

Objetivos específicos:

1. Contextualizar desde el punto de vista legal y jurisprudencial el sistema de seguridad social en salud en Colombia.
2. Identificar el campo normativo aplicable al sector salud en materia del cobro ejecutivo propio de la acción cambiaria directa cuyos títulos objeto de recaudo sean facturas de venta por servicios de salud en Colombia.

3. Evidenciar el marco legal que regula las facturas de Venta de Servicios de Salud sin soporte contractual.

## **Capítulo 2. Fundamentación Teórica y Metodológica**

### **Fundamentación Teórica**

Como fundamento teórico del presente escrito de investigación, primeramente se realizará una contextualización del sistema de seguridad social en Colombia, revisando un poco los antecedentes del sistema de seguridad social en salud, el impacto del derecho a la salud como derecho fundamental, y la normatividad expedida al respecto, una vez superados los anteriores conceptos, se entrará con todos estos insumos a dejar en evidencia el origen de las dificultades actuales en el cobro judicial ejecutivo de facturas de venta por servicios de salud en Colombia.

### **Metodología**

Este escrito se encuentra desarrollado a través de una investigación cualitativa de tipología inductiva y con enfoque descriptivo, en el contexto de una investigación cualitativa el cual, según (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014) “la muestra, la recolección y el análisis son fases que realizan prácticamente de manera simultánea”. Además, resalta que este tipo de investigaciones “se basan más en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir)”.

El método aplicado en el presente escrito y en todo caso con ocasión a su tipología cualitativa será el inductivo, en palabras de Hernández Sampieri parte de lo particular a lo general, por lo que su propósito es reconstruir la realidad desde la perspectiva de los actores (Hernández Sampieri et al, 2010, p. 7), que en este caso, parte de una realidad nacional que se presenta en el sector de la salud y por las actividades propias del mismo reguladas por la normatividad vigente aplicable al caso concreto, dando lugar necesariamente al análisis interpretativo.

Por último, el enfoque del presente escrito, no podría ser entonces otro distinto al descriptivo pues su finalidad es la revisión de las disposiciones legales específicas y vinculadas que nos permitirán establecer la procedencia de la acción cambiaria directa en el marco de un

proceso de ejecución, cuyos títulos base de recaudo sean facturas de venta de servicios de salud originadas en atenciones iniciales de urgencias sin soporte contractual, por tal razón no habrá lugar a alcances explicativos.

Por último, la técnica de recolección de información que será tomada válidamente para los solos efectos del presente escrito, será la de la revisión documental.

### **Capítulo 3. Resultados**

Mediante el presente capítulo, se pretenderá dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos propuestos como fin de este escrito investigativo, previo a la contextualización del mismo.

#### **Contextualización legal y jurisprudencial del sistema de seguridad social en Colombia**

Se hace necesario empezar por contextualizar la historia del sistema actual de salud Colombiano, pues lo que aquí se pretenderá es evidenciar el hecho de que si bien es cierto que ha existido una evolución bastante significativa del ahora derecho fundamental a la salud, no es menos cierto es el hecho de que el actual sistema de salud presenta falencias como es de esperar de toda obra humana, sin embargo la falencia que se pretenderá dejar aquí en evidencia, es un problema de naturaleza económica bastante significativo que termina impactando en la oportunidad de la prestación de servicios de salud a los usuarios y de la cual se hace necesaria su mejora y optimización y en este aspecto es que desarrollaremos el presente escrito.

#### **1. Antecedentes del sistema de seguridad social en salud**

##### **1.1 1950-1993 - (Período anterior a la Ley 100 de 1993)**

Para determinar sucintamente los antecedentes inmediatos al actual sistema de seguridad social en salud su primigenia financiación y la forma como la población accedía a este, es menester entonces remontarse al año 1945 aproximadamente y realizar a groso modo una clasificación inicial de la población colombiana existente para aquel entonces, la cual para los

solos efectos del presente escrito y en concreto en cuanto al sistema de salud se refiere, la podemos sintetizar de la siguiente manera, 1) Empleados y Obreros Nacionales, 2) Empleados del Sector Privado e Independientes y 3) El restante de la población. Clasificación que nos dará pie para determinar el alcance del acceso a los servicios de salud que se encontraba establecido desde aquel entonces.

Desde ahora adviértase como la prestación de los servicios propios de la seguridad social, en concreto de la salud se encontraba para aquel entonces sometida al paquidérmico monopolio del Estado pues como quedará evidenciado en las líneas que siguen, el sistema estaba basado en un viejo modelo de asistencia pública.

### **1.1.1 Empleados y obreros nacionales.**

Para el día quince (15) de febrero del año 1945, fue expedida la Ley 6° mediante la cual fue creada La Caja de Previsión Social de los Empleados y Obreros Nacionales, esta Caja de previsión fue creada en virtud de dicha ley como una persona jurídica autónoma, en la cual, también se había dejado establecido que la Nación sería la encargada de garantizar las obligaciones de la misma, las cuales en materia de salud, se circunscribían a brindar asistencia médica, farmacéutica, quirúrgica y hospitalaria, a los empleados y obreros nacionales de carácter permanente.

El financiamiento de la Caja de Previsión Social de los Empleados y Obreros Nacionales provenía de aportes de la nación, y aporte de los empleados mediante un primer descuento sustancial de la tercera parte de su primer salario y posteriores descuentos porcentuales mensuales de los demás.

### **1.1.2 Empleados del sector privado e independiente.**

Lo propio, para el 26 de diciembre del año 1946 mediante la Ley 90, fue establecido el Seguro Social Obligatorio y así mismo fue creado el Instituto Colombiano de Seguros Sociales,

el cual fue creado legalmente como entidad autónoma con personería jurídica y patrimonio propio, y estableció para aquel entonces como prestación en materia de salud a la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica en favor de todos aquellos que estuvieran vinculados con otras personas mediante un contrato de trabajo o de aprendizaje, los independientes así como para aquellos que desarrollaran actividades de construcción y conservación de obras públicas en favor de la Nación Departamentos y Municipios, para quienes su afiliación fue constituida como obligatoria.

