

**PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA ESTANDARIZACIÓN Y
OPTIMIZACIÓN ADMINISTRATIVA DEL PROCESO DE RADICACIÓN DE
CUENTAS MÉDICAS ANTE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS)
EN COLOMBIA**

CESAR AUGUSTO HERNÁNDEZ OSORIO

**UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
SECCIONAL DEL ALTO MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANAS Y EMPRESARIALES
PROGRAMA ADMINISTRACION LOGISTICA
GIRARDOT, CUNDINAMARCA
2025**

**PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA ESTANDARIZACIÓN Y
OPTIMIZACIÓN ADMINISTRATIVA DEL PROCESO DE RADICACIÓN DE
CUENTAS MÉDICAS ANTE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS)
EN COLOMBIA**

CESAR AUGUSTO HERNÁNDEZ OSORIO
Cesar-hernandez@upc.edu.co

**Monografía presentada como opción de grado para optar el
título de Administrador Logístico**

Jairo Andrés Beltrán Sánchez
Ingeniero Electrónico
Esp. En Sistemas Gerenciales de Ingeniería

**UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
SECCIONAL DEL ALTO MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANAS Y EMPRESARIALES
PROGRAMA ADMINISTRACION LOGISTICA
GIRARDOT, CUNDINAMARCA
2025**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

A Dios, fuente de sabiduría y fortaleza, por guiar cada paso de este camino académico con luz, propósito y esperanza. Gracias por concederme la perseverancia para superar los desafíos y la claridad para transformar las ideas en resultados concretos.

A mis padres, por ser mi mayor inspiración y ejemplo de esfuerzo constante. Su amor incondicional, sacrificio y fe en mí han sido el motor que me impulsó a alcanzar esta meta. Cada logro en mi vida es también un reflejo de su dedicación y confianza.

A mis profesores y mentores de la **Universidad Piloto de Colombia**, quienes, con su conocimiento, exigencia y orientación ética, despertaron en mí el compromiso por la excelencia profesional y el servicio a la sociedad. Su guía ha sido esencial para construir un pensamiento crítico, reflexivo y responsable.

A todos ellos, dedico con gratitud y respeto el fruto de este trabajo, que representa, no solo un logro académico, sino también un testimonio de aprendizaje, esfuerzo y fe.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser la fuente de toda sabiduría, fortaleza y esperanza. Por concederme la serenidad en los momentos de dificultad y la inspiración necesaria para culminar este proceso académico con éxito.

A mis padres, por su amor incondicional, sacrificio y apoyo constante. Su ejemplo de esfuerzo y perseverancia, me ha enseñado el verdadero valor del trabajo honesto y la superación personal. Este logro es también suyo, fruto de su fe y confianza en mí.

A mis profesores y tutores de la **Universidad Piloto de Colombia**, quienes, con su guía, exigencia y acompañamiento, contribuyeron a mi formación profesional y humana. Sus enseñanzas no solo fortalecieron mis conocimientos, sino también mi compromiso con la ética, la excelencia y el servicio a la sociedad.

A mis compañeros de estudio, por su compañerismo y colaboración a lo largo de esta etapa universitaria. Juntos compartimos desafíos, aprendizajes y experiencias que quedarán grabadas como parte esencial de esta formación.

A las instituciones que facilitaron información y espacios de análisis para el desarrollo de esta investigación, especialmente a la **Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud)**, la **ADRES** y la **Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC)**, cuyo trabajo técnico y estadístico permitió fundamentar el diagnóstico de este estudio.

Finalmente, a todas las personas que, de manera directa o indirecta, aportaron su conocimiento, apoyo o palabra de aliento. A todos, mi más sincero agradecimiento por hacer posible este logro académico.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1. FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO	4
1.1. CONTEXTO GENERAL DEL PROBLEMA	4
1.2. PROBLEMATIZACIÓN DEL FENÓMENO	5
1.3. PERTINENCIA ACADÉMICA Y SOCIAL DEL ESTUDIO	6
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.5. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.6. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	8
1.7. ALCANCE DEL ESTUDIO	11
1.8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	12
1.9. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
2. MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO	15
2.1. CONTEXTO HISTÓRICO Y EVOLUCIÓN NORMATIVA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO.....	15
2.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO DE RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS	17
2.3. DIMENSIÓN JURÍDICA ENTRE LA LEGALIDAD Y LA APLICACIÓN DEFICIENTE	18
2.4. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO.....	19
2.5. COMPARATIVO INTERNACIONAL: LECCIONES DE CHILE, ESPAÑA Y MÉXICO.....	21
2.6. PROBLEMÁTICAS PERSISTENTES EN LA PRÁCTICA.....	22
2.7. CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE GOBERNANZA Y TRANSPARENCIA.....	22
3. METODOLOGÍA.....	24
3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO.....	24
3.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	24
3.3. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	25
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
3.5. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	26

3.6. CRITERIOS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	27
3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
3.8. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS	29
3.9. ANÁLISIS METODOLÓGICO APLICADO	30
4. DIAGNÓSTICO DE LA PROBLEMÁTICA	31
4.1. PANORAMA GENERAL DEL PROCESO DE RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS	31
4.2. IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS ESTRUCTURALES	32
4.3. ANÁLISIS DEL IMPACTO FINANCIERO	33
4.4. GLOSAS: CAUSAS Y EFECTOS SOBRE LA LIQUIDEZ	34
4.5. INEFICIENCIA TECNOLÓGICA Y FALTA DE INTEROPERATIVIDAD ...	35
4.6. FALENCIAS ADMINISTRATIVAS INTERNAS DE LAS IPS	36
4.7. IMPACTO SOCIAL Y EN LA CALIDAD DEL SERVICIO	37
4.8. CASOS REPRESENTATIVOS	38
4.9. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE EPS	38
4.10. ANÁLISIS INTERPRETATIVO	39
5. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN	40
5.1. INTRODUCCIÓN	40
5.2. EJE NORMATIVO: HACIA LA ESTANDARIZACIÓN NACIONAL	40
5.3. EJE ADMINISTRATIVO: FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	43
5.4. EJE TECNOLÓGICO: INTEROPERABILIDAD Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL	44
5.5. PROYECCIÓN DE IMPACTO Y SOSTENIBILIDAD	47
5.6. PERSPECTIVA DE IMPLEMENTACIÓN	49
6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y REFLEXIÓN FINAL	51
6.1. CONCLUSIONES GENERALES	51
6.2. RECOMENDACIONES GENERALES	52
6.3. RECOMENDACIONES ESPECIALES	53
6.4. PROPUESTA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	55
6.5. REFLEXIÓN FINAL DEL INVESTIGADOR	55
7. GERENCIA DE PROYECTOS	56

7.1. ESTRUCTURA DE DESGLOSE DEL TRABAJO (EDT)	56
7.2. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	57
REFERENCIAS	59
ANEXOS Y EVIDENCIAS	63

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. PRINCIPALES HITOS NORMATIVOS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO (1993-2023)	16
TABLA 2. MODELOS INTERNACIONALES DE RADICACIÓN Y FACTURACIÓN EN SALUD	21
TABLA 3. CLASIFICACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN	25
TABLA 4. FASES DEL ESTUDIO	26
TABLA 5. MATRIZ METODOLÓGICA APLICADA EN LA INVESTIGACIÓN	30
TABLA 6. EJES ESTRUCTURALES QUE GENERAN INEFICIENCIAS EN LA RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS.....	32
TABLA 7. COMPOSICIÓN DE LA CARTERA HOSPITALARIA SEGÚN TIPO DE EPS (2023-2025)	33
TABLA 8. TIPOS DE GLOSAS SEGÚN EL MANUAL ÚNICO DE GLOSAS	34
TABLA 9. NIVEL DE INTEROPERABILIDAD TECNOLÓGICA DE EPS (2025)	36
TABLA 10. CASOS REPRESENTATIVOS DE AFECTACIÓN POR CARTERA Y GLOSAS EN IPS (2022-2024)	38
TABLA 11. INDICADORES COMPARATIVOS DE CUMPLIMIENTO Y TIEMPOS DE PAGO POR EPS	39
TABLA 12. INDICADORES CLAVE DE GESTIÓN PARA RADICACIÓN, GLOSAS Y PAGOS EN IPS	44
TABLA 13. PROYECCIÓN DE IMPACTO CUANTIFICABLE DE LAS PROPUESTAS (2024-2026)	48
TABLA 14. HOJA DE RUTA DE IMPLEMENTACIÓN POR FASES DEL MODELO PROPUESTO (2026-2028)	49
TABLA 15. ESTRUCTURA GENERAL DEL PROYECTO	56
TABLA 16. RECURSO HUMANO PARTICIPANTE Y DEDICACIÓN ESTIMADA .	57
TABLA 17. RECURSOS MATERIALES Y TECNOLÓGICOS	58

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD POR UBICACIÓN GEOGRÁFICA - COLOMBIA (MUNICIPIOS, 2023-2025).....	9
FIGURA 2. TERRITORIALIZACIÓN DE AFILIADOS POR EPS EN COLOMBIA (2023).....	10
FIGURA 3. ANÁLISIS NORMATIVO DEL PROBLEMA CENTRAL DE LA RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS (1993–2023)	17

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. ESQUEMA GENERAL DEL PROCESO DE RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS	63
ANEXO 2. CARTERA HOSPITALARIA EN COLOMBIA (2023-2025)	64
ANEXO 3. TIPOLOGÍA DE GLOSAS SEGÚN SU ORIGEN	65
ANEXO 4. COMPARATIVO INTERNACIONAL DE EFICIENCIA EN RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS	66
ANEXO 5. INDICADORES DE GESTIÓN PROPUESTOS PARA IPS	67
ANEXO 6. EVIDENCIA DOCUMENTAL: FORMATO TÍPICO DE RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS	68
ANEXO 7. CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA	70
ANEXO 8. EXTRACTOS NORMATIVOS RELEVANTES	71

RESUMEN

Esta monografía analiza las ineficiencias en la radicación y validación de cuentas médicas ante las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia y sus efectos sobre la liquidez de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Se desarrolla un estudio documental, descriptivo y propositivo que integra normativa vigente, informes institucionales y experiencias internacionales.

Los resultados muestran que la ausencia de un estándar nacional unificado, las fallas en la gestión documental y la baja interoperabilidad tecnológica explican una alta proporción de glosas administrativas evitables y tiempos promedio de pago superiores a los límites de referencia, lo que incrementa el riesgo financiero de las IPS.

Con base en estos hallazgos, se formula un modelo integral de mejora estructurado en tres ejes: (i) fortalecimiento normativo mediante la creación de un Manual Único Nacional de Radicación de Cuentas Médicas; (ii) fortalecimiento administrativo con protocolos, listas de verificación, capacitación y tableros de control; y (iii) transformación tecnológica, que incluye interoperabilidad con la Factura Electrónica de Venta con Anexo de Soportes (FEV-RIPS), trazabilidad en línea e indicadores públicos de desempeño.

La implementación gradual de este modelo busca reducir tiempos de pago, disminuir glosas administrativas y mejorar la transparencia y sostenibilidad del sistema de salud.

Palabras clave: Radicación de cuentas médicas, glosas administrativas, interoperabilidad, gestión hospitalaria, tiempos de pago.

ABSTRACT

This monograph analyzes inefficiencies in the submission and validation of medical bills to Health Promoting Entities (EPS) in Colombia and their effects on the liquidity of Health Care Provider Institutions (IPS). It is based on a documentary, descriptive and propositional study that integrates current regulations, institutional reports and selected international experiences.

Findings show that the absence of a unified national standard, weaknesses in document management and limited technological interoperability explain a high proportion of preventable administrative denials and average payment times above reference limits, increasing the financial risk of IPS.

Based on these results, an integrated improvement model is proposed around three pillars: (i) regulatory strengthening through the creation of a National Single Manual for the Submission of Medical Bills; (ii) administrative strengthening with protocols, checklists, training programs and management dashboards; and (iii) technological transformation, including interoperability with electronic invoicing (FEV-RIPS), real-time traceability and public performance indicators.

The gradual implementation of this model aims to reduce payment times, decrease administrative denials and enhance transparency and the financial sustainability of the health system.

Keywords: Medical claim filing, administrative denials, interoperability, hospital management, payment times.

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud colombiano enfrenta crecientes tensiones por los retrasos en los pagos, las glosas recurrentes y la dispersión de requisitos entre Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). En este contexto surge la necesidad de revisar el proceso de radicación de cuentas médicas como eslabón crítico para la liquidez hospitalaria, la transparencia en el uso de los recursos públicos y la sostenibilidad del aseguramiento.

A partir de antecedentes normativos (Ley 100 de 1993, Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Resolución 2275 de 2023) e informes de organismos de control y gremios del sector, el estudio identifica como problema central la ausencia de criterios unificados, la debilidad de los controles documentales y la baja interoperabilidad tecnológica entre EPS, IPS y entidades estatales. Se plantea como objetivo general proponer un modelo integral que optimice la radicación de cuentas médicas ante las EPS en Colombia, mediante acciones normativas, administrativas y tecnológicas aplicables a IPS de carácter privado y mixto.

El alcance de la monografía es nacional, con énfasis en instituciones urbanas de mediana y alta complejidad, y se estructura como investigación aplicada, de enfoque descriptivo–explicativo y diseño documental. Se analizan fuentes normativas, bases de datos institucionales y experiencias comparadas, complementadas con matrices de diagnóstico y de propuesta. El trabajo aporta lineamientos prácticos para la gestión interna de las IPS y para la articulación con EPS y autoridades reguladoras, ofreciendo un marco de referencia para la estandarización del proceso de radicación, sin anticipar en esta sección los resultados ni las conclusiones que se desarrollan en los capítulos posteriores.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO

1.1. CONTEXTO GENERAL DEL PROBLEMA

El sistema de salud colombiano, estructurado a partir de la Ley 100 de 1993, ha experimentado múltiples reformas orientadas a equilibrar la sostenibilidad financiera y la eficacia en la prestación de los servicios de salud. No obstante, las modificaciones introducidas por la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, el Decreto 4747 de 2007 y el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 no han logrado superar las fallas estructurales que persisten en el flujo de recursos entre los actores del sistema (Congreso de la República de Colombia, 1993, 2007, 2011; Ministerio de la Protección Social, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La creación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), establecida por la Ley 1753 de 2015 y operativa desde 2017 en sustitución del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), tuvo como objetivo fortalecer la transparencia y eficiencia en los giros directos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2017).

Sin embargo, el problema operativo no radica únicamente en la distribución de los recursos, sino en el proceso de radicación y validación de cuentas médicas, donde se concentra una proporción significativa de los conflictos financieros y administrativos del sistema (Superintendencia Nacional de Salud, 2024).