La financiación al Instituto Colombiano de Seguros Sociales, estaba establecida por aportes de del estado, los patronos y los asegurados

### **1.1.3 El restante de la población.**

El restante de la población, es decir, todos aquellos que no contaran con una vinculación de índole o naturaleza laboral con el estado, con privados o que no desarrollarán actividad económica alguna como independientes, para aquel entonces estaban totalmente desprovistos de asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica o lo que es lo mismo, se encontraban excluidos del sistema de salud establecido para aquel entonces y la consecuencia lógica de ello era que el acceso a estas atenciones en materia de salud debían entonces ser financiadas con recursos propios de los usuarios y quienes no contaren con ellos, simplemente no tenían manera de acceder a los mismos.

Realmente la Constitución Política de Colombia de 1886, vigente para aquel entonces nada decía o por lo menos no expresamente con respecto a la salud de esta población vulnerable, siendo lo más cercano lo establecido en el artículo 19 de dicha obra, que establecía que las autoridades están llamadas a proteger a las personas en sus vidas, sin embargo, evidentemente ello abiertamente insuficiente y en ese sentido, dicha población estaba abiertamente condenada.

## **1.2 1993-2021 - (Período posterior a la Ley 100 de 1993)**

### **1.2.1 Entrada en Vigencia y en Funcionamiento.**

Si bien es cierto que a partir del subtítulo propio de este acápite se puede desprender el orden cronológico de lo que aquí se está exponiendo, es más acertado aun indicar y reparar brevemente en el hecho de la entrada en vigencia y funcionamiento de la Ley 100 de 1993 en cuanto a salud se refiere, que en aquel momento no fue para nada pacífica y la misma dio lugar a distintas interpretaciones provenientes de particulares y públicos, las cuales debieron ser resueltas en aquel momento mediante conceptos expedidos por la Sala de Consulta del Honorable Consejo de Estado.

Se da inicio entonces determinando la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 en cuanto a salud se refiere toda vez que hasta en esto es necesario distinguir; es pacífico el hecho de que la esta ley que crea el sistema de seguridad social integral fue publicada en el Diario Oficial No. 41.148 del 23 de diciembre de 1993, así mismo el artículo 289 de esa misma disposición que regula la vigencia de la misma, dispone que la misma rige a partir de la fecha de su publicación, lo cual quiere decir que su entrada en vigencia en efecto corresponde al **23 de diciembre de 1993**.

Determinada ya la vigencia de la norma, se procederá a reparar en la entrada en funcionamiento del sistema de salud como tal, para ello es necesario trasladarse al libro II de dicha obra legislativa, que regula el sistema general de seguridad social en salud en su título IV que trata de la transición del sistema en su artículo 234 que otorgó a las entidades y a los demás intervinientes propios del Sistema General de Seguridad Social en Salud un plazo de un año contado a partir de la entrada en vigencia de la Ley para iniciar su funcionamiento, como ya quedo visto anteriormente, **la entrada en vigencia de esta ley** corresponde al 23 de diciembre de 1993 por lo cual, **la entrada en funcionamiento del mismo**, debió producirse para el día 23 de diciembre de 1994.

### **1.3. Participantes.**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud dispone para que se entienda como norma general que todo colombiano deberá participar en el servicio esencial de salud, para lo

cual estableció una distinción tripartita de los participantes del mismo, la cual se detallará a continuación.

La primera que abarca a las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, a los servidores públicos, a los pensionados y a los trabajadores independientes con capacidad de pago las cuales deberán estar vinculadas al sistema a través de uno de los dos (2) regímenes dispuestos por el sistema, en concreto **a través del régimen contributivo**.

La segunda y novedosa para aquel entonces que abarca a las personas pobres y vulnerables del país que no cuenten con capacidad de pago de la cotización, la cual les será subsidiada por el estado **a través del régimen subsidiado**.

La tercera forma de participación quedó dispuesta para aquellas personas que no cuentan con capacidad de pago de la cotización pero que por cualquier motivo no hubieren logrado acceder al régimen subsidiado como beneficiarios del mismo, a estas personas la misma ley les garantiza los servicios de salud con cargo al ente territorial que corresponda en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas o Privadas que cuenten con convenio; a este tercer grupo se le denominó como **participantes vinculados**.

## **2. impacto del derecho a la salud como derecho fundamental.**

Es necesario decirlo abiertamente, el derecho a la salud solo hasta el año 2008 con expedición de la sentencia T-760 de 2008 proferida por la Corte Constitucional empezó a ser visto como un verdadero derecho fundamental.

La Constitución Política Colombiana de 1886, no tenía regulado ni por asomo entre sus disposiciones, el derecho a salud menos aun con la connotación de fundamental y solo hasta la entrada en vigencia de la Constitución Política de 1991 en su artículo 48 y 49 se dispuso tímidamente que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio y que se garantizaría aquel como un derecho, seguidamente también dispuso que se garantizaría a todas

las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y que sería la ley la que determinaría la gratuidad y obligatoriedad de la atención básica en salud.

Como consecuencia de lo anterior, la salud al no ser considerada como un derecho autónomo ni fundamental en aquel entonces, la única forma en que los ciudadanos podían acceder a esos servicios en los casos en que les fueran negados era a través de la acción constitucional de tutela incorporada en esta nueva constitución, pero siempre en conexidad con otro derecho que si fuera considerado como autónomo y fundamental como por ejemplo el derecho a la vida, a la integridad personal o a la dignidad humana.

Para el año 2008, la Corte Constitucional mediante Sentencia T-760 de 2008 al realizar el estudio constitucional de un cúmulo de acciones que invocaban la garantía del derecho a su salud, determino que partiendo de la evolución que ha tenido el derecho a la salud en las regulaciones internacionales y regionales de derechos humanos, se debía concluir que este derecho tendría que ser considerado como un verdadero derecho fundamental y a partir de allí fue cobrando fuerza este derecho como fundamental y autónomo.

Posteriormente hasta el año 2015, mediante la Ley estatutaria 1751 el congreso de la república, reguló el derecho fundamental a la salud como tal, al cual además le asigno ya expresamente su carácter de autónomo e irrenunciable y adicionalmente dispuso que el mismo comprendería el acceso a los servicios de salud con oportunidad y con calidad.

Queda pues en evidencia que los mayores avances o desarrollos que ha tenido el derecho fundamental y autónomo a la salud han provenido de parte inicialmente de la Corte Constitucional que fue la corporación que dio el primer y más arduo paso y posteriormente coadyuvada por el Congreso de la república, la cual termino por erradicar cualquier asomo de duda frente a este respecto.

Estos avances han tenido un impacto trascendental en la población colombiana, pues como ya se dijo anteriormente ahora, cualquier ciudadano del común podrá ante el incumplimiento de parte de su aseguradora de cualquier servicio de salud que requiera para



acceder al sistema o de conformidad con lo señalado por su médico tratante, acceder a la jurisdicción constitucional, para que sea un juez el que después de estudiar su caso concreto proceda a ordenar la garantía de su derecho, disponiendo la prestación inmediata de esos servicios que estaban en un principio negados.

En concreto, los grandes beneficios que ha traído para la población en general la determinación del derecho a la salud como un derecho fundamental y autónomo es que ahora no estarán más supeditados a las negaciones de sus servicios de salud por parte de sus aseguradoras, muchas de estas injustificadas, infundadas y originadas casi siempre en aspectos económicos, sino que podrán llevar a los jueces sus casos concretos para que sean estos los que en ejercicio del poder conferido a ellos por la constitución y la ley, les amparen su derecho fundamental, ordenen y determinen todas las acciones tendientes a garantizar la prestación de ese servicio negado.

Identificar el campo normativo aplicable al sector salud en materia del cobro ejecutivo propio de la acción cambiaria directa cuyos títulos objeto de recaudo sean facturas de venta por servicios de salud en Colombia.

En este subcapítulo se detallará la normatividad que va a ser valorada en el desarrollo de este escrito investigativo, para posteriormente entrar a reparar en cada de una de ellas los artículos específicos que serán objeto de valoración, de la cual muy seguramente quedarán muchas otras situaciones excluidas del estudio, no obstante, sí que se está seguro que por lo menos la normatividad macro, será tenida en cuenta y será debidamente discutida.

### **Ley 100 de 1993.**

Tal y como se había ya señalado en los antecedentes, es importante resaltar uno de los principales cambios que trajo consigo la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, este es el del cambio del monopolio del estado en cuanto al aseguramiento y la prestación de servicios de salud para dar lugar a la entrada de la libre y leal competencia económica propia del sector comercial (Ley 100, 1993, art. 155, inciso 2) mediante aseguradores y/o prestadores de distintas

naturalezas, públicas, privadas y mixtas (artículo 180 Ley 100/93) y (numeral 3 art 155 Ley 100/93).

Respecto al financiamiento del sistema poco más dispuso esta ley, pues la misma se limitó a señalar al respecto que para su financiamiento disponía un régimen contributivo y uno de subsidios en salud, determinando para el primero el monto de la cotización y la base de cotización de las personas pertenecientes a este régimen y del segundo que los valores por los servicios prestados serían subsidiados total o parcialmente con recursos fiscales para aquellas personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que en todo caso no contarán con capacidad de pago, encargando de ello a las entidades territoriales y él para aquel entonces Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), este último creado y estructurado en sus subcuentas en la misma disposición.

Se evidencia entonces que, hasta entrada en vigencia de esta Ley, nada se había regulado legalmente respecto de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud, menos aún se había reparado en el trámite concreto del cobro de estos servicios.

### **Ley 715 de 2001**

Para el año 2001, con la expedición de esta ley, se regulo el Sistema General de Participaciones (SGP) el cual está intrínsecamente relacionado con el sector salud, pues el mismo está conformado por recursos que son transferidos por la Nación a las diferentes entidades territoriales para los fines de la salud entre otros.

A partir del artículo 42 de esta ley se determinan las competencias de la Nación, de las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales en materia de salud y se determina adicionalmente la distribución de estos recursos.

Si bien la normativa en cuestión es de importante relevancia para el sector salud, no lo sería tanto para el tema objeto de la presente investigación si no fuera por el numeral 111.4 del

artículo 111 a partir del cual se advierte la necesidad de regular el uso oportuna y eficiente de los recursos del sector salud, pues tal disposición concede facultades extraordinarias al Presidente de la República para expedir normas que regulen su uso oportuno y eficiente, los flujos de caja y la utilización de los mismos en la prestación de los servicios de salud, siendo menester en este punto recalcar que el numeral 10 del artículo 150 constitucional les concede tal facultad y establece que la normativa que sea expedida en virtud de ello, tendrá fuerza de ley.

Con respecto a la jerarquía normativa de los decretos expedidos por el presidente de la república se tiene lo siguiente:

“El Presidente de la República es competente para ejercer, por vía de la delegación, la referida función legislativa a través de la expedición de decretos con fuerza de ley, es decir, disposiciones que ostentan la misma jerarquía normativa que aquéllas que expide el legislador ordinario. Por consiguiente, al Presidente en ejercicio de tales funciones le está permitido derogar, modificar o adicionar leyes expedidas por el Congreso, siempre y cuando, claro está, se respeten las directrices y límites temporales y materiales trazados en la ley habilitante así como los demás requisitos constitucionales” (Corte Constitucional, Sentencia C-979, 2002).