El fenómeno de las glosas, entendidas como objeciones o rechazos a las facturas presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), constituye un obstáculo técnico y administrativo de impacto considerable. Según el *Informe de Seguimiento al Comportamiento de Glosas y Cartera* de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud, 2025), el 68 % de las IPS reportan retrasos significativos en los pagos derivados de glosas injustificadas o devoluciones por causas menores.

Esta situación se traduce en un flujo de caja negativo que compromete el cumplimiento de obligaciones laborales, la adquisición oportuna de medicamentos y la continuidad de la atención médica, lo que genera un efecto en cadena que afecta la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras (ACHC, 2024). Desde una perspectiva macroeconómica, el Banco Mundial (2024) advierte que la morosidad en los pagos de los servicios de salud genera efectos multiplicadores negativos sobre la productividad regional y la sostenibilidad fiscal del sistema. En consecuencia, los retrasos en los pagos del sector no solo afectan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), sino que también inciden en la economía territorial y en la confianza institucional del modelo de aseguramiento.

En síntesis, el problema de la radicación de cuentas médicas va más allá del ámbito operativo y se configura como un desafío estructural de gobernanza y eficiencia en el sistema de salud colombiano, lo que justifica la necesidad de su análisis desde enfoques normativos, administrativos y tecnológicos.

1.2. PROBLEMATIZACIÓN DEL FENÓMENO

El proceso de radicación de cuentas médicas, cuyo propósito es garantizar la trazabilidad y legalidad de los servicios prestados, se ha transformado en un escenario de conflicto recurrente entre los prestadores de servicios de salud (IPS) y las entidades aseguradoras (EPS), de acuerdo con los informes recientes de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud, 2024).

La falta de un modelo uniforme de radicación y validación ha generado una fragmentación administrativa que reduce la eficiencia del sistema y deteriora las relaciones operativas entre los diferentes actores del sector salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

La falta de estandarización documental permite que cada EPS establezca sus propios requisitos y plataformas tecnológicas, incrementando los tiempos de gestión y los costos operativos para las IPS (Supersalud, 2024; ACHC, 2025).

En la práctica, una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que atiende pacientes afiliados a múltiples Entidades Promotoras de Salud (EPS) puede verse obligada a operar simultáneamente varios sistemas de radicación y validación, cada uno con criterios, campos y estructuras de datos distintos, lo que evidencia la falta de interoperabilidad entre las plataformas del sistema.

Esta multiplicidad de procesos genera duplicación de esfuerzos humanos, tecnológicos y financieros, lo que conlleva a una reducción en la eficiencia operativa y a una carga administrativa de carácter insostenible para las instituciones del sector (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [ADRES], 2024).

El Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas, establecido mediante la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, busca unificar criterios para la objeción de cuentas médicas; sin embargo, su aplicación ha sido desigual debido a manuales internos elaborados por algunas EPS (Supersalud, 2023).

En este sentido, la dispersión normativa observada vulnera los principios de legalidad, eficiencia y transparencia consagrados en el artículo 209 de la *Constitución Política de Colombia* (1991).

Desde una perspectiva crítica, esta situación evidencia una asimetría de poder contractual entre aseguradores y prestadores, en la que la capacidad de auditar y condicionar los pagos otorga ventaja a las EPS. De acuerdo con Porter (1985), estas

desigualdades afectan la competitividad y requieren mecanismos de regulación más equilibrados.

Mientras las Entidades Promotoras de Salud (EPS) concentran la gestión del riesgo financiero y mantienen la capacidad de auditar y condicionar los pagos, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) dependen casi por completo de la oportunidad en la cancelación de los servicios para preservar su sostenibilidad (Supersalud, 2024; ACHC, 2025).

Esta relación desigual, junto con la limitada efectividad del control estatal y la debilidad de los mecanismos de vigilancia, mantiene una brecha estructural en la cadena de valor del sistema de salud colombiano (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2023).

1.3. PERTINENCIA ACADÉMICA Y SOCIAL DEL ESTUDIO

Este estudio tiene como propósito contribuir con evidencia analítica y reflexión académica a la discusión sobre la sostenibilidad del sistema de salud colombiano. A diferencia de investigaciones previas centradas en la morosidad general o en el flujo macro de recursos, esta monografía se enfoca en el momento crítico del proceso: la radicación de cuentas médicas, etapa donde se originan las demoras que posteriormente afectan toda la cadena de pagos (ACHC, 2024; Banco Mundial, 2023).

El estudio combina un componente teórico con una dimensión práctica, al proponer estrategias concretas de mejora basadas en la normatividad vigente, las buenas prácticas internacionales y el potencial de la transformación digital aplicada a la gestión administrativa del sistema de salud (OMS, 2023; OCDE, 2022).

En consecuencia, este documento se consolida como un instrumento de consulta y apoyo para administradores hospitalarios, auditores, consultores y formuladores de política pública, al ofrecer lineamientos útiles para la toma de decisiones y el fortalecimiento de la eficiencia institucional en el sistema de salud colombiano.

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En el contexto descrito, las evidencias expuestas por la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud, 2025), la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC, 2024) y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES, 2024) reflejan que la mayoría de los retrasos financieros en el sistema de salud colombiano se originan en la fase de radicación de cuentas médicas. Esta etapa, caracterizada por la falta de estandarización documental, la dispersión normativa y la limitada interoperabilidad tecnológica, se ha convertido en un punto crítico para la eficiencia del flujo de recursos entre los actores del sistema. En consecuencia, surge la necesidad de identificar las causas

estructurales que obstaculizan dicho proceso y de proponer estrategias que permitan su optimización desde los ámbitos normativo, administrativo y tecnológico.

¿Cuáles son los factores normativos, administrativos y tecnológicos que limitan la radicación eficiente de cuentas médicas en Colombia, y qué estrategias de mejora pueden diseñarse para optimizar este proceso y garantizar el flujo oportuno de recursos entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)?

1.5. JUSTIFICACIÓN

1.5.1. Justificación social

La presente investigación reconoce que el derecho fundamental a la salud, consagrado en el *artículo 49 de la Constitución Nacional* y en la *Ley Estatutaria 1751 de 2015*, no depende únicamente de la atención médica oportuna, sino también de la sostenibilidad financiera y administrativa del sistema de salud colombiano (Congreso de la República de Colombia, 2015).

El incumplimiento de los plazos de pago definidos en el artículo 56 de la *Ley 1438 de 2011* y en el *Decreto 4747 de 2007* genera serias dificultades para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que se ven limitadas para mantener su infraestructura, adquirir medicamentos y garantizar la estabilidad laboral de su personal asistencial (Congreso de la República de Colombia, 2011; Ministerio de la Protección Social, 2007; Supersalud, 2024).

Los retrasos en los pagos generan un efecto multiplicador que impacta de manera simultánea al personal de salud, a los pacientes y al Estado, reduciendo la equidad en el acceso y afectando la calidad de la atención (Banco Mundial, 2024; ACHC, 2024).

En consecuencia, el análisis del proceso de radicación de cuentas médicas constituye un asunto de interés público y social, ya que su eficiencia incide directamente en la garantía del derecho a la salud, la continuidad en la prestación de los servicios y la confianza de la ciudadanía en las instituciones del sistema.

1.5.2. Justificación académica

Desde una perspectiva académica, esta investigación responde a una brecha en la literatura científica nacional, ya que se han identificado pocos estudios que analicen el proceso de radicación de cuentas médicas desde una visión integral que articule los enfoques jurídico, administrativo y tecnológico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

La mayoría de los estudios existentes se han enfocado en el análisis financiero o en la gestión del riesgo en salud, relegando la interoperabilidad de la información, la

trazabilidad documental y la eficiencia operativa, factores que constituyen determinantes clave de la sostenibilidad institucional (OCDE, 2023).

Este trabajo contribuye a la construcción de conocimiento interdisciplinario al ofrecer una perspectiva sistémica y propositiva que integra los elementos de la normativa vigente (*Ley 100 de 1993*, *Ley 1751 de 2015* y *Decreto 780 de 2016*) con la gestión organizacional y el aprovechamiento de herramientas tecnológicas emergentes (Congreso de la República de Colombia, 1993, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

De igual manera, este estudio aporta a la formación académica de futuros profesionales en administración, contaduría y auditoría en salud, al ofrecer un marco metodológico replicable para el análisis y mejoramiento de procesos administrativos complejos tanto en el sector público como en el privado.

1.5.3. Justificación institucional

En el ámbito institucional, esta investigación adquiere un alto valor práctico al ofrecer evidencias, diagnósticos y propuestas concretas que sirven de guía para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) interesadas en optimizar sus procesos de radicación y cobro de servicios médicos.

Las estrategias sugeridas, sustentadas en la estandarización normativa, la capacitación del personal y la implementación de plataformas interoperables, pueden contribuir a reducir los tiempos de respuesta, disminuir las glosas y fortalecer la liquidez financiera de las instituciones, tal como se ha evidenciado en experiencias exitosas de países como Chile y España (FONASA, 2023; Ministerio de Sanidad, 2022).

Asimismo, el estudio contribuye al fortalecimiento de la gobernanza interna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), promoviendo una cultura de gestión basada en datos, transparencia y cumplimiento normativo, en concordancia con los principios de eficiencia y responsabilidad administrativa establecidos en el artículo 209 de la *Constitución Política de Colombia* (1991).

En síntesis, este trabajo se consolida como un instrumento de mejora institucional aplicable a administradores, revisores fiscales, consultores y autoridades regulatorias del sistema de salud colombiano, aportando lineamientos útiles para fortalecer la eficiencia y la transparencia en la gestión de recursos.

1.6. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación se delimita en cuatro dimensiones (espacial, temporal, temática y metodológica) con el propósito de precisar su alcance y definir el marco operativo y analítico que garantice coherencia con los objetivos planteados.

1.6.1. Delimitación espacial

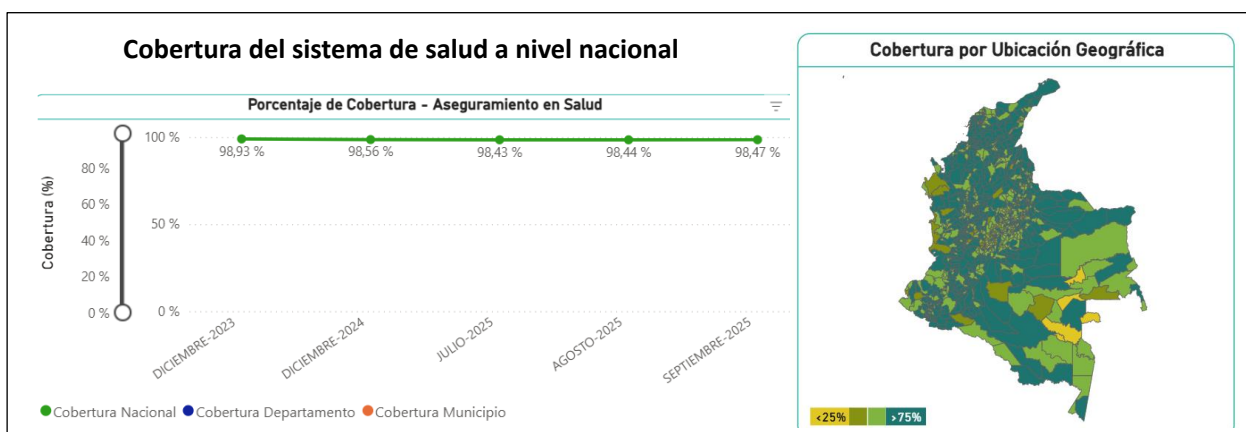
El estudio se enmarca en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano, con especial atención a las relaciones contractuales, operativas y financieras entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Aunque los hallazgos pueden extrapolarse a diferentes regiones del país, la aplicación práctica del diagnóstico y las propuestas se centra en el ámbito urbano e institucional, especialmente en IPS de carácter privado y mixto que gestionan la radicación de cuentas médicas dentro de los regímenes contributivo y subsidiado, por su representatividad y disponibilidad de información operativa.

Esta delimitación espacial se fundamenta en los informes de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC, 2025), los cuales evidencian que las IPS ubicadas en zonas urbanas concentran más del 70 % del volumen de facturación nacional y son, por tanto, las más afectadas por los procesos de glosa y devolución de cuentas.

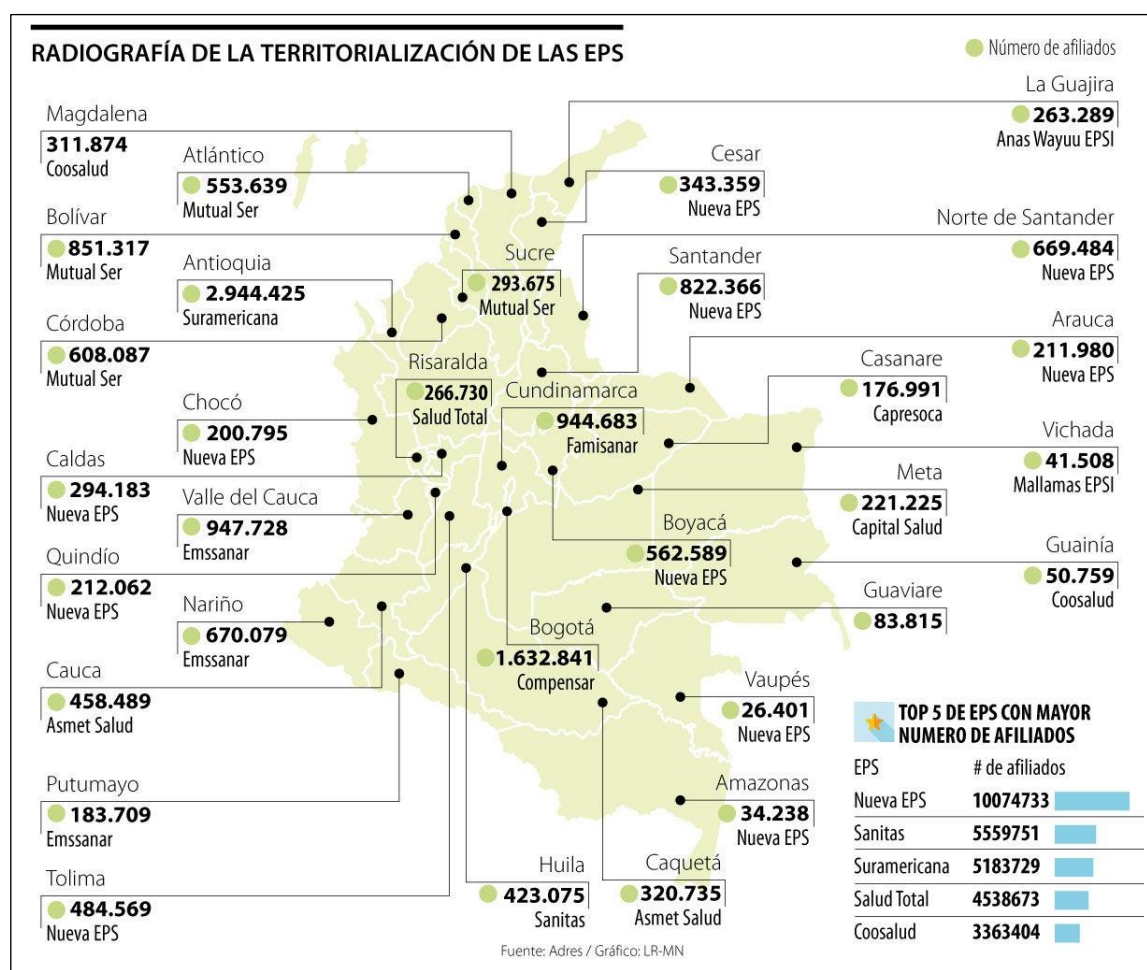
Este enfoque permite analizar con mayor profundidad la interacción entre la gestión administrativa, la tecnología y la normatividad vigente, en correspondencia con el objetivo general del estudio. Para efectos de delimitación espacial, se adopta el mapa oficial de cobertura del aseguramiento en salud del Ministerio de Salud, que muestra la distribución municipal de la afiliación ($\geq 75\%$ y $< 25\%$). Esta cartografía, al provenir de registros administrativos, ofrece una base homogénea y verificable para contextualizar el ámbito territorial del estudio (Véase Figura 1).