### **Decreto ley 1281 de 2002.**

En uso de las facultades extraordinarias concedidas por el Congreso de la República, para el 19 de Junio de 2002 fue expedido este Decreto en el cual si será necesario revisar un poco más pues realmente puede ser considerada como la primera disposición normativa que realmente se ocupó del tema, y aunque termino siendo todavía insuficiente, si empezó a sentar unos derroteros esenciales para enmarcar las responsabilidades de cada uno de los actores involucrados en el flujo de los recursos del sector salud.

Uno de los aspectos más relevantes de que trata esta disposición es el de la oportunidad entendida como el deber de todos los actores del sistema de dar cumplimiento a sus obligaciones dentro de los términos establecidos o pactados, en procura de garantizar el recaudo oportuno de

sus servicios prestados y estableció como consecuencia del incumplimiento, el pago de intereses moratorios a la tasa establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales a favor claramente de quien debía recibir los recursos así:

“ARTÍCULO 4o. INTERESES MORATORIOS. El incumplimiento de los plazos previstos para el pago o giro de los recursos de que trata este decreto, causará intereses moratorios a favor de quien debió recibirlos, liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales”.

Así mismo, el inciso 3 del artículo 7 ibídem, señala claramente que para los eventos en que la entidad responsable de pago formule glosas que resulten infundadas, ello dará derecho al prestador de servicios a intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro.

En cuanto al termino con que cuentan los acreedores de estos servicios para reclamar ante las EPS, ARS, y el Fosyga se dispuso las facturas deberían ser presentadas dentro de los seis (6) meses siguientes contados a partir de la prestación de los servicios y como consecuencia dispuso que de superar dicho termino, no habría lugar al reconocimiento de intereses ni ninguna otra sanción pecuniaria, nótese qué desde acá, ya se está hablando de la factura de venta de servicios de salud.

Por último, dispuso que los representantes legales de los departamentos, distritos y municipios, directores de salud o quienes hagan sus veces, se verán expuestos a la sanción de multas hasta de 2.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes en favor del FOSYGA cuando desatiendan lo dispuesto respecto del flujo de recursos del sector salud.

Como viene de verse esta disposición si bien ya empezó a regular unos cuantos aspectos del cobro de los servicios de salud, se quedó aún muy corta pues si bien hablo de términos, no dispuso legalmente ninguno, teniendo ello como consecuencia la necesidad de estarse a lo dispuesto en los acuerdos de voluntades, los cuales por la naturaleza de la relación comercial, no

eran más que auténticos acuerdos de adhesión para los prestadores pues claramente para aquel entonces eran y aun todavía son la parte débil de la relación contractual.

### **Ley 1122 de 2007.**

Con esta Ley, llega la primera reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, catorce (14) años después de la expedición de la Ley 100 de 1993, y continúan los avances en cuanto a la regulación del flujo de recursos del sector salud, bajo el entendido de que estos recursos lleguen efectivamente a sus destinatarios finales, esto es a los prestadores de los servicios de salud.

En esta ley, se inicia hablando del equilibrio entre los actores del sistema, pues como viene se ve, las EPS entendidas hoy como Aseguradoras en Salud para aquel entonces y aun hoy han sido la parte comercial dominante en el sector, para lograr tal objetivo, esta ley en el literal “d” de su artículo 13 proscribió ahora si legalmente una disposición que por primera vez sacudió a estas partes dominantes, pues estableció unos términos perentorios para realizar los pagos de los servicios de salud garantizados por las entidades prestadoras de los mismos y expresamente se dispuso que las EPS de ambos regímenes, debían pagar estos servicios de la manera que seguidamente se señalará.

#### **Contrato por Capitación – Ambos Regímenes:**

En los casos en que exista **contrato por capitación** “Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido” (Decreto 4747, 2007, art 4, literal a), se deberá pagar mes anticipado el 100% del valor pactado.

#### **Contrato por cualquier otra modalidad – Régimen Contributivo:**

En los casos en que exista **contrato por cualquier otra modalidad**, se deberá pagar el 50% del valor de la factura dentro de los cinco (5) días siguientes a su recepción, ahora, con

respecto al 50% del valor restante se dispuso que en caso de no presentarse objeción o glosa alguna, deberá pagarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la factura.

Contrato por cualquier otra modalidad – Régimen Subsidiado:

En los casos en que exista **contrato por cualquier otra modalidad**, se deberá pagar el 50% del valor de la factura dentro de los cinco (5) días siguientes a su recepción, con respecto al 50% del valor restante se dispuso que en caso de no presentarse objeción o glosa alguna, deberá pagarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la factura siempre que la EPS Aseguradora hubiera recibido los recursos de la entidad territorial, de no haberlos recibido, deberá pagar entonces dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción de dicho pago.

De lo anterior visto se extrae, en cuanto a exigibilidad se refiere, que los términos aquí dispuestos regulan única y exclusivamente aquellos eventos en que existen acuerdos de voluntades entre los Prestadores de servicios y las EPS de ambos regímenes, quedando excluidos lógicamente los regímenes especiales y demás entidades que llegaren a ser responsables de pago de estos servicios como por citar un ejemplo las compañías aseguradoras habilitadas para operar el ramo SOAT en cuanto a este se refiere, que nada se dijo para aquellos eventos en que los servicios se prestan en virtud de la Ley como los servicios de urgencias, así mismo el legislador al pretender imponer celeridad al pago de estos recursos creo unas reglas y subreglas adicionando condicionamientos respecto al pago de los servicios los cuales afectan directamente la exigibilidad de estas obligaciones.

Por último, esta ley dispuso que para aquellos eventos en que las entidades territoriales o las EPS no realicen los pagos en los plazos antes vistos, deberán reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras.

Adviértase hasta este punto, que si bien la norma era novedosa para aquel entonces y en efecto pretendió meter en cintura a esas entidades que retrasaban injustificadamente sus pagos a los prestadores, no logro, o por lo menos no de una buena forma cumplir su objetivo, pues la misma olvido regular aspectos básicos, como por ejemplo, el pago de servicios de urgencias en

salud en virtud de la ley sin que mediare un acuerdo de voluntades entre las entidades, tampoco se dijo nada respecto de que pasaba con respecto al 50% restante del valor de los servicios prestador que hubieran sido “glosados”, pues en este caso o por lo menos hasta ese momento el legislador entendía que dichas glosas debían ser solucionadas entre las mismas entidades o en su defecto deberían ser alegadas ante la jurisdicción, más aun cuando más adelante se establecería la función jurisdiccional y de conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud pero no se le dio competencia para conocer de estos asuntos, por lo menos no para aquel momento.

Esta misma disposición aquí valorada seguidamente indica que él para aquel entonces Ministerio de la Protección Social, debería regular **i)** la forma, **ii)** los tiempos de presentación, **iii)** la recepción, **iv)** la remisión y **v)** la revisión de las facturas, de las glosas, de las respuestas a glosas, de los pagos y de los intereses de mora y ojo, dijo que en todo caso se debería asegurar que las facturas que presentaran glosas quedarán canceladas a más tardar dentro de los sesenta (60) días siguientes contados a partir del día siguiente a la presentación de la factura, esto último sobre el entendido de que si se mantenía la glosa pues esos valores no serían exigibles, por lo menos no en principio mediante el procedimiento judicial ejecutivo.

### **Decreto 4747 de 2007**

Se recuerda pues que ya en la Ley 1122 de 2007 se había dispuesto que el Ministerio de la Protección Social “la forma y los tiempos para la presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora”, y que debía también asegurar que las facturas que presentarán glosas quedarán canceladas “dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura, (Ley 1122, 2007, art. 13).

Así pues, para el día 07 de diciembre de 2007 el presidente de la república en compañía del Ministro de la protección social, expidieron el decreto reglamentario del que aquí se trata, el cual en su esencia reglamento las relaciones entre los prestadores de servicios de salud (PSS) y las entidades responsables de pago de los mismos (ERP).

Lo primero sea entonces distinguir en términos genéricos, quienes se pueden entender como ERP entidades responsables de pago de servicios de salud, y estos son entre otros los siguientes: **1)** las EPS de ambos regímenes, **2)** las ARL, **3)** las Compañías Aseguradoras en el ramo SOAT, **4)** el ADRES, **5)** Los Regímenes especiales y de excepción, **6)** Las Direcciones de Salud Departamentales, Distritales Municipales, **7)** Entidades Adaptadas, **8)** Otras Pólizas como las Escolares, de trabajo, especiales etc, y como Prestadores de Servicios de Salud también entre otros tenemos los siguientes **1)** Hospitales, **2)** Clínicas, **3)** Puestos de Salud, **4)** Laboratorios, **5)** Empresas de Imagenología, **6)** Profesionales Independientes Habilitados, **7)** Servicios de Transporte Especial de pacientes que se encuentren habilitados entre otros.

Lo anterior es importante debido a la siguiente apreciación, el artículo segundo de esta disposición acertadamente dispuso que este decreto aplicaría obviamente a los prestadores de servicios de salud pero también a toda entidad responsable de pago, seguidamente aclaró que también aplicaría a las entidades que administran regímenes especiales y de excepción en los eventos en que suscribieran acuerdos de voluntades con cualquier prestador, llamo la atención en que este decreto si bien meramente reglamentario, había hecho bien en disponer que esa norma aplicaba a toda entidad responsable de pago, porque así se entendía de manera diáfana que por ejemplo las Compañías Aseguradoras en el ramo SOAT entre otras, también estaban supeditadas al cumplimiento de la misma.

No obstante lo anterior la misma disposición ahora en su artículo tercero señala que para los efectos de ese decreto se debían tener en cuenta unas definiciones, entre las cuales incluyo la de Entidades Responsables de Pago de Servicios de Salud y dijo que se considerarían como tales **1)** las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, **2)** las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, **3)** las entidades adaptadas y **4)** las administradoras de riesgos profesionales, es decir, salvo lo dispuesto para el ADRES que si tiene otra normatividad especial al respecto y merecería otro miramiento, esta definición dejo por ejemplo excluidas a las Compañías Aseguradoras en el ramo SOAT y otras que cubren igualmente los riesgos derivados de la Salud como algunas pólizas escolares, de trabajo, especiales entre otras, y alguien podrá decir, que las Compañías Aseguradoras que administran el ramo SOAT tienen su normatividad especial, y si bien eso es cierto, no menos cierto es que esa



normatividad especial, nada dice con respecto a la oportunidad para presentar glosas a las facturas presentadas por servicios de salud brindados a sus usuarios amparados con la Póliza SOAT.

Esta disposición también dispuso que los Prestadores de Servicios de Salud debieran presentar ante las Entidades Responsables de Pago, las facturas acompañadas de los soportes que establecería el Ministerio de Protección Social y así mismo que las segundas no podrían exigir soportes adicionales o distintos a los que fueran establecidos, importante desde ya ir dejando por sentado que la obligación que impone esta norma a los prestadores es la de presentar las facturas de venta acompañada de aquellos soportes ante la Entidad Responsable de Pago, más la misma no señala de modo alguno que dichos soportes deban también ser presentados ante la autoridad judicial en el marco de un proceso de ejecución.