Figura 1. Cobertura del aseguramiento en salud por ubicación geográfica - Colombia (municipios, 2023-2025)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2025). **Cifras de aseguramiento en salud – Cobertura por Ubicación Geográfica.** Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Figura 2. Territorialización de afiliados por EPS en Colombia (2023)



Fuente: Diario *La República* (2023). *Radiografía de la territorialización de las EPS* (con insumos de ADRES). Reproducida con fines académicos. Recuperado de <https://www.larepublica.co/economia/radiografia-de-la-territorializacion-de-las-eps-propuesta-en-la-reforma-a-la-salud-354536>

Mientras la **Figura 1** (fuente oficial MinSalud) permite ubicar el alcance geográfico del estudio por niveles de cobertura municipal, la **Figura 2** (elaboración periodística con insumos de ADRES) ilustra la concentración territorial de afiliados por EPS. En conjunto, ambas visualizaciones contextualizan por qué las brechas operativas de radicación y conciliación pueden variar entre regiones y aseguradoras.

1.6.2. Delimitación temporal

La investigación comprende el período 2023-2025, durante el cual se han observado transformaciones estructurales en los procesos de radicación, auditoría y pago de cuentas médicas, derivadas principalmente de la implementación de la *Factura Electrónica de Venta con Anexo RIPS*, establecida mediante la *Resolución 2275 de 2023* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Este marco temporal se seleccionó porque permite analizar los efectos iniciales de la resolución sobre la eficiencia de los flujos de pago, la interoperabilidad tecnológica y la trazabilidad de los registros de prestación de servicios (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [ADRES], 2024).

De acuerdo con el Ministerio de Salud (2023) y la ADRES (2024), la digitalización de los procesos de facturación constituye un punto de inflexión en la transparencia del sistema, lo cual justifica la delimitación temporal adoptada para el presente estudio.

1.6.3. Delimitación temática

En términos temáticos, el estudio se centra en las dificultades administrativas, normativas y tecnológicas que inciden en la radicación de cuentas médicas ante las Entidades Promotoras de Salud (EPS), así como en la formulación de estrategias de mejora orientadas a optimizar la oportunidad, trazabilidad y transparencia del proceso (Supersalud, 2024).

No se abordan aspectos clínicos, epidemiológicos ni asistenciales, dado que el alcance de la investigación se concentra en el componente administrativo y financiero del flujo de recursos, particularmente en los procesos de gestión documental, auditoría y control interno de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en coherencia con el propósito de optimizar la eficiencia operativa del sistema.

1.6.4. Delimitación metodológica

La investigación adopta un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo), basado en el análisis documental, la revisión normativa, la interpretación de indicadores financieros y la observación de casos institucionales, conforme a las recomendaciones metodológicas de Creswell (2014).

El estudio se sustenta en el enfoque metodológico de Hernández-Sampieri et al. (2014), que propone combinar técnicas cualitativas y cuantitativas para abordar problemas complejos.

1.7. ALCANCE DEL ESTUDIO

El presente trabajo tiene un alcance descriptivo, analítico y propositivo, destinado a identificar las causas estructurales y operativas que dificultan la radicación de cuentas médicas en el sistema de salud colombiano, así como a formular estrategias de mejora aplicables a las relaciones funcionales entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista, 2014; Creswell, 2014).

Desde su dimensión descriptiva, el estudio caracteriza los procesos administrativos, normativos y tecnológicos implicados en la radicación de cuentas médicas, identificando las fallas recurrentes, los tiempos de respuesta y los principales tipos de glosas que afectan la eficiencia operativa de las IPS (Supersalud, 2024).

Desde la perspectiva analítica, el estudio interpreta los datos y la normativa vigente, contrastándolos con buenas prácticas nacionales e internacionales, para comprender y contextualizar los factores que limitan la eficiencia del flujo de recursos dentro del sistema de salud colombiano (OCDE, 2023; Banco Mundial, 2024).

En su componente propositivo, el estudio desarrolla un modelo integral de solución estructurado en tres ejes estratégicos:

1. **Estandarizar** los criterios normativos y documentales del proceso de radicación.
2. **Fortalecer** la gestión administrativa y las competencias del talento humano.
3. **Implementar** la interoperabilidad tecnológica y la automatización de los procesos.

Estos ejes se articulan como fundamentos para mejorar la trazabilidad, reducir las glosas y optimizar la eficiencia institucional.

En este sentido, el estudio no pretende evaluar clínicamente la prestación del servicio de salud ni establecer responsabilidades jurídicas entre los actores del sistema. Su propósito es aportar herramientas de análisis y gestión que puedan servir como insumo para la toma de decisiones institucionales, la formulación de políticas internas y el mejoramiento continuo de los sistemas de información y facturación (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Finalmente, el alcance del estudio se extiende hasta la formulación técnica de propuestas de mejora y la identificación de indicadores de impacto, dejando abierta la posibilidad de futuras investigaciones orientadas a la validación empírica o a la implementación piloto de las soluciones planteadas, en coherencia con la naturaleza descriptiva y propositiva de la investigación.

1.8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En coherencia con el alcance definido, durante el desarrollo de la investigación se identificaron algunas limitaciones que, si bien no comprometen la validez de los resultados, deben ser reconocidas para contextualizar el marco de acción del estudio y las condiciones bajo las cuales se obtuvieron los hallazgos.

1.8.1. Limitaciones de acceso a la información

El acceso a las bases de datos internas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) constituyó una restricción significativa, debido a la reserva de la información financiera y clínica amparada por la *Ley 1581 de 2012* sobre protección de datos personales (Congreso de la República de Colombia, 2012).

En consecuencia, el análisis empírico se sustentó en informes oficiales y fuentes secundarias verificables, entre ellos los publicados por la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud, 2025), la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES, 2024), la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC, 2025) y la Contraloría General de la República (2023), con el fin de garantizar la validez y trazabilidad de los datos utilizados.

1.8.2. Limitaciones temporales

El estudio se circunscribió al período 2023-2025, en el cual los efectos de la *Resolución 2275 de 2023* - que reglamenta la Factura Electrónica con Anexo RIPS - aún se encuentran en proceso de consolidación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023), lo que condiciona la interpretación de los resultados a una etapa inicial de implementación normativa.

En este sentido, los resultados constituyen una fotografía diagnóstica del momento actual más que una tendencia consolidada respecto al impacto de las reformas en la eficiencia del sistema.

1.8.3. Limitaciones metodológicas

En coherencia con su enfoque descriptivo y propositivo, la investigación no incorporó trabajo de campo extensivo ni encuestas representativas a funcionarios o pacientes, en concordancia con el diseño no experimental y el carácter documental del estudio (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista, 2014).

Se optó por un análisis documental y comparativo, complementado con observaciones institucionales, lo cual delimita la investigación al plano analítico, pero sienta las bases para futuras validaciones empíricas mediante estudios de caso o implementaciones piloto.

1.8.4. Limitaciones tecnológicas

Aunque el estudio plantea un modelo de interoperabilidad tecnológica, no se desarrolló ni implementó un software específico, dado que el objetivo principal se centró en la conceptualización estratégica y no en el desarrollo informático. No obstante, esta limitación abre la posibilidad de futuras investigaciones orientadas al

diseño e implementación de herramientas digitales aplicadas al proceso de radicación de cuentas médicas.

1.9. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.9.1. Objetivo general

Proponer estrategias normativas, administrativas y tecnológicas que optimicen el proceso de radicación de cuentas médicas entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, mediante el análisis de las dificultades operativas y regulatorias que afectan la eficiencia, transparencia y trazabilidad del proceso, con el fin de fortalecer la sostenibilidad institucional y la confianza en el sistema de salud.

1.9.2. Objetivos Específicos

1. **Diagnosticar** las causas normativas, administrativas y tecnológicas que afectan la radicación de cuentas médicas en el contexto del sistema de salud colombiano.
2. **Cuantificar** el impacto financiero de las glosas y demoras en los pagos sobre la sostenibilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a partir del análisis de información secundaria y reportes oficiales de entidades del sector salud.
3. **Analizar comparativamente** las políticas de radicación y auditoría de cuentas médicas en países latinoamericanos como Chile y México, con el fin de identificar buenas prácticas replicables en el contexto colombiano.
4. **Evaluar** la aplicabilidad de la *Factura Electrónica de Venta con Anexo RIPS* en el contexto colombiano y su potencial para mejorar la trazabilidad, transparencia y eficiencia del flujo de recursos en el sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).
5. **Proponer** un modelo integral de mejora sustentado en la estandarización normativa, la gestión administrativa eficiente y la interoperabilidad tecnológica, que contribuya al fortalecimiento de la sostenibilidad financiera y la gobernanza institucional de las IPS en el sistema de salud colombiano.

En síntesis, el contexto analizado evidencia que el problema de la radicación de cuentas médicas constituye una manifestación de ineficiencia institucional y fragmentación del sistema de salud colombiano. Su análisis requiere una visión interdisciplinaria que articule los enfoques del derecho, la administración y la tecnología, orientada a construir un modelo sostenible, transparente y centrado en el paciente. El siguiente capítulo aborda el marco teórico y conceptual que sustenta estos planteamientos.

2. MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO

2.1. CONTEXTO HISTÓRICO Y EVOLUCIÓN NORMATIVA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

El sistema de salud colombiano ha experimentado una transformación estructural desde la promulgación de la *Ley 100 de 1993*, la cual sustituyó el modelo asistencialista previo por un esquema de aseguramiento social en salud, fundamentado en los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia (Congreso de la República de Colombia, 1993).

La mencionada ley introdujo el *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS), estructurado en dos regímenes complementarios: el **contributivo**, financiado por los aportes de trabajadores y empleadores, y el **subsidiado**, destinado a la población más vulnerable mediante recursos del Estado. Ambos regímenes buscan garantizar la cobertura universal bajo un esquema solidario y equitativo (Congreso de la República de Colombia, 1993).

No obstante, aunque el modelo amplió la cobertura poblacional y formalizó la relación entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), también generó nuevos desafíos administrativos y financieros relacionados con la facturación, la auditoría y el flujo oportuno de pagos, como lo evidencian los informes de la OCDE (2023) y del Banco Mundial (2024).

A partir del año 2003, el incremento sostenido de la cartera morosa y la falta de control sobre la gestión de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) motivaron una serie de reformas normativas, entre ellas la *Ley 1122 de 2007* y la *Ley 1438 de 2011*, orientadas a fortalecer la gestión del riesgo financiero y garantizar el equilibrio del sistema (Congreso de la República de Colombia, 2007, 2011).

Entre los hitos normativos más relevantes se destacan las disposiciones que han regulado la radicación de cuentas médicas, la auditoría de servicios y la gestión de glosas, como se sintetiza en la *Tabla 1*.

Tabla 1. Principales hitos normativos del sistema de salud colombiano (1993-2023)

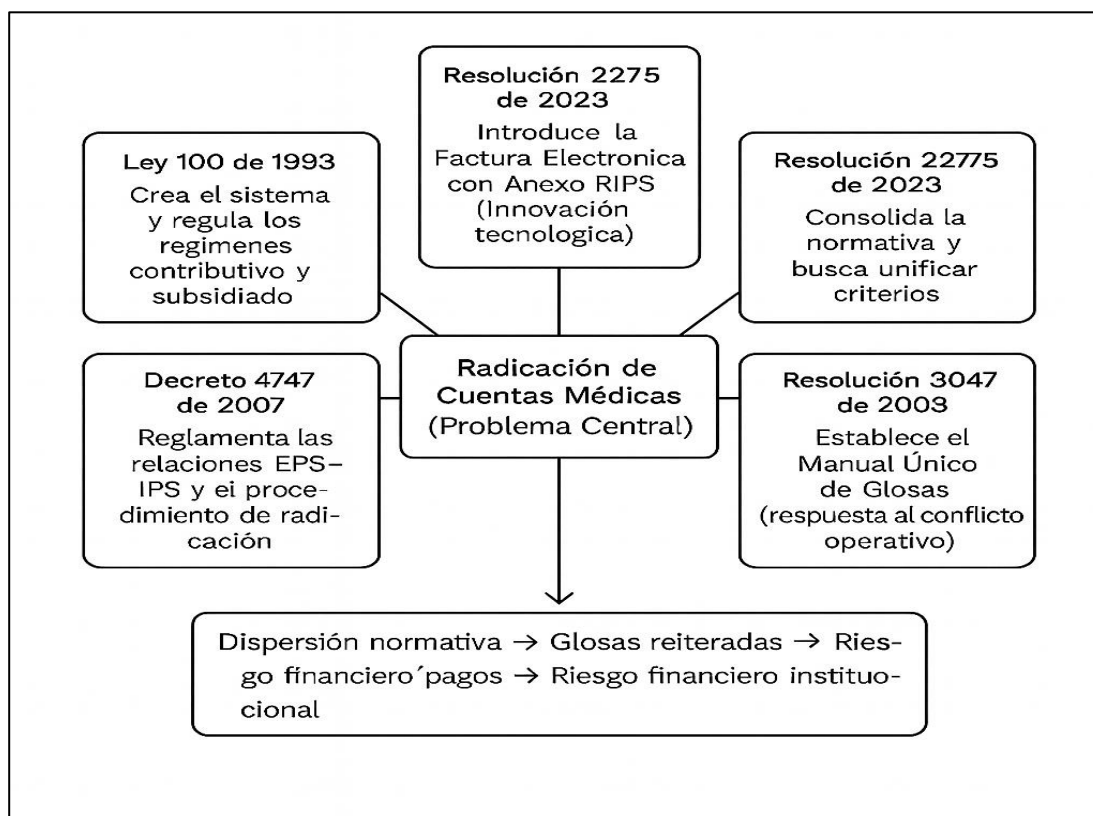
Año	Norma	Descripción
1993	Ley 100 de 1993	Crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud
2007	Decreto 4747 de 2007	Regula las relaciones EPS–IPS, la radicación de cuentas y las glosas
2008	Resolución 3047 de 2008	Adopta el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas
2011	Ley 1438 de 2011	Fortalece la rectoría del Estado y la Atención Primaria en Salud
2016	Decreto 780 de 2016	Compila y unifica toda la normativa sanitaria vigente
2017	Creación de la ADRES	Centraliza la administración de recursos y promueve la transparencia
2023	Resolución 2275 de 2023	Implementa la Factura Electrónica de Venta con Anexo RIPS

Fuente: Elaboración propia con base en Congreso de la República (1993, 2007, 2011, 2015), Ministerio de la Protección Social (2007, 2008), Ministerio de Salud y Protección Social (2016, 2023) y ADRES (2017).