En cuanto al tema propio objeto del presente escrito y dando cumplimiento a lo dispuesto en el literal “d” del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, este decreto dispuso que el Ministerio de la Protección Social expediría el Manual Único de Glosas, Devoluciones y respuestas, en el cual se debería establecer una codificación para cada una de las posibles causas de glosas, devoluciones y respuestas las cuales indicó que serían de obligatorio cumplimiento por todas las entidades del SGSSS, es decir, con esto lo que se quiso es eliminar por completo la discrecionalidad y el libertinaje que venían manejando algunas de las entidades responsables de pago, las cuales glosaban facturas de servicios de salud, por motivos infundados, ininteligibles ante los cuales los prestadores quedaban totalmente desprotegidos, este manual fue expedido en el año 2008 y ya se revisará más adelante.

En la misma línea de cumplimiento, por primera vez se reguló lo concerniente al trámite de glosas, llamado comúnmente en el argot de la salud como “trámite de auditoría de cuentas médicas” el cual se regularía con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, que se definió en ese decreto, para lo cual ahora si dispuso unos términos en los cuales se deberían llevar los mismos y los cuales intentare pasar a explicar seguidamente.

Paso 1- Día 0: El prestador de servicios de salud, radica la factura con todos sus soportes ante la entidad responsable de pago.

Paso 2 – Termino: día 1 al 30: La entidad responsable de pago formula y comunica las causales de glosa a cada factura al prestador de servicios de salud.

Paso 3 - Termino: 15 días hábiles siguientes a la recepción de las comunicaciones de glosas: El prestador de servicios de salud, dará respuesta a la entidad responsable de pago, de las glosas presentadas indicando su aceptación o justificando su no aceptación.

Paso 4 – Termino 10 días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta: La entidad responsable de pago comunicará al prestador de servicios de salud, su decisión de levantar parcial o totalmente las glosas y/o dejarlas como definitivas.

Paso 5 – Termino 5 días hábiles siguientes a la decisión de levantar parcial o totalmente las glosas: La entidad responsable de pago, cancelará e informará al prestador de servicios de salud los valores por las glosas levantadas

El artículo 24 de esta misma disposición reiteró que para los eventos en que las glosas formuladas no tuvieran una fundamentación objetiva, ello daría lugar al pago de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura y conforme a lo dispuesto en el artículo 7 del Decreto Ley 1281 de 2002.

### **Resolución 3047 de 2008.**

El 14 de agosto de 2008, el Ministerio de la protección Social expidió esta resolución, la cual a su vez estableció los formatos, los procedimientos y los términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores y responsables de pago, de que trataba el Decreto 4747 de 2007, así mismo, en su artículo 12 dispuso que los soportes de las facturas de que trataba el artículo 21

del Decreto 4747 de 2007 serían como máximo, los establecidos en el Anexo Técnico #5 que hace parte de esa resolución.

En cuanto al Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas en su artículo 14 dispuso que las denominaciones y codificaciones de las glosas y causales de glosas de que trataba el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007, serían las definidas en el Anexo Técnico # 6, la cual a voces del artículo 22 del Decreto 4747 de 2007 es de obligatoria adopción por todas las entidades del SGSSS.

### **Ley 1438 de 2011.**

Para efectos del presente estudio es cardinal primeramente hacer referencia al artículo 50 de esta disposición, pues en su párrafo primero se señala expresamente que la Facturación de las EPS y de las IPS se ajustará en todos los aspectos a lo dispuesto en el Estatuto tributario y a la Ley 1231 de 2008 **la cual unifica la factura como título valor.**

Esta disposición normativa que reforma el SGSSS por segunda vez y cuatro (4) años después de su primera reforma, en su artículo 57 redefinió el trámite de glosas que se encontraba previamente definido en el artículo 23 del Decreto 4747 de 2007, el cual se pasa a resumir de la siguiente manera.

Así pues da cuenta nuevamente que todo inicia con la radicación de la factura, momento este a partir del cual esta ley le otorga a las Entidades Responsables de Pago un término no superior a **veinte (20)** días hábiles para formular y comunicar las glosas con base a la codificación definida en la normatividad vigente y comunicar al prestador de servicios de salud, una vez recibida esta comunicación, el prestador contará con **quince (15)** días hábiles para dar respuesta a la Entidad Responsable de Pago, indicando si acepta la glosa o no acepta la glosa justificando su negativa con atención también en la codificación definida en la normatividad vigente, una vez la ERP reciba la comunicación, contará con **diez (10)** días hábiles para decidir si levanta total o parcialmente las glosas o si las deja como definitivas, situación que deberá ser comunicada al PSS, al cual la misma disposición, le otorga **siete (7)** días hábiles adicionales para

subsanan las glosas no levantadas, por ultimo dispone que los valores por las glosas levantadas deberán cancelarse al prestador dentro de los **cinco (5)** días hábiles siguientes(Ley 1438, 2011, art 57)

Analizada la disposición anterior, se tiene que el trámite de glosas establecido en el artículo 57 de la ley 1438 tendrá una duración máxima de cincuenta y siete (57) días, lo cual se encuentra dentro del término previsto de sesenta (60) días de que trata el literal d del artículo 13 de la ley 1122 de 2007, lo cual ratifica el artículo 56 de la misma disposición analizada, pues mantiene los plazos, condiciones, términos y porcentajes en que las ERP deberán realizar los pagos a los PSS.

Importante señalar lo dispuesto en el tramite de glosas, devoluciones y respuestas pues es importante desde ya dejar decantado que en aquellos eventos en que las facturas por servicios de salud se encuentren “legalmente glosadas o devueltas”, las mismas no serán exigibles, por lo menos no con respecto de aquellos valores “legalmente”, lo que quiere decir que las mismas no serán exigibles en el marco de un proceso de ejecución en el marco de la acción cambiaria y que consecuentemente las mismas deberán ser objeto de discusión en el marco de una acción declarativa bien sea ante los jueces ordinarios o ante la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.

Evidenciar el marco legal que regula las facturas de Venta de Servicios de Salud originadas en atenciones iniciales de urgencias sin soporte contractual.

Hoy en día, la prosperidad de las acciones ejecutivas que tienen su origen en el cobro de servicios de salud, depende de muchos factores, algunos de estos obedecen directamente a la inseguridad jurídica por la falta de una regulación simple, coherente, sistematizada del cobro judicial ejecutivo de estos servicios, y es aquí donde evidenciaremos y analizaremos el marco legal que regula las facturas de Venta de Servicios de Salud originadas en atenciones iniciales de urgencias sin soporte contractual, el cual pasaremos a ver seguidamente.

## **Obligatoriedad en la prestación de la atención inicial de urgencias sin necesidad de contrato u orden previa.**

El artículo 168 de la ley 100 de 1993 es claro en señalar que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades que presten servicios de salud y así mismo dispone que para ello no se requiere de contrato alguno ni tan siquiera de una orden previa..

## **Factura de venta de servicios de salud como título valor.**

Gran relevancia cobrará la exposición que aquí se haga de este capítulo, pues a mi muy personal juicio, aquí es en donde se encuentra una de las principales dificultades legales a la hora de adelantar el proceso de cobro de estos servicios en el marco de la acción cambiaria directa que se adelanta a través del proceso ejecutivo, para evidenciar lo aquí señalado, entraremos brevemente a pasar por las disposiciones legales que abordan el tema, para al finalizar el capítulo dejarlas suficientemente evidenciadas.

## **Decreto 410 del 27 de marzo de 1971 (Código de Comercio)**

El texto original del artículo 772 del Decreto 410 del 27 de marzo de 1971 (Código de Comercio) dispuso que era la factura cambiaria de compraventa la que debería ser considerada como título valor en los siguientes términos:

*“Factura cambiaria de compraventa es un título-valor que el vendedor podrá librar y entregar o remitir al comprador.*

La norma transcrita, señala explícitamente que solo la “Factura Cambiaria” de Compraventa es título valor, así entonces se colige, que la sola factura o que la simple factura de venta NO es título valor, pues conforme a esta disposición, la “*factura cambiaria*” es solo una especie del género que es la factura.

Esta interpretación, dio lugar a diversas dificultades procesales, a variadas y diversas teorías y posturas contradictorias las unas con respecto de las otras, lo cual en ultimas genero una gran inseguridad jurídica al momento de adelantar los procesos ejecutivos de cobro mediante el ejercicio de la acción cambiaria directa, motivo este el cual a su vez, dio lugar a la expedición de la Ley 1231 de 2008 por medio de la cual **se unificó “la factura”** como título valor tal y como pasará a verse.

### **Ley 1231 del 17 de julio de 2008.**

Lo dicho, la Ley 1231 de 2008 dejó clara su finalidad desde su inicio, pues quedo expresamente definido que por medio de la misma, se unificaba la factura como título valor, y para tales menesteres dispuso en su artículo primero la modificación al artículo 772 del Código de Comercio disponiendo ahora que “**La Factura**” es un título valor, es decir, modifico el texto anterior que hacía referencia era a la “***Factura Cambiaria***” para dejarlo solo como “***la factura***”, cambio que a los ojos de muchos puede pasar casi que desapercibido pero que trajo consigo significativos cambios legales y jurisprudenciales al respecto.

Hasta aquí pareciera ser que en efecto la factura de venta de servicios de salud presta per se merito ejecutivo y que habilita al acreedor o al tenedor legitimo para el ejercicio de la acción cambiaria directa, no obstante será necesario adentrarnos un poco más en el análisis legal de las mismas para llegar a la conclusión que se pretende dejar evidenciada.

### **Ley 1438 del 17 de julio de 2008.**

El inciso 5<sup>a</sup> del artículo 56 de la Ley 1438 de 2011 (segunda reforma al SGSSS), dispuso expresamente que los prestadores de servicios de salud, ante el los casos de la no cancelación de recursos por parte de las EPS podrían perfectamente adelantar en contra de estos el cobro ejecutivo de los mismos,

En el párrafo primero de su artículo 50 se dispone que la facturación de las EPS y de las IPS se ajustarán, se entiende que para todos los efectos, a lo dispuesto en el Estatuto tributario y a la Ley 1231 de 2008 la cual se reitera unifica la factura como título valor. Nótese pues que,

hasta ahora, tanto la norma general como la especial apuntan en el mismo sentido de señalar la efectiva procedencia del cobro ejecutivo para los servicios de salud impagos, pero sigamos adelante.

Ahora, bien se sabe que para que la factura sea considerada como título valor, deberá reunir los requisitos que legalmente se establezcan para ello, salvo los que la ley presume pues eso es lo que dispone el artículo 620 del Código de Comercio con respecto a la validez de los títulos valores, estos requisitos se encuentran contenidos en distintas normas como lo son los artículos 621, 772, 773 y 774 del Código de Comercio, 617 del Estatuto tributario y 422 del Código General del Proceso.