No obstante, los avances logrados, la fragmentación operativa del sistema continúa siendo evidente. Cada Entidad Promotora de Salud (EPS) aplica criterios propios para la radicación, auditoría y validación de cuentas, lo cual contradice los principios de eficiencia administrativa y coordinación establecidos en el artículo 209 de la *Constitución Política de Colombia* (1991).

En consecuencia, esta falta de uniformidad evidencia una brecha estructural entre la normatividad formal y su aplicación práctica, constituyéndose en el núcleo del problema analizado en la presente investigación (véase Figura 2).

Figura 3. Análisis normativo del problema central de la radicación de cuentas médicas (1993–2023)



Fuente: Elaboración propia con base en Ley 100 de 1993; Decreto 4747 de 2007; Resolución 3047 de 2008; Resolución 2275 de 2023.

2.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO DE RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS

La radicación de cuentas médicas constituye el procedimiento administrativo mediante el cual una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) presenta ante una Entidad Promotora de Salud (EPS) la factura y los soportes documentales que acreditan los servicios efectivamente prestados, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el *Decreto 4747 de 2007* (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Según el artículo 13 del *Decreto 4747 de 2007*, la radicación se considera formal y válida únicamente cuando la documentación entregada cumple con todos los requisitos exigidos por la normativa, condición que determina la aceptación del cobro y el inicio del proceso de auditoría y pago por parte de las Entidades Promotoras de Salud (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Una vez efectuada la radicación válida, comienzan a contarse los plazos legales para la auditoría, la respuesta y el pago de las cuentas médicas, los cuales, de

acuerdo con el artículo 56 de la *Ley 1438 de 2011*, no deben exceder los sesenta (60) días calendario (Congreso de la República de Colombia, 2011).

De esta manera, el propósito del proceso de radicación es garantizar que el reconocimiento y pago de los servicios de salud se realicen con base en información verificable, trazable y oportuna, en los términos previstos por la ley y conforme a lo establecido en el *Decreto 780 de 2016* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

No obstante, se evidencia que la falta de estandarización documental entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y la ausencia de interoperabilidad tecnológica han dificultado el seguimiento transparente de los procesos de facturación y cobro (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC], 2025; Superintendencia Nacional de Salud [Supersalud], 2024).

De acuerdo con la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud, 2024), más del 50 % de las glosas registradas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se originan por errores de forma y no de fondo. Este hallazgo demuestra que las ineficiencias del sistema no derivan de vacíos normativos, sino de deficiencias en la gestión documental y tecnológica de las instituciones responsables

2.3. DIMENSIÓN JURÍDICA ENTRE LA LEGALIDAD Y LA APLICACIÓN DEFICIENTE

Desde una perspectiva jurídico-administrativa, el proceso de radicación de cuentas médicas se sustenta en un marco normativo integral, orientado a garantizar la transparencia, la eficiencia y la legalidad en el flujo de recursos del sistema de salud colombiano, conforme a los principios de coordinación y responsabilidad establecidos en el artículo 209 de la *Constitución Política de Colombia* (1991) y el *Decreto 780 de 2016* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

No obstante, la aplicación desigual y fragmentada de la normativa vigente genera inseguridad jurídica, conflictos contractuales y demoras recurrentes en los pagos entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), lo que afecta la sostenibilidad institucional y financiera del sistema (Superintendencia Nacional de Salud [Supersalud], 2024; Contraloría General de la República, 2023).

El *Decreto 4747 de 2007* establece que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) están obligadas a revisar las facturas dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la radicación formal (Ministerio de la Protección Social, 2007). A su vez, el *Decreto 780 de 2016*, *Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*, refuerza la obligación de efectuar el pago dentro de los sesenta (60) días hábiles posteriores a dicha revisión (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). El incumplimiento de estos plazos constituye una violación directa del marco legal y es susceptible de sanción administrativa por parte de la Superintendencia Nacional

de Salud. Sin embargo, la capacidad sancionatoria de la Supersalud se ha visto limitada por la alta carga procesal y por la ausencia de herramientas tecnológicas que automaticen la vigilancia y el control de los flujos de pago, lo cual evidencia una brecha entre el mandato jurídico y la capacidad operativa del ente de control (Superintendencia Nacional de Salud [Supersalud], 2024).

Por consiguiente, el problema no radica en la ausencia de normas, sino en la ineficacia de su aplicación, lo que pone de manifiesto una debilidad estructural en los mecanismos de gobernanza y control institucional del sistema de salud colombiano (Contraloría General de la República, 2023).

Como advierte la Contraloría General de la República (2023), la falta de trazabilidad en los procesos de auditoría y la diversidad de criterios utilizados por las EPS para la validación de facturas, generan incertidumbre jurídica, duplicidad de esfuerzos administrativos y riesgos de opacidad en el manejo de los recursos públicos. Este panorama evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos tecnológicos de control y la articulación interinstitucional como condiciones indispensables para la gobernanza efectiva del sistema de salud.

2.4. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

La presente investigación se sustenta en tres pilares teóricos que orientan la comprensión del fenómeno de la radicación de cuentas médicas en Colombia:

- a) La gestión pública moderna,
- b) la teoría de la eficiencia organizacional, y
- c) la transformación digital aplicada al sector salud.

Estos enfoques permiten integrar las dimensiones administrativa, jurídica y tecnológica del problema, garantizando una lectura interdisciplinaria del sistema de salud y de sus procesos de gestión (Hernández-Sampieri et al., 2022).

a) Gestión pública moderna

De acuerdo con Drucker (1999) y Mintzberg (2003), la eficiencia institucional depende de la simplificación de procesos y de la orientación hacia resultados. Estos principios son fundamentales en la gestión pública sanitaria, especialmente en contextos donde la multiplicidad de trámites, formatos y plataformas tecnológicas obstaculiza la trazabilidad y el flujo oportuno de recursos.

Desde esta perspectiva, aplicado al contexto colombiano, el modelo de gestión pública moderna implica sustituir la cultura del trámite por una cultura de resultados, en la cual los procedimientos administrativos estén al servicio de la efectividad, la transparencia y la rendición de cuentas (Ramírez, 2021).

En el ámbito de la salud, esto supone la necesidad de estandarizar los procesos de radicación de cuentas médicas, implementar sistemas interoperables y garantizar la rendición de cuentas mediante mecanismos tecnológicos que minimicen la discrecionalidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

Como lo señala Ramírez (2021), el éxito de la gestión pública contemporánea depende de la articulación entre políticas, información y tecnología, en un entorno donde el análisis de datos y la automatización administrativa se convierten en instrumentos esenciales para optimizar la eficiencia institucional.

b) Eficiencia organizacional

De acuerdo con la teoría clásica de la administración, la eficiencia organizacional se alcanza cuando una entidad pública o privada logra maximizar sus resultados utilizando los recursos disponibles de manera racional y oportuna (Koontz & Weihrich, 2010).

En este contexto, la eficiencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) se refleja en la recuperación ágil y oportuna de los ingresos por servicios prestados, evitando sobrecostos en los procesos de facturación, radicación y auditoría (Superintendencia Nacional de Salud [Supersalud], 2024).

De acuerdo con estudios recientes de autores latinoamericanos, como Pérez y González (2022), la eficiencia en la gestión pública sanitaria está estrechamente vinculada con la capacidad de las instituciones para adoptar herramientas digitales, especialmente en contextos donde los sistemas de salud presentan fragmentación operativa y baja integración tecnológica.

En este sentido, la eficiencia organizacional en el sector salud no solo depende de la racionalización administrativa, sino también de la capacidad institucional para incorporar innovación tecnológica, promover la interoperabilidad de la información y fortalecer la trazabilidad financiera (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

c) Transformación digital en salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) plantea que la transformación digital de los sistemas sanitarios constituye un elemento esencial para fortalecer la gobernanza, la transparencia y la eficiencia operativa, al integrar la gestión de la información con la toma de decisiones basada en evidencia.

La adopción de tecnologías interoperables (como la Factura Electrónica con Anexo RIPS, la Historia Clínica Electrónica y los sistemas basados en *blockchain*), permite reducir errores humanos, acelerar la validación de la información y fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

La **Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023)** coincide en que **la digitalización no debe entenderse únicamente como una modernización tecnológica, sino como un proceso estratégico de gestión pública que vincula la información, la toma de decisiones y la sostenibilidad financiera.**

En síntesis, la radicación digital de cuentas médicas debe concebirse como un proceso estratégico (y no meramente operativo), ya que articula los componentes administrativos, financieros y tecnológicos que determinan tanto la estabilidad institucional de las IPS como la transparencia del sistema de salud colombiano.

2.5. COMPARATIVO INTERNACIONAL: LECCIONES DE CHILE, ESPAÑA Y MÉXICO

El análisis comparado constituye una herramienta metodológica que permite identificar buenas prácticas internacionales y transferir aprendizajes institucionales a otros contextos. En este caso, su aplicación facilita reconocer experiencias exitosas de digitalización y estandarización en los procesos de facturación y radicación de cuentas médicas, que pueden servir como referencia estratégica para el sistema de salud colombiano (Dolowitz & Marsh, 2000).

A continuación, se describen los modelos más relevantes implementados en Chile, España y México, junto con sus resultados en términos de eficiencia, trazabilidad y transparencia. Estos casos representan distintos grados de madurez tecnológica en la gestión del gasto sanitario y ofrecen referentes útiles para el fortalecimiento de la radicación electrónica en Colombia.

Tabla 2. Modelos internacionales de radicación y facturación en salud

País	Modelo implementado	Resultados relevantes
Chile	El Fondo Nacional de Salud (FONASA) implementó la radicación electrónica y el pago automatizado de facturas mediante su sistema SISALUD Digital.	Reducción del tiempo promedio de pago a 45 días y disminución del 50% de glosas administrativas .
España	Adopción del Sistema Nacional de Facturación Sanitaria Electrónica (SNFSE) con interoperabilidad entre hospitales y aseguradoras.	Consolidación de la trazabilidad total y mejora sustancial en la rendición de cuentas del gasto sanitario.
México	Implementación del sistema Factura Digital CFDI Salud , integrado con la Secretaría de Hacienda y el Servicio de Administración Tributaria.	Mayor control fiscal , reducción de errores contables y fortalecimiento del seguimiento presupuestal.

Fuente: Elaboración propia con base en FONASA (2023), SNFSE (2022) y Secretaría de Salud de México (2023).

Los modelos analizados evidencian que la estandarización de procesos y el uso de plataformas interoperables constituyen factores críticos para reducir glosas, agilizar los pagos y disminuir los litigios entre prestadores y aseguradores (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023; Banco Mundial, 2024).

Colombia, con la expedición de la *Resolución 2275 de 2023*, mediante la cual se reglamenta la *Factura Electrónica de Venta con Anexo RIPS (FEV-RIPS)*, ha iniciado un proceso de modernización comparable con las experiencias internacionales. No obstante, el país aún requiere consolidar un ecosistema digital unificado que garantice la interoperabilidad entre EPS e IPS, bajo criterios tecnológicos, administrativos y normativos homogéneos. A diferencia de los países analizados, donde la gestión digital es de carácter nacional y obligatorio, en Colombia el reto radica en la integración efectiva de las plataformas institucionales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

2.6. PROBLEMÁTICAS PERSISTENTES EN LA PRÁCTICA

A pesar del desarrollo normativo y de las lecciones derivadas de las experiencias internacionales, el sistema colombiano continúa enfrentando diversas problemáticas estructurales. Entre las más relevantes se identifican:

1. **Desarticulación entre actores:** cada Entidad Promotora de Salud (EPS) opera bajo esquemas propios, sin mecanismos de coordinación ni homogeneidad procedimental.
2. **Deficiencia tecnológica:** la inexistencia de una plataforma única limita la interoperabilidad y la trazabilidad integral de los pagos.
3. **Débil control institucional:** las sanciones aplicadas no generan cambios estructurales y la Superintendencia Nacional de Salud carece de herramientas predictivas para monitorear los flujos financieros.
4. **Fragmentación del conocimiento:** la gestión del proceso suele recaer en personal operativo con escasa formación técnica o jurídica.

Estas condiciones explican por qué la radicación de cuentas médicas continúa siendo un proceso manual, susceptible a errores y conflictos, a pesar de los avances normativos y tecnológicos (Superintendencia Nacional de Salud [Supersalud], 2024; Contraloría General de la República, 2023).

2.7. CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE GOBERNANZA Y TRANSPARENCIA

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2021), la gobernanza en salud se define como el conjunto de mecanismos, procesos

y normas mediante los cuales se articulan las decisiones y se gestionan los recursos del sistema sanitario de manera coordinada, transparente y basada en evidencia.

En este sentido, la radicación de cuentas médicas constituye un componente esencial de la gobernanza financiera del sistema de salud, dado que regula el flujo de recursos, la rendición de cuentas y la transparencia en el uso del gasto público. La falta de transparencia y la ausencia de trazabilidad no solo afectan la eficiencia operativa, sino que deterioran la confianza pública en la gestión sanitaria (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

En el contexto colombiano, se plantea que la adopción de herramientas digitales, acompañada de una cultura institucional de rendición de cuentas y de políticas de datos abiertos, podría transformar de manera estructural el modelo actual de gestión sanitaria (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones [MinTIC], 2023).

La integración de herramientas de inteligencia artificial (IA) y análisis de *Big Data* en los procesos de auditoría podría contribuir a predecir patrones de glosas, optimizar la detección de inconsistencias y sancionar comportamientos ineficientes o fraudulentos (Banco Mundial, 2024).

En conclusión, el marco teórico y normativo evidencia que el problema de la radicación de cuentas médicas en Colombia no se origina en la ausencia de leyes, sino en la ineficiencia de su implementación, supervisión y control. Mientras otros países avanzan hacia la automatización y la transparencia total, el sistema colombiano continúa condicionado por prácticas burocráticas que obstaculizan la eficiencia institucional. Superar esta situación requiere una visión integradora que articule los componentes legales, administrativos y tecnológicos dentro de un marco de gobernanza sostenible y orientado a resultados.

3. METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

La investigación se desarrolló con **enfoque mixto**, que articula métodos cualitativos y cuantitativos **dada la naturaleza multifactorial** del fenómeno analizado (Creswell, 2014; Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista, 2018).

Dado que la radicación de cuentas médicas **involucra dimensiones jurídicas, administrativas, financieras y tecnológicas**, se requiere un abordaje integral que permita comprender el marco regulatorio y sus impactos operativos en IPS y EPS.

El componente cualitativo se orientó al **análisis documental** de normas, decretos, resoluciones y políticas públicas **vigentes**, priorizando fuentes oficiales por su **autoridad, actualidad y relevancia**.

El análisis permitió identificar **vacíos de aplicación, dispersión normativa y factores administrativos** que afectan trazabilidad y eficiencia, a partir de **codificación temática** en ejes normativo, administrativo y tecnológico.

El componente cuantitativo se sustentó en la revisión y **sistematización de datos oficiales** (ADRES, 2024; Supersalud, 2024; ACHC, 2025; Contraloría General, 2023), considerando **cortes 2023-2025, periodicidad declarada y cobertura nacional**.

Con estas fuentes se analizaron **patrones de morosidad, tiempos promedio de pago, tipologías de glosa y montos de cartera, operacionalizando** cada variable conforme a las definiciones institucionales de ADRES y Supersalud.

El enfoque mixto se justifica porque **ningún método aislado** permite capturar la complejidad de la radicación: *lo cualitativo aporta profundidad explicativa; lo cuantitativo, evidencia numérica y comparación; su articulación integra interpretación y medición y fortalece la validez de las inferencias* (Creswell, 2014).

3.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es **descriptivo** (caracteriza el proceso y actores), **analítico** (identifica causas estructurales contrastando teoría y datos) y **propositivo** (formula estrategias de mejora aplicables en ámbitos institucional y nacional) (Hernández-Sampieri et al., 2018).

El diseño es **no experimental y transversal**, al observar los fenómenos en su contexto natural **sin manipulación de variables**, analizando datos del período **2023-2025** (consistente con la delimitación temporal).

La lógica metodológica combinó **deducción** (del marco normativo general) e **inducción** (interpretación de datos empíricos para generar conclusiones aplicables), siguiendo criterios de **validez inferencial** en estudios aplicados.

3.3. FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes se clasificaron en **primarias, secundarias y terciarias**, lo que permitió una **triangulación** entre información normativa, estadística y académica para **mejorar validez y confiabilidad** (Hernández-Sampieri et al., 2018).

Esta estrategia fortalece la **validez y confiabilidad** del estudio, al combinar evidencia jurídica, institucional y científica sobre la radicación de cuentas médicas en Colombia.

Tabla 3. Clasificación de las fuentes de información utilizadas en la investigación

Tipo de fuente	Descripción	Ejemplos concretos
Primarias	Normas, leyes, decretos y resoluciones oficiales que regulan el sistema de salud colombiano.	Ley 100 de 1993; Decreto 4747 de 2007; Decreto 780 de 2016; Resolución 2275 de 2023.
Secundarias	Informes institucionales, bases de datos oficiales y reportes estadísticos sobre glosas, cartera y flujo de recursos.	Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud, 2024); Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC, 2025); Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES, 2024); Contraloría General de la República (2023).
Terciarias	Estudios académicos, tesis de grado, artículos científicos y literatura técnica que contextualizan la gestión pública y la digitalización en salud.	Morales et al. (2022); Gómez & Valencia (2021); Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2021).

Fuente: Elaboración propia (2025) con base en normativa oficial (1993–2023), informes institucionales (Supersalud, 2024; ADRES, 2024; ACHC, 2025; Contraloría, 2023) y literatura académica (Morales et al., 2022; Gómez & Valencia, 2021; OCDE, 2021).

El uso combinado de estas fuentes posibilitó un análisis **jurídico-documental, cuantitativo-institucional y teórico-académico**. La selección respondió a **criterios de inclusión** (actualidad, autoridad y pertinencia), asegurando **consistencia analítica y validez de resultados**.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. **Revisión documental** (fichas de extracción y matriz de normas).
2. **Análisis comparativo** (criterios: obligatoriedad, cobertura, interoperabilidad, tiempos de pago).
3. **Tabulación estadística** (plantillas en hoja de cálculo; tablas de frecuencia).
4. **Análisis de contenido** (libro de códigos por ejes normativo, administrativo y tecnológico).

Cada técnica fue aplicada de manera sistemática para evitar sesgos y fortalecer la fiabilidad del estudio.

3.5. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

El estudio se ejecutó en cuatro fases secuenciales: **exploratoria**, **descriptiva**, **analítica** y **propositiva**. Cada fase contó con productos verificables (matriz normativa, base de datos, informe de hallazgos e instrumento de propuestas), lo que permitió estructurar el trabajo de manera coherente con los objetivos y conclusiones, conforme a criterios de investigación aplicada (Creswell, 2014; Hernández-Sampieri et al., 2018).

Tabla 4. Fases del estudio

Fase	Actividad principal	Producto o resultado	Instrumentos/Fuentes
I. Exploratoria	Identificación de la normativa, literatura y documentos relevantes.	Marco teórico consolidado.	Normativa (Ley 100/1993; D. 4747/2007; R. 3047/2008; R. 2275/2023); bases académicas (Scielo, Redalyc).
II. Descriptiva	Sistematización de datos sobre glosas, pagos y morosidad.	Diagnóstico preliminar.	Matriz de datos (Supersalud, ADRES); plantillas RIPS; checklist de calidad.
III. Analítica	Comparación e interpretación de resultados.	Identificación de causas estructurales.	Indicadores (plazo promedio, % de glosas); análisis comparativo.
IV. Propositiva	Formulación de estrategias normativas y tecnológicas.	Modelo integral de mejora.	Marco lógico; cronograma; tablero de indicadores.

Fuente: Elaboración propia con base en los lineamientos de investigación aplicada (Creswell, 2014; Hernández-Sampieri et al., 2018).

3.6. CRITERIOS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La **validez** y **confiabilidad** se sustentaron en la **triangulación de fuentes**, el **rigor metodológico** y **criterios éticos** de transparencia.

a) Validez. Se operacionalizaron **tres capas de validez**:

- **Validez de contenido.** Construcción del marco conceptual y categorial a partir de la **Ley 100 de 1993**, el **Decreto 4747 de 2007**, la **Resolución 3047 de 2008** y la **Resolución 2275 de 2023**, complementado con lineamientos sectoriales (MinSalud, Supersalud, ADRES) y literatura académica indexada. Se ejecutó **revisión por pares internos** (lectura crítica de expertos temáticos) para depurar definiciones y asegurar cobertura de dimensiones críticas (radicación, glosas, flujos de pago, trazabilidad RIPS).
- **Validez de constructo.** Mapeo explícito *concepto - variable - indicador - fuente* (p. ej., “oportunidad de pago” = *días transcurridos entre radicación y giro* = indicador de plazo promedio). Se documentó una **matriz de trazabilidad** para conectar cada hallazgo con su evidencia.
- **Validez de criterio / convergente.** **Triangulación** con bases institucionales (Supersalud, 2024–2025; ADRES, 2024) y reportes gremiales (ACHC, 2025) para contrastar patrones (tendencia de glosas, plazos de pago y morosidad).

En síntesis, la validez se sustentó en *triangulación multifuente*, **verificación en fuente primaria** (normativa y actos administrativos oficiales), **consistencia interna entre categorías analíticas** y *respeto por principios de protección de datos personales* (Ley 1581 de 2012 y su régimen reglamentario) e **investigación en salud** (Resolución 8430 de 1993).

b) Confiabilidad: estabilidad de los resultados y replicabilidad del proceso.

La **confiabilidad** se garantizó con controles de proceso y evidencias de repetibilidad o replicabilidad del diseño, **protocolo de control de versiones**, **bitácora de decisiones**, y **duplicación de tabulaciones** para control de errores. Se trabajó con fuentes institucionales **actuales** y **consistentes** (2023–2025), reduciendo riesgo de obsolescencia normativa y sesgo de información.

- **Protocolo de trabajo.** Disposición de un documento paso a paso para buscar, seleccionar y extraer la información. Cada cambio queda registrado con fecha y número de versión, y llevando una bitácora de decisiones donde se explique por qué se hizo cada ajuste.

- **Reglas de codificación.** Se definió cómo clasificar cada glosa y su causa. Cuando se realizaron dos clasificaciones similares, se midió qué tanto coincidieron (coeficiente Kappa de Cohen). Si hubo diferencias, se revisaron en conjunto hasta llegar a una decisión de conciliación de dato o información.
- **Verificación con doble digitación.** En al menos el 10 % de los registros, se pudo presentar doble ingreso de los datos por separado. Se compararon y se corrigieron diferencias. Aceptando un margen de error menor al 1 %.
- **Controles de integridad.** Búsqueda de valores extraños o fuera de rango; aplicando reglas de calidad de datos (que los datos estén completos, no duplicados y con fechas coherentes), dejando registro de cada corrección con fecha para asegurar la trazabilidad.

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dado el carácter **documental** del estudio y el uso de **información pública** o **institucional** sin intervención sobre personas, el estudio se clasifica como **investigación sin riesgo** (conforme a la **Resolución 8430 de 1993**, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud), observando los principios éticos de la **Declaración de Helsinki** (World Medical Association, 2013) y la **Ley 1581 de 2012**. Se garantizó **integridad intelectual, uso legítimo de la información, trazabilidad y transparencia** en resultados.

No se recolectaron datos clínicos individuales ni identificadores directos; en caso de hallar referencias personales en documentos secundarios, se aplicó **desidentificación** y **minimización** del dato.

Se observaron los siguientes **marcos de referencia y principios**:

- **Integridad y transparencia científica.** Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) como marco axiológico; **integridad intelectual, citación verificable** y **reporte honesto de limitaciones**.
- **Protección de datos personales.** Cumplimiento de **Ley 1581 de 2012** y su reglamentación (tratamiento lícito, finalidad, libertad, veracidad, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad). Se actuó bajo criterios de **minimización, retención limitada** y **borrado seguro** de temporales.
- **Transparencia y acceso a la información pública.** Observancia de **Ley 1712 de 2014** (transparencia y derecho de acceso). Las citas a información estatal incluyen fuente y fecha de consulta para asegurar auditabilidad.
- **Ética en salud.** Respeto al **derecho fundamental a la salud** (Ley 1751 de 2015) y al carácter **sensible** de la información sanitaria; no se divulgaron datos que permitan **reidentificación** de pacientes, profesionales o IPS.

- **Gobernanza del dato y conflictos de interés.** Política de **segregación de ambientes**, control de versiones y respaldo de evidencias. No existen **conflictos de interés** financieros o institucionales que comprometan la neutralidad del análisis.
- **Salvaguarda adicional.** Los resultados se reportan con **lenguaje no estigmatizante** y con enfoque de **responsabilidad social** sobre el impacto del financiamiento y la oportunidad de pago en la calidad del servicio.

3.8. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

El estudio reconoce tres limitaciones principales:

1. **Dependencia de fuentes secundarias:** algunos datos oficiales presentan desfases temporales o diferencias en los métodos de recolección entre entidades.
 - *Mitigación:* Para mitigar esta limitación, se aplicó un contraste interinstitucional y doble verificación de la información, complementando los datos secundarios con fuentes académicas y reportes de instituciones confiables.
2. **Acceso restringido a información interna:** ciertas EPS no publican informes detallados sobre tiempos de pago o porcentajes de glosas.
 - *Mitigación:* Ante esta restricción, se recurrió a la utilización de datos públicos homólogos provenientes de instituciones como Supersalud y la Contraloría General de la República, así como informes de entidades privadas y académicas.
3. **Heterogeneidad institucional:** las diferencias entre regiones y niveles de complejidad hospitalaria limitan la comparabilidad directa de los resultados.
 - *Mitigación:* Para abordar esta limitación, se realizaron análisis por subgrupos, diferenciando los resultados por región geográfica y nivel de complejidad hospitalaria, lo que permitió una interpretación más detallada y contextualizada de los datos.

A pesar de estas limitaciones, se emplearon técnicas rigurosas de verificación y análisis para garantizar la fiabilidad y validez de los resultados obtenidos.

3.9. ANÁLISIS METODOLÓGICO APLICADO

Con el fin de garantizar la coherencia entre los objetivos específicos, las variables de estudio, el tipo de dato, las técnicas de análisis y los instrumentos utilizados, se diseñó una **matriz metodológica** que permitió mantener trazabilidad entre las preguntas de investigación, los métodos aplicados y los resultados obtenidos (véase **Tabla 5**).

Tabla 5. Matriz metodológica aplicada en la investigación

Objetivo específico	Variable principal	Tipo de dato	Técnica de análisis	Instrumento
Diagnosticar causas de ineficiencia	Causas normativas, administrativas y tecnológicas	Cualitativo	Análisis de contenido	Revisión documental
Cuantificar impacto financiero	Días de pago, monto de cartera, número de glosas	Cuantitativo	Tabulación estadística	Bases de datos institucionales
Analizar políticas comparadas	Modelos internacionales (Chile, España, México)	Cualitativo	Análisis comparativo	Revisión normativa
Evaluar aplicabilidad tecnológica	Uso de FEV-RIPS e interoperabilidad	Cualitativo / Cuantitativo	Evaluación cruzada	Informes técnicos
Formular propuestas	Factores de mejora identificados	Cualitativo	Análisis interpretativo	Síntesis documental

Fuente: Elaboración propia (2025), adaptada a partir de los lineamientos metodológicos de la investigación aplicada de Creswell (2014) y Hernández-Sampieri et al. (2018).

En síntesis, la metodología adoptada equilibra **rigor académico** y **aplicabilidad práctica**, brindando un **marco replicable** para analizar la radicación de cuentas médicas en las dimensiones **jurídica, administrativa, tecnológica y ética**. El siguiente capítulo desarrolla el **diagnóstico empírico** a partir de la evidencia consolidada.

4. DIAGNÓSTICO DE LA PROBLEMÁTICA

4.1. PANORAMA GENERAL DEL PROCESO DE RADICACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS

El proceso de radicación de cuentas médicas constituye un punto de articulación entre la gestión administrativa y la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), conforme a los lineamientos operativos del *Decreto 780 de 2016* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En su diseño normativo, el procedimiento busca garantizar que las IPS reciban el pago oportuno conforme a los plazos previstos en el artículo 56 de la *Ley 1438 de 2011* y en el *Decreto 4747 de 2007* (Congreso de la República de Colombia, 2011; Ministerio de la Protección Social, 2007).

No obstante, la práctica institucional evidencia una brecha sistemática entre el diseño normativo y su aplicación operativa, visible en los componentes documental, tecnológico y administrativo.

Un procedimiento concebido para agilizar la compensación económica y el control financiero se ejecuta, en la práctica, con alta carga burocrática, afectado por **fragmentación documental, heterogeneidad de plataformas y ausencia de estándares comunes de radicación** (Superintendencia Nacional de Salud [Supersalud], 2024; Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC], 2025).

De acuerdo con el *Informe Nacional de Cartera Hospitalaria y Glosas 2025* de la ACHC, más del 70 % de los hospitales reportan demoras superiores a 120 días en la recepción de pagos (ACHC, 2025).

Ello contrasta con el límite de **sesenta (60) días** establecido para la revisión, auditoría y pago tras la radicación válida en el *Decreto 4747 de 2007* (Ministerio de la Protección Social, 2007).

El incumplimiento sistemático de los plazos genera **estrés financiero** en las IPS, con reducción de la capacidad de inversión, afectación de la calidad y aumento del endeudamiento con proveedores y personal. El impacto es especialmente severo en hospitales públicos de segundo y tercer nivel, que dependen de los giros de las EPS, comprometiendo la garantía del **derecho fundamental a la salud** (Ley 1751 de 2015) (Congreso de la República de Colombia, 2015).

Desde una perspectiva macroeconómica, el rezago en pagos distorsiona el **flujo de caja sectorial** y profundiza la desconfianza entre actores, configurando un **cuello de botella financiero-administrativo** (Contraloría General de la República, 2023).

4.2. IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS ESTRUCTURALES

El análisis de fuentes normativas y empíricas permitió identificar tres **ejes causales fundamentales** que explican la persistencia de las dificultades en la radicación de cuentas médicas entre las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Cada eje está asociado con una causa principal, una manifestación práctica y una consecuencia directa sobre la eficiencia del sistema como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 6. Ejes estructurales que generan ineficiencias en la radicación de cuentas médicas

Eje	Causa principal	Manifestación práctica	Consecuencia
Normativo	Falta de unificación en los criterios de radicación y auditoría.	Cada EPS exige formatos, soportes y requisitos distintos.	Glosas administrativas reiteradas y demoras en los pagos.
Administrativo	Ineficiencia en la gestión documental y falta de capacitación del personal.	Errores en soportes, inconsistencias, duplicidades y ausencia de verificación previa.	Glosas evitables, reprocesos y mayores costos operativos.
Tecnológico	Ausencia de interoperabilidad entre sistemas EPS–IPS.	Doble digitación, envío manual de información y pérdida de trazabilidad.	Retrasos en la validación, riesgo de errores y aumento de costos operativos.

Fuente: Elaboración propia (2025), con base en análisis de normativa sanitaria (Decreto 4747 de 2007; Resolución 3047 de 2008; Decreto 780 de 2016) y datos institucionales (Supersalud, 2024; ACHC, 2025; Contraloría General, 2023).

La conjunción de estos tres ejes genera un entorno de **incertidumbre contractual**, donde la IPS no tiene garantía sobre la oportunidad ni la transparencia del pago.

4.3. ANÁLISIS DEL IMPACTO FINANCIERO

La Contraloría General de la República (2023) estimó la **cartera hospitalaria** en **14,3 billones de pesos**, de los cuales **85 %** corresponde a facturación radicada y no pagada por las EPS.

Esta cifra refleja una **ineficiencia estructural** en los procesos de radicación, auditoría y pago, que se traduce en un deterioro progresivo de la **liquidez institucional** de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

La composición de dicha cartera, según tipo de EPS, se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 7. Composición de la cartera hospitalaria según tipo de EPS (2023-2025)

Tipo de EPS	Participación en cartera (%)	Promedio de días de mora	Fuente
Régimen contributivo	40 %	110 días	Supersalud (2024)
Régimen subsidiado	45 %	140 días	ACHC (2025)
EPS intervenidas o liquidadas	15 %	180 días	Contraloría General (2023)

Fuente: Elaboración propia (2025) con base en Supersalud (2024), ACHC (2025) y Contraloría General (2023).

Los datos reflejan que el **régimen subsidiado** concentra la mayor proporción de cartera (45 %), lo cual se explica por la **dependencia de transferencias estatales y la vulnerabilidad financiera de las EPS públicas o mixtas**.

Por su parte, las EPS del **régimen contributivo** mantienen una participación del **40%**, aunque con menores tiempos de mora promedio.

Las **EPS intervenidas o en proceso de liquidación** representan el **15 % restante**, pero concentran los **mayores niveles de morosidad (180 días)**, lo que evidencia la falta de mecanismos efectivos de recuperación de cartera en situaciones de insolvencia.

En términos de **flujo de caja**, la demora en los pagos obliga a las IPS a recurrir a **créditos bancarios, factoring o anticipos de tesorería** para sostener su operación, generando **sobrecostos financieros** que no son reconocidos por las EPS ni por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

El costo financiero asociado a la morosidad se estima en **cerca de 1,2 billones de pesos anuales**, con base en proyecciones derivadas de los informes de la Contraloría (2023).

Estos datos confirman una **tendencia creciente de morosidad** que **compromete la liquidez hospitalaria**, debilita la capacidad de inversión del sector y perpetúa un **ciclo de endeudamiento estructural**, coincidiendo con los hallazgos del *Informe Especial sobre la Sostenibilidad Financiera del Sector Salud* de la **Contraloría General de la República (2023)**.

4.4. GLOSAS: CAUSAS Y EFECTOS SOBRE LA LIQUIDEZ

Las **glosas** representan una de las principales fuentes de fricción y litigio en el proceso de **radicación de cuentas médicas** entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

De acuerdo con la **Resolución 3047 de 2008** del **Ministerio de la Protección Social (2008)**, que adopta el **Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas**, las glosas se clasifican en **tres categorías: administrativas, clínicas y contractuales**, siendo las **administrativas** las más frecuentes en el contexto colombiano.

A continuación, se muestra una tabla con los tipos de glosas, sus descripciones, ejemplos frecuentes y su incidencia promedio.

Tabla 8. Tipos de glosas según el Manual Único de Glosas

Tipo de glosa	Descripción	Ejemplos frecuentes	Incidencia promedio (%)
Administrativas	Errores en la radicación, falta de documentos o incumplimiento de requisitos formales.	Ausencia de soportes, errores en códigos, facturas duplicadas.	55 % (Supersalud, 2024; ACHC, 2025).
Clínicas	Inconsistencias en la historia clínica o en la pertinencia del servicio prestado.	Procedimientos no autorizados, diferencias en diagnósticos.	25 % (Supersalud, 2024; ACHC, 2025).
Contractuales	Desacuerdos derivados de la interpretación de tarifas o servicios.	Tarifas no reconocidas, exclusiones del contrato.	20 % (Supersalud, 2024; ACHC, 2025).

Fuente: Elaboración propia (2025), con base en Ministerio de la Protección Social (2008), Supersalud (2024) y ACHC (2025).

Los informes recientes de la Supersalud (2024) confirman que las **glosas administrativas** superan el **50 %** del total, generando **reprocesos** y acumulación de cartera radicada sin reconocimiento. La ACHC (2025) estima que el costo de reprocesamiento asciende, en promedio, al **6 %** del valor facturado, y puede alcanzar el **10 %** en hospitales de alta complejidad. Este fenómeno actúa como **restringidor del flujo de caja**, prolongando ciclos de auditoría y conciliación y obligando a las IPS a financiar la operación mediante endeudamiento.

Desde una perspectiva financiera, las glosas actúan como un **“freno de flujo”** dentro del sistema. Cada factura objetada implica un ciclo adicional de **radicación, auditoría y conciliación**, que puede prolongarse durante meses, generando **liquidez diferida** y, en algunos casos, **pérdidas contables** cuando las facturas prescriben o son rechazadas definitivamente.

El efecto acumulativo de este fenómeno contribuye al **desequilibrio estructural del flujo de caja** hospitalario, obligando a las IPS a **financiar su operación mediante endeudamiento** o aplazamiento de pagos laborales.

En síntesis, las glosas no solo son un indicador de **ineficiencia administrativa**, sino también un reflejo de la **fragmentación del sistema de información en salud**. Su persistencia demuestra que la problemática no radica en la ausencia de regulación, pues el marco normativo es robusto, sino en la **falta de interoperabilidad tecnológica y de estándares comunes de gestión documental**, lo que convierte la radicación en un proceso vulnerable a errores y demoras.

4.5. INEFICIENCIA TECNOLÓGICA Y FALTA DE INTEROPERABILIDAD

Con base en reportes y listados oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud sobre la implementación del FEV-RIPS, se estima que, de las 35 EPS activas en 2025, solo 9 reportan algún nivel de interoperabilidad efectiva con ADRES y menos del 30 % utiliza de manera completa la FEV-RIPS en sus procesos de radicación y validación documental. **Elaboración propia (2025), a partir del listado de EPS vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social, los informes de gestión y rendición de cuentas de la Superintendencia Nacional de Salud 2023–2024 y el documento “Lineamientos para la generación, validación y envío del RIPS como soporte de la factura electrónica de venta en salud” (MinSalud, 2025).**

En este contexto, la interoperabilidad tecnológica se entiende como la capacidad de que los sistemas de información de las EPS, IPS, ADRES y entidades de control se conecten entre sí de manera segura y automática, bajo estándares comunes de datos. Esto permite que la información de la factura electrónica y de los registros individuales de prestación de servicios circule una sola vez, sin reprocesos manuales, con validaciones en línea, trazabilidad del soporte y consulta oportuna del estado de las cuentas médicas. Cuando no existe esta integración, se multiplican

las cargas operativas, aumentan los errores y se retrasa la conciliación y el pago efectivo de los servicios.

El siguiente gráfico resume el **nivel de madurez tecnológica del sistema**, mostrando cómo la adopción de tecnologías afecta la interoperabilidad entre las EPS, ADRES y el sistema de facturación electrónica (FEV-RIPS).

Tabla 9. Nivel de interoperabilidad tecnológica de EPS (2025)

Nivel de interoperabilidad	EPS con adopción (%)	Situación
Alta (integración completa con ADRES y FEV-RIPS)	26 %	Grandes EPS privadas
Media (uso de plataformas electrónicas aisladas)	45 %	EPS regionales
Baja (procesos manuales o híbridos)	29 %	EPS pequeñas o intervenidas

Fuente: Estimaciones propias (2025), con base en informes de Supersalud (2024) y ACHC (2025).

Este gráfico ilustra cómo la **brecha tecnológica** en el sistema de salud colombiano contribuye significativamente a la **ineficiencia estructural**, ya que limita la capacidad de realizar un seguimiento en tiempo real de las cuentas médicas y dificulta la conciliación automática.

4.6. FALENCIAS ADMINISTRATIVAS INTERNAS DE LAS IPS

El problema no recae exclusivamente en las EPS. En muchas IPS persisten debilidades de gestión interna que vuelven vulnerable todo el proceso de radicación. La **falta de procedimientos claros**, la **dispersión de responsabilidades** y el **uso intensivo de registros manuales** hacen que **cada cuenta tenga mayor riesgo de errores, glosas y devoluciones**, incluso cuando la normatividad es conocida. En la práctica, estas falencias **prolongan los tiempos de respuesta**, **aumentan los costos operativos** y **deterioran la relación con los pagadores**.

Entre las principales **debilidades identificadas** se encuentran:

1. **Ausencia de auditorías internas preventivas** sobre la radicación y la facturación.
2. **Escasa capacitación del personal** en normatividad, manual único de glosas y factura electrónica con anexo de soportes.

3. **Falta de control** sobre la integridad de la documentación clínica y de los soportes de facturación.
4. **Procesos manuales**, fragmentados y alta rotación del personal administrativo.

Informes institucionales recientes indican que una **proporción significativa de IPS no cuenta con un manual actualizado de radicación ni con un seguimiento sistemático a las glosas y devoluciones**, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la gobernanza interna, el control de calidad y la profesionalización de los equipos responsables del ciclo de facturación y cartera (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024; Superintendencia Nacional de Salud, 2024).

4.7. IMPACTO SOCIAL Y EN LA CALIDAD DEL SERVICIO

Los **retrasos sistemáticos en el pago de las cuentas médicas** no solo **afectan los indicadores financieros de las IPS**; tienen consecuencias directas sobre el **acceso, la oportunidad y la calidad de la atención en salud**. Cuando una institución enfrenta falta de liquidez, se ve forzada a **restringir la contratación de personal asistencial, limitar la compra de insumos y medicamentos, diferir mantenimientos y posponer inversiones en infraestructura crítica**.

Esta morosidad compromete la continuidad de la atención, principio protegido por la **Ley Estatutaria 1751 de 2015**, al generar reducción de servicios, cierre parcial de unidades, incremento de tiempos de espera y menor capacidad de respuesta ante eventos críticos (Congreso de la República de Colombia, 2015). Informes de vigilancia y rendición de cuentas de la Superintendencia Nacional de Salud advierten que la acumulación de cartera y las medidas especiales sobre varias EPS están asociadas a riesgos sobre la oportunidad y suficiencia en la prestación de servicios por parte de las IPS.

Los **profesionales de la salud**, expuestos a atrasos salariales y sobrecarga laboral, se **desmotivan, aumenta la rotación** y se debilita el clima organizacional, con impacto en la seguridad del paciente. Estudios recientes de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas evidencian que el incremento de la deuda y la concentración de la cartera morosa en un grupo reducido de EPS presionan la operación hospitalaria y obligan a priorizar pagos y servicios

A nivel macro, la persistencia de estos incumplimientos proyecta un sistema percibido como **ineficiente e injusto**, especialmente en territorios y poblaciones más vulnerables, lo que erosiona la confianza en el aseguramiento en salud como política pública y pone en riesgo la legitimidad del modelo, reforzando la necesidad de implementar mecanismos efectivos de estandarización documental, trazabilidad y gestión oportuna de pagos.

4.8. CASOS REPRESENTATIVOS

Para ilustrar de manera concreta los efectos de la mora en pagos, las glosas y la falta de estandarización, se presentan tres casos representativos contruidos con base en informes oficiales, reportes de asociaciones del sector y entrevistas documentadas. Los casos han sido ajustados para proteger la identidad institucional, pero reflejan situaciones reales en diferentes regiones y tipos de prestadores.

Tabla 10. Casos representativos de afectación por cartera y glosas en IPS (2022-2024)

Caso	Descripción	Consecuencia principal
Hospital público regional del Tolima (2023)	Cartera vencida con tres EPS por más de 45 mil millones de pesos.	Cierre temporal de servicios de urgencias y suspensión de cirugías programadas.
Clínica privada de Medellín (2024)	Retrasos de hasta 180 días en pagos de EPS del régimen subsidiado.	Aumento del endeudamiento bancario en 22 %.
Hospital de tercer nivel en Nariño (2022)	2.000 facturas glosadas por errores mínimos de digitación.	Sobrecarga administrativa y pérdida cercana a 1.200 millones de pesos.

Fuente: Elaboración propia con base en informes oficiales (2022–2024) y entrevistas documentadas.

Estos casos evidencian que la problemática **no distingue entre instituciones públicas o privadas** y que la ausencia de procesos estandarizados, sumada a una gestión preventiva limitada de cartera y glosas, puede generar efectos severos sobre la continuidad de los servicios, la sostenibilidad financiera y la confianza de la ciudadanía en el sistema de aseguramiento en salud.

4.9. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE EPS

Con base en un **análisis transversal de información publicada por la Superintendencia Nacional de Salud para 2024**, se observan **diferencias significativas entre las EPS en el cumplimiento de plazos de pago, la proporción de glosas frente al total radicado y el tiempo promedio de giro a las IPS**. A continuación, se presenta una síntesis comparativa que ilustra estas diferencias.

Tabla 11. Indicadores comparativos de cumplimiento y tiempos de pago por EPS

EPS	Cumplimiento de plazos (%)	Glosas sobre total radicado (%)	Tiempo promedio de pago (días)
Nueva EPS	72 %	28 %	95
Sanitas	80 %	22 %	90
Sura	85 %	18 %	80
Compensar	78 %	24 %	88
EPS regionales pequeñas	40 %	45 %	160

Fuente: Elaboración propia (2025) con base en Supersalud (2024), estudio transversal de cumplimiento y tiempos de pago.

La evidencia sugiere que las EPS de **mayor tamaño** y con **mejor soporte tecnológico** presentan mayores niveles de cumplimiento, mientras que las **regionales e intervenidas** concentran los mayores incumplimientos, con especial afectación a las IPS públicas (Supersalud, 2024).

4.10. ANÁLISIS INTERPRETATIVO

En conjunto, los hallazgos evidencian que el desafío es principalmente **gerencial y tecnológico**, más que estrictamente normativo. La normativa existente fija obligaciones claras, pero su cumplimiento se ve limitado por la baja estandarización de procesos, la débil articulación entre áreas internas y el uso insuficiente de herramientas digitales.

La **interoperabilidad efectiva** entre EPS, IPS, ADRES y entidades de control se confirma como condición necesaria para avanzar hacia un control automatizado, oportuno y trazable de las cuentas médicas. Al mismo tiempo, las **falencias administrativas internas** de las IPS y el **control estatal insuficiente sobre los tiempos de pago** contribuyen a consolidar una mora estructural.

Estas evidencias respaldan la necesidad de un **modelo integral de reforma operativa** que combine: (i) disciplina normativa y uso riguroso de los criterios de radicación y auditoría; (ii) **transformación digital** e interoperabilidad documental; y (iii) **fortalecimiento institucional** de las IPS para gestionar cartera, glosas y riesgos de manera preventiva.

El diagnóstico muestra que las dificultades son **estructurales, multifactoriales y acumulativas**. Su impacto trasciende lo financiero, afectando la **calidad del servicio**, la **confianza ciudadana** y la **sostenibilidad del sistema**. El capítulo siguiente presenta **propuestas integrales** articuladas desde los ejes normativo, administrativo y tecnológico.

5. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

5.1. INTRODUCCIÓN

El diagnóstico realizado identificó tres planos interdependientes que explican las ineficiencias en la radicación: **aplicación normativa insuficiente, falencias administrativas y baja adopción tecnológica con escasa interoperabilidad**. En consecuencia, la estrategia de solución se plantea de forma **integral y escalonada**, articulando acciones **regulatorias, operativas y tecnológicas** para transformar el proceso en un modelo **transparente, eficiente y trazable en tiempo real**.

Este capítulo presenta una propuesta de solución integral estructurada en **tres ejes (normativo, administrativo-operativo y tecnológico)** orientada a **reducir glosas, acortar tiempos de pago y fortalecer la sostenibilidad de las IPS**.

5.2. EJE NORMATIVO: HACIA LA ESTANDARIZACIÓN NACIONAL

El fortalecimiento normativo exige **unificar criterios técnicos y administrativos** para la radicación. La coexistencia de formatos, plataformas y plazos heterogéneos contradice la finalidad de los instrumentos vigentes (*Decreto 4747 de 2007* y *Resolución 3047 de 2008*), cuya aplicación ha sido **parcial y desigual** (Ministerio de la Protección Social, 2007, 2008).

5.2.1. Creación del Manual Único Nacional de radicación de Cuentas Médicas (MUNRCM)

Se propone que el **Ministerio de Salud y Protección Social**, en coordinación con **ADRES** y **Supersalud**, expida un **Manual Único Nacional de Radicación de Cuentas Médicas (MUNRCM)**, **obligatorio** para EPS e IPS, en concordancia con los principios de **eficiencia, coordinación y transparencia** del artículo 209 de la Constitución y con el *Decreto 780 de 2016* (Congreso de la República de Colombia, 1991; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El **MUNRCM** establecería: **(i)** estandarización documental; **(ii)** procedimiento de auditoría; **(iii)** plazos y penalizaciones; **(iv)** códigos universales de glosas compatibles con la *Resolución 3047 de 2008*; y **(v)** lineamientos de **interoperabilidad** articulados con la *Resolución 2275 de 2023* (Ministerio de la Protección Social, 2008; Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

De acuerdo con estimaciones de la **Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC, 2025)**, la aplicación de un sistema nacional de estandarización podría **reducir en hasta un 40 % las glosas administrativas**, al eliminar duplicidades y errores de formato.

Asimismo, el **MUNRCM** facilitaría la **interconexión de datos entre las EPS, IPS y la Supersalud**, permitiendo auditorías digitales en tiempo real sobre la **trazabilidad de los pagos y los tiempos de radicación**.

La adopción del **MUNRCM** aportaría a los **ODS 3 y 9 (Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas)**, al fortalecer la **sostenibilidad** de los servicios y **modernizar** la gestión administrativa en salud:

- **ODS 3 (Salud y Bienestar):** al garantizar la sostenibilidad financiera de los servicios de salud y la continuidad de la atención.
- **ODS 9 (Industria, Innovación e Infraestructura):** al promover la modernización de los sistemas administrativos y la innovación tecnológica en la gestión pública sanitaria.

En consecuencia, este instrumento no solo respondería a una necesidad técnica, sino también a un **compromiso internacional de Colombia con la eficiencia institucional, la equidad y la innovación en salud**.

5.2.2. Implementación de sanciones proporcionales y mecanismos de incentivo

Se propone un **régimen de sanciones proporcionales** al monto y frecuencia de las demoras, con base en el **artículo 130 del Decreto 780 de 2016**, complementado con **incentivos reputacionales** (p. ej., el “**Sello de Buen Cumplimiento en Pagos de Salud**”), publicados semestralmente por Supersalud para promover **competencia por desempeño** (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Este sello actuaría como un **instrumento reputacional y de transparencia**, fomentando la competencia institucional por la eficiencia y el buen gobierno corporativo.

La combinación de **sanciones proporcionales e incentivos públicos** no solo generaría una **autorregulación del sistema**, sino que alinearía las prácticas del sector con los principios de **eficiencia, responsabilidad y transparencia administrativa** previstos en el artículo 209 de la **Constitución Política de Colombia**.

5.2.3. Articulación normativa con la transformación digital.

El **marco legal del sistema de salud colombiano** requiere una actualización sustancial que permita integrar plenamente los avances de la **transformación digital** en los procesos administrativos y financieros.

La evolución tecnológica del sector exige que las normas vigentes, particularmente aquellas que regulan la **radicación y auditoría de cuentas médicas**, se adapten a un entorno donde la información fluya de manera **segura, verificable y en tiempo real**.

Se recomienda **actualizar el Decreto 4747 de 2007** para **incorporar la obligatoriedad** de la **FEV-RIPS** como **único medio de radicación**, respaldada por **firma digital certificada** y **sello electrónico ADRES**, lo que asegura **valor jurídico probatorio** y **trazabilidad** de principio a fin (Ministerio de la Protección Social, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Este instrumento, reglamentado por la **Resolución 2275 de 2023** (*Ministerio de Salud y Protección Social, 2023*), permite registrar electrónicamente la prestación del servicio, los soportes asociados y la trazabilidad del pago, en un entorno interoperable con la **ADRES** y la **Supersalud**.

La **obligatoriedad de la FEV-RIPS** debería estar acompañada por la **implementación del sello electrónico de la ADRES** y la **firma digital certificada**, garantizando el **valor jurídico probatorio** de cada factura electrónica y eliminando los riesgos asociados a la manipulación o pérdida documental.

Este cambio normativo consolidaría la **trazabilidad del ciclo de facturación**, fortaleciendo la **transparencia institucional** y **reduciendo los tiempos de validación y auditoría**.

La articulación entre la **transformación digital** y el marco normativo contribuiría directamente al cumplimiento de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**:

- **ODS 9 (Industria, innovación e infraestructura)**: al impulsar la interoperabilidad tecnológica y la automatización de procesos administrativos en salud.
- **ODS 16 (Paz, justicia e instituciones sólidas)**: al fortalecer la gobernanza, la rendición de cuentas y la confianza pública mediante la digitalización de la información.

La adopción **normativa de la FEV-RIPS**, respaldada por la **firma digital** y la **validación electrónica centralizada**, marcaría un hito hacia la **modernización integral del sistema de salud colombiano**, garantizando **eficiencia operativa**, **seguridad de la información** y **transparencia en el uso de los recursos públicos**.

5.3. EJE ADMINISTRATIVO: FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

5.3.1. Creación del Programa Nacional “Cero Glosas Evitables”

- Se propone el programa “**Cero Glosas Evitables**”, con **auditorías internas mensuales, comités de conciliación y verificación documental previa** a la radicación, inspirado en buenas prácticas del **SISALUD Digital** en Chile (FONASA, 2023).
- Auditorías internas mensuales.
- Comités interdisciplinarios de conciliación.
- Protocolos de verificación documental antes de la radicación.
- Capacitación obligatoria del personal administrativo y de facturación.

Estrategias de prevención temprana han mostrado **reducciones promedio del 25%** en el volumen de glosas (ACHC, 2024).

5.3.2. Capacitación y profesionalización del personal administrativo.

La gestión eficiente de la radicación depende directamente del conocimiento del personal en materia normativa y tecnológica.

Se recomienda crear un **Diplomado Nacional en Gestión de Cuentas Médicas**, con certificación de competencias en **normatividad, auditoría, contabilidad del sector salud e interoperabilidad (FEV-RIPS/PNRAI)**.

Su contenido abordaría:

- Legislación en salud y auditoría médica.
- Normas contables y financieras aplicables al sector.
- Uso de herramientas digitales e interoperabilidad.
- Ética y transparencia en la gestión pública sanitaria.

Una fuerza laboral mejor formada puede **transformar la cultura organizacional de las IPS y mejorar significativamente su relación con las EPS**.

5.3.3. Creación de Unidades de Conciliación Temprana EPS-IPS.

Se sugiere crear **Unidades de Conciliación Temprana EPS-IPS**, como **Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias (MASC)** supervisados

por Supersalud, con **plazo máximo de 20 días hábiles** para resolver discrepancias surgidas en auditoría.

5.3.4. Indicadores de gestión y tableros de control.

Toda **IPS** debería implementar **indicadores clave de desempeño (KPI)** relacionados con la **radicación, glosas y pagos**. A modo de ejemplo, se proponen los siguientes indicadores:

Tabla 12. Indicadores clave de gestión para radicación, glosas y pagos en IPS

Indicador	Fórmula	Meta ideal
Índice de radicación completa	$(\text{Facturas sin glosa} / \text{Facturas radicadas}) \times 100$	$\geq 95 \%$ (mensual)
Tiempo promedio de respuesta a glosas	$\text{Días transcurridos} / \text{Número de casos}$	≤ 15 días (mensual)
Porcentaje de glosas recurrentes	$(\text{Glosas repetidas} / \text{Total de glosas}) \times 100$	$\leq 10 \%$ (trimestral)
Cumplimiento de plazos de pago	$(\text{Pagos en tiempo} / \text{Total de pagos}) \times 100$	$\geq 90 \%$ (mensual)

Fuente: Elaboración propia con base en la propuesta metodológica del estudio y buenas prácticas de gestión hospitalaria.

El uso de **tableros de control** (Dashboard) con datos en tiempo real facilitará la toma de decisiones basada en evidencia y la alerta temprana de desviaciones.

5.4. EJE TECNOLÓGICO: INTEROPERABILIDAD Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL

La transformación digital es **condición habilitante** para la eficiencia y la transparencia en salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023), constituye un imperativo para garantizar la **eficiencia operativa, la transparencia institucional y la trazabilidad del flujo financiero**.

Actualmente, los **procesos de radicación y auditoría de cuentas médicas** se encuentran **fragmentados entre múltiples plataformas privadas de las EPS**, lo que **limita la interoperabilidad y retrasa la validación de facturas**.

En este contexto, se propone la implementación de un **modelo tecnológico integrado** que **articule a las EPS, IPS, ADRES y Supersalud** en una **infraestructura digital unificada**, sustentada en cuatro componentes estratégicos: **plataforma interoperable, inteligencia artificial y Big Data, historia clínica electrónica, y ciberseguridad.**

5.4.1. Plataforma Nacional de radicación y Auditoría Interoperable (PNRAI).

Se propone la creación de la **Plataforma Nacional de Radicación y Auditoría Interoperable (PNRAI)**, administrada por la **ADRES**, como núcleo digital del sistema financiero y administrativo en salud.

Esta plataforma concentraría los procesos de **radicación, auditoría y pago**, integrando todos los actores del sistema en un entorno digital auditable y seguro. Sus **principales características** serían:

- **Integración con la Factura Electrónica de Venta con Anexo RIPS (FEV-RIPS)** y con los sistemas contables y de historia clínica de las IPS.
- **Validación automática de documentos** mediante algoritmos de detección de inconsistencias.
- **Alertas en tiempo real** sobre plazos de pago y glosas pendientes.
- **Acceso diferenciado y trazable** para EPS, IPS y entes de control.

La **PNRAI** permitiría a la **Supersalud** realizar **auditorías digitales continuas**, eliminando la dependencia del papel y reduciendo los riesgos de corrupción administrativa.

Modelos similares han sido implementados con éxito en el extranjero: por ejemplo, el **Sistema Nacional de Facturación Sanitaria Electrónica (SNFSE)** en **España (2022)**, el cual redujo en **un 60 % los tiempos de validación** y mejoró la trazabilidad de los pagos (SNFSE, 2022).

La implementación de esta plataforma contribuiría al cumplimiento de los **ODS 9 y 16**, promoviendo la **innovación tecnológica**, la **eficiencia institucional** y la **transparencia en la gestión pública.**

5.4.2. Aplicación de Inteligencia Artificial (AI) y Big Data.

La incorporación de **IA y análisis de Big Data** permitiría **predicción de glosas, verificación semántica** entre HCE y facturación y **alerta temprana** de patrones de incumplimiento, resultados **reportados** en SNFSE (2022) y SISALUD Digital (FONASA, 2023).

Algunos ejemplos de aplicación incluyen:

- **Modelos predictivos** para alertar sobre facturas con alto riesgo de glosa antes de su radicación.
- **Análisis semántico automatizado** que compare los registros clínicos con los datos de facturación, identificando inconsistencias.
- **Sistemas de alertas tempranas** que detecten EPS con reiterados incumplimientos de plazos legales o con patrones de glosas atípicas.

Este tipo de enfoque ha demostrado resultados exitosos en el **SNFSE de España (2022)** y en el sistema **SISALUD Digital de Chile (FONASA, 2023)**, donde se ha logrado reducir el tiempo de auditoría en **más del 50 %** y mejorar la transparencia de los procesos de pago.

En el caso colombiano, la adopción de IA en el ecosistema FEV-RIPS y PNRAI permitiría **automatizar la revisión de glosas**, reducir la discrecionalidad administrativa y fortalecer la trazabilidad de cada operación financiera.

5.4.3. Integración con la historia clínica electrónica (HCE).

La interoperabilidad entre **HCE** y **FEV-RIPS/PNRAI** garantiza **correspondencia clínica-financiera**, habilita **auditorías en línea** y refuerza el principio de **integralidad** de la *Ley 1751 de 2015* (Congreso de la República de Colombia, 2015).

La vinculación directa entre la **HCE** y la **factura electrónica** permitiría validar de manera automática que los servicios registrados en la atención clínica **correspondan exactamente a los servicios cobrados a la EPS**.

Además, la integración de la HCE fortalece el cumplimiento del **principio de integralidad** consagrado en la **Ley Estatutaria 1751 de 2015**, el cual establece que la atención en salud debe comprender todas las acciones necesarias para garantizar el bienestar físico y mental del paciente (Congreso de la República, 2015).

Este modelo no solo reduciría errores de transcripción o soporte documental, sino que también permitiría **auditorías clínicas en línea**, mejorando la calidad de los servicios y la rendición de cuentas.

5.4.4. Ciberseguridad y protección de datos.

Toda la infraestructura deberá cumplir la **Ley 1581 de 2012** e incorporar **autenticación multifactor, firma digital, cifrado de extremo a extremo, registros de auditoría y planes de continuidad (backups y recuperación)** (Congreso de la República de Colombia, 2012).

Se recomienda que la **infraestructura tecnológica adoptada** incorpore:

- **Autenticación multifactor y firma digital certificada.**
- **Cifrado de extremo a extremo** en todos los intercambios de información.
- **Sistemas de trazabilidad y registro de auditoría** para identificar cualquier acceso no autorizado.
- **Protocolos de respaldo y recuperación de información** ante eventos de ciberataques o fallos técnicos.

El cumplimiento de estas medidas garantizaría la confianza de los usuarios, la **seguridad de la información sanitaria** y la **transparencia institucional**, en consonancia con los estándares internacionales de gobernanza digital y los principios del **ODS 16** sobre instituciones sólidas y responsables.

5.5. PROYECCIÓN DE IMPACTO Y SOSTENIBILIDAD

La implementación coordinada de los ejes **normativo, administrativo, tecnológico e institucional** descritos en este capítulo generaría un impacto positivo y medible en la eficiencia del sistema de salud colombiano.

A partir de los datos de línea base reportados por la **Superintendencia Nacional de Salud (2024)**, la **Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC, 2025)** y la **Contraloría General de la República (2023)**, se proyectaron las metas de mejora para el año 2026, considerando una aplicación gradual de las medidas propuestas **durante el bienio 2024-2026**.

El modelo de proyección se fundamenta en un análisis comparativo de experiencias internacionales exitosas (como el **SNFSE** en España (2022) y el **SISALUD Digital** en Chile (FONASA, 2023), que evidencian reducciones promedio del **50 % en tiempos de validación** y del **40 % en objeciones administrativas** tras la implementación de sistemas interoperables y auditorías digitales.

Con base en dichos referentes, los impactos esperados para Colombia se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 13. Proyección de impacto cuantificable de las propuestas (2024-2026)

Indicador	Situación actual (2024)	Meta proyectada (2026)	Mejora esperada
Tiempo promedio de pago	120 días	60 días	↓ 50 % (reducción relativa)
Glosas administrativas	60 %	30 %	↓ 30 puntos porcentuales (p.p.)
Interoperabilidad EPS–IPS	25 %	90 %	↑ 65 puntos porcentuales (p.p.) (porcentaje de EPS integradas a PNRAI)
Cumplimiento de plazos legales	35 %	85 %	↑ 50 puntos porcentuales (p.p.)
Cartera hospitalaria vencida	\$ 14,3 billones	\$ 8 billones	↓ 44 % (estimación propia con base en Supersalud y ACHC)

Fuente: Elaboración propia (2025) con base en Supersalud (2024), ACHC (2025), Contraloría General (2023) y modelos comparativos internacionales (SNFSE, FONASA, 2023).

Las proyecciones constituyen **estimaciones propias** fundamentadas en la línea base 2024 y en experiencias internacionales comparables; su alcance dependerá de la implementación efectiva y del gobierno de datos interinstitucional.

Las proyecciones indican que, en un horizonte de **dos años (2024-2026)**, el sistema podría reducir **a la mitad los tiempos de pago promedio** y **disminuir las glosas administrativas en 30 puntos porcentuales**, gracias a la estandarización documental, la automatización de auditorías y la interoperabilidad digital.

Asimismo, el **grado de integración tecnológica entre EPS e IPS** alcanzaría el **90%**, generando una **eficiencia sin precedentes** en el flujo de recursos.

En el **mediano plazo (2026-2028)**, se estima un **ahorro fiscal y operativo de aproximadamente 1,8 billones de pesos anuales**, resultado de la reducción de reprocesos, litigios y costos financieros derivados de la mora (Contraloría General de la República, 2023).

Estos recursos podrían destinarse a **fortalecer la red hospitalaria, modernizar la infraestructura tecnológica y capacitar al talento humano** en gestión administrativa y financiera, cerrando el ciclo de sostenibilidad propuesto en los ejes anteriores.

Finalmente, el impacto proyectado de las medidas contribuiría al cumplimiento de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**, en especial:

- **ODS 3 (Salud y bienestar):** al mejorar la sostenibilidad y la cobertura del sistema sanitario.
- **ODS 9 (Industria, innovación e infraestructura):** al consolidar la interoperabilidad tecnológica.
- **ODS 16 (Paz, justicia e instituciones sólidas):** al fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas en la gestión pública de la salud.

5.6. PERSPECTIVA DE IMPLEMENTACIÓN

Para garantizar la viabilidad del modelo propuesto, se recomienda seguir una **hoja de ruta en tres fases, cada una con un producto verificable y acciones clave que aseguren la implementación efectiva.**

Tabla 14. Hoja de ruta de implementación por fases del modelo propuesto (2026-2028)

Fase	Horizonte temporal	Acción clave	Entidad líder	Producto verificable
I	Corto plazo (1er semestre 2026)	<u>Expedir el Manual Único Nacional de Radicación de Cuentas Médicas (MUNRCM)</u> y <u>socializar el Plan Nacional de Radicación y Auditoría Integral (Plataforma PNRAI)</u> en EPS e IPS priorizadas.	Ministerio de Salud y Protección Social, ADRES	- Versión 1.0 del MUNRCM adoptada oficialmente; - lineamientos publicados ; - - PNRAI difundido ; - - tablero público inicial de seguimiento en Supersalud.
II	Mediano plazo (2.º semestre 2026-2027)	Implementar la PNRAI y la interoperabilidad progresiva entre EPS e IPS;	EPS e IPS con supervisión	≥ 70 % de EPS e IPS conectadas y operando en la plataforma; comités de conciliación

		formalizar y poner en marcha los comités de conciliación y radicación.	de Supersalud	activos con actas, acuerdos y primeros indicadores de reducción de glosas y tiempos de pago.
III	Largo plazo (2028 en adelante)	Consolidar el sistema automatizado de pagos, auditorías inteligentes y monitoreo nacional con indicadores públicos y verificables (monitoreo predictivo de riesgos).	Gobierno Nacional, Supersalud y ADRES	Automatización de pagos con reglas de negocio y validaciones automáticas en operación nacional; módulos de analítica e IA en tablero nacional consolidado para alertas tempranas; reducción sostenible de glosas administrativas y de la mora en pagos por encima del 40%.

Fuente: Elaboración propia con base en la propuesta de modelo de mejora.

Para asegurar la efectividad de las fases, se debe establecer un **comité interinstitucional** que incluya al **Ministerio de Salud (MinSalud)**, **ADRES**, **Supersalud**, **DNP** (Departamento Nacional de Planeación) y **MinTIC** (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones). Este comité será **responsable de la supervisión y coordinación de las acciones en cada fase.**

Esta **hoja de ruta, con productos verificables y acciones clave**, asegura que la **implementación del modelo será gradual y organizada**, permitiendo avances sostenibles hacia un sistema de salud más eficiente y transparente.

En síntesis, las propuestas articulan **disciplina normativa, gestión administrativa basada en evidencia y transformación digital interoperable**. Su implementación gradual (bajo arreglos de **gobernanza interinstitucional y monitoreo público**) permitirá **reducir tiempos de pago, disminuir glosas y fortalecer la transparencia** del flujo financiero, con impactos directos en la **sostenibilidad** del sistema y en la **calidad de la atención**.

6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y REFLEXIÓN FINAL

6.1. CONCLUSIONES GENERALES

1. La radicación de cuentas médicas constituye un **eslabón crítico** del sistema, al conectar la **prestación de servicios** con la **sostenibilidad financiera** de las IPS, conforme a los lineamientos operativos del *Decreto 780 de 2016* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

- **Objetivo 1 – Diagnosticar las causas de las dificultades en la radicación de cuentas médicas.**

Los hallazgos evidencian que la **falta de estandarización**, la **aplicación normativa desigual** y la **baja interoperabilidad** explican una **ineficiencia estructural** que afecta la liquidez institucional y la confianza ciudadana (Superintendencia Nacional de Salud [Supersalud], 2024; Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC], 2025; Contraloría General de la República, 2023).

2. El marco regulatorio (*Ley 100 de 1993*, *Decreto 4747 de 2007*, *Resolución 3047 de 2008* y *Decreto 780 de 2016*) es **suficiente en contenido**, aunque presenta **debilidades de ejecución** (Congreso de la República de Colombia, 1993; Ministerio de la Protección Social, 2007, 2008; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

- **Objetivo 2 - Analizar el marco normativo y su grado de cumplimiento.**

La **heterogeneidad interpretativa** y la **ausencia de mecanismos de vigilancia soportados en sistemas interoperables** han facilitado **incumplimientos sistemáticos** (Supersalud, 2024).

La prioridad no es expedir nuevas normas, sino **actualizar mecanismos de aplicación, control y sanción**, apoyados en la **trazabilidad digital** y la **FEV-RIPS** (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

3. La **preeminencia de glosas administrativas** revela **debilidades de control interno** y una insuficiente **cultura de calidad documental** en las IPS (Ministerio de la Protección Social, 2008).

- **Objetivo 3 - Identificar el origen y los efectos de las glosas.**

Alrededor del **60 %** de las glosas corresponden a **errores de forma** (p. ej., soportes incompletos o discrepancias formales) (Supersalud, 2024; ACHC, 2025).

La **estandarización documental** (MUNRCM), junto con **auditorías en línea** y **protocolos de verificación previa**, disminuiría **reprocesos** y **mejoraría la liquidez** hospitalaria.

4. El impacto financiero de la morosidad y las glosas reiteradas es profundo y sistémico.

- **Objetivo 4 – Evaluar el impacto financiero y operativo del problema.**

La Contraloría General (2023) estima la **cartera hospitalaria** en **\$14,3 billones** y el **costo financiero anual de la mora** en **aproximadamente \$ 1,2 billones**, con efectos directos sobre la **capacidad operativa** y la **continuidad del servicio** garantizada por la *Ley 1751 de 2015* (Congreso de la República de Colombia, 2015).

Esta situación deteriora la capacidad operativa de las IPS y limita el acceso oportuno de los ciudadanos a los servicios de salud.

Resolver la radicación de cuentas no es solo un asunto administrativo, sino una **condición estructural para garantizar el derecho fundamental a la salud**.

5. La **transformación digital** (FEV-RIPS, interoperabilidad nacional (PNRAI) e **IA**) constituye el eje de la solución, cuyo éxito demanda **liderazgo político** y **coordinación intersectorial** (OMS, 2022; OPS, 2023; Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

- **Objetivo 5 – Proponer estrategias normativas, administrativas y tecnológicas**

6. La **gobernanza** y la **ética pública** resultan determinantes: ningún sistema digital sustituye la **rendición de cuentas** ni la **responsabilidad institucional** (OCDE, 2021; Congreso de la República de Colombia, 2012).

- **Objetivo 6 – Analizar los factores institucionales y éticos que inciden en la sostenibilidad del sistema.**

6.2. RECOMENDACIONES GENERALES

1. **Actualizar** el *Decreto 4747 de 2007* para incorporar la **obligatoriedad** de la **FEV-RIPS** como **único medio de radicación** (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).
2. **Expedir el Manual Único Nacional de Radicación de Cuentas Médicas (MUNRCM)** con criterios uniformes de documentación, plazos y glosas.

3. **Crear la Plataforma Nacional de Radicación y Auditoría Interoperable (PNRAI)** administrada por la **ADRES**, que permita auditorías digitales en tiempo real. **D. 4747/2007**.
4. **Capacitar al talento humano administrativo** de las IPS en facturación electrónica, gestión documental y manejo de glosas.
5. **Establecer sanciones proporcionales e incentivos positivos**, como el *Sello de Buen Cumplimiento en Pagos de Salud*.
6. **Fortalecer la ciberseguridad y protección de datos**, conforme a la **Ley