La dificultad que aquí se pretende evidenciar, es la ejecución judicial en el marco de la acción cambiaria directa, que se adelanta utilizando como títulos base de recaudo Facturas de Venta de Servicios de Salud originadas en atenciones iniciales de urgencias por mandato legal, es decir, sin que exista soporte contractual, situación esta la cual es bastante común y frecuente toda vez que como viene de verse, conforme a lo señalado en el artículo 168 de la Ley 100 de 1993 “La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa”

Entonces, el artículo 772 del Código de Comercio el cual como viene de verse establece algunos requisitos para que la factura de venta sea considerada como título valor, en su inciso segundo señala lo siguiente “No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o **a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito**”, la anterior disposición entonces determina dos eventos en los cuales no podrán librarse facturas de venta, el primero trata de los bienes para aquellos casos en que no hubieren sido entregados real y materialmente y el segundo, el que nos interesa, hace referencia a los servicios y señala de manera diáfana **que no podrá librarse factura de venta si no corresponde a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito.**

Así las cosas, del servicio de urgencias que presta una IPS a un usuario afiliado a una EPS, por mandato legal y **sin soporte contractual**, no podrá emitirse factura alguna, y de emitirse la misma no podrá ser considerada como un título valor por expresa disposición legal y en virtud de la prohibición expresa ya mencionada.

Extraño resulta entonces que siendo estos servicios los mayormente demandados vía ejecutiva en el marco de la acción cambiaria directa, sea esta situación infrecuentemente excepcionada pese a la magnitud de la misma, porque conforme y viene de verse, la formulación de esta excepción llevaría indefectiblemente al fracaso de la acción promovida.

En síntesis, El inciso 5ª del artículo 56 de la Ley 1438 de 2011 dispone la viabilidad del cobro ejecutivo que podrán realizar los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud en caso de no cancelación de los recursos; El artículo 50 dispone que la facturación de las EPS y de las IPS se entienden para todos los efectos, a lo dispuesto en el Estatuto tributario y a la Ley 1231 de 2008 la cual se reitera unifica la factura como título valor; No obstante El inciso 2º del artículo 772 del Código de Comercio dispuso que solo podrían librarse facturas de venta siempre que correspondieran a servicios efectivamente prestados y **siempre que estos estuvieran soportados en un contrato ya sea verbal o escrito.**

### Conclusiones

Como conclusión del presente trabajo de investigación, se tiene que actualmente no se tiene seguridad jurídica con respecto de la prosperidad de las acciones ejecutivas adelantadas en el marco de la acción cambiaria directa utilizando como títulos base de recaudo Facturas de Venta de Servicios de Salud sin soporte contractual, pues ello, dependerá de la defensa que esgrima la parte ejecutada dentro del proceso judicial y también en mayor medida de la apreciación subjetiva del juez que conozca de la causa.



## Referente bibliográfico

- Congreso de la república de Colombia. (19 de febrero de 1945). Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre convenciones de trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial del trabajo. [Ley 6 de 1945]. DO: 25.790.
- Congreso de la república de Colombia. (26 de diciembre de 1946). Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. [Ley 90 de 1946]. DO: 26.322.
- Congreso de la república de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [Ley 100 de 1993]. DO: 41.148.
- Congreso de la república de Colombia. (21 de diciembre de 2001). Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. [Ley 715 de 2001]. DO: 44.654.
- Congreso de la república de Colombia. (09 de enero de 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1122 de 2007]. DO: 46.506.
- Congreso de la república de Colombia. (19 de enero de 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1438 de 2011]. DO: 47.957.
- Congreso de la república de Colombia. (16 de febrero de 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1751 de 2015]. DO: 49.427.
- Corte Constitucional, Sala Plena. (13 de noviembre de 2002) Sentencia C-979. [MP Jaime Araujo Rentería]
- Corte Constitucional, Sala segunda de revisión. (31 de julio de 2008) Sentencia T-460. [MP Manuel José Cepeda Espinosa]
- Gaitán, W; Pérez, L; Gutiérrez, R; & Galindo, L; (2019) investigación denominada como “Análisis financiero sector salud público en Colombia” <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/24183/1/trabajo%20de%20grado%20Sintesis%20Sector%20Salud%20P%C3%ABlica%20%281%29.pdf>
- Hernández, A (2016) investigación “El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (Ley 100 de 1993)” <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/13734/4/Art%20c3%20adculo.%20El%20Sistema%20General%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud%20en%20Colombia.%20entre%20un%20modelo%20de%20sosteni.pdf>

Ministerio de la protección social. (14 de agosto 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. [Resolución 3047 de 2008].

Moreno, D; Ramírez, V. (2019) denominado “Los agentes del sector de la salud en Colombia y su responsabilidad en la sostenibilidad financiera”  
[https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/11792/MorenoMadrid\\_David\\_RamirezAgudelo\\_VadinAngel\\_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/11792/MorenoMadrid_David_RamirezAgudelo_VadinAngel_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Presidente de la república. (19 de junio de 2002). Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación. [Decreto 1281 de 2002]. DO: 44.840.

Presidente de la república. (07 de diciembre de 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. [Decreto 4747 de 2007]. DO: 46.835.

Superintendencia nacional de salud (SNS, 2009) Informe denominado “informe de cartera del sector salud Numero 1 octubre de 2019”  
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/Informes%20de%20Estudios%20Sectoriales/Informe%20de%20cartera%20del%20sector%20salud%202018-II.pdf>

Superintendencia nacional de salud (SNS, 2009) Informe denominado “informe de cartera del sector salud Numero 2 diciembre de 2019”  
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/Informes%20de%20Estudios%20Sectoriales/Informe%20de%20cartera%20del%20sector%20salud%202019-II.pdf>

Quintana, R; Salgado, L; Torres, D; (2016) trabajo denominado “Gestión de glosas para prestadores de servicios de salud”  
<https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/970/Gestion%20de%20Glosas%20para%20prestadores%20de%20servicios%20de%20salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Velasco, L, Rivera, A; Granados, Y; Solarte, P; Portilla, O; (2019) denominado “Estrategias para restablecer el equilibrio financiero de la ipscomfacauca”  
<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/2714/Liliana%20Amparo%20Velasco%20L%20c3%b3pez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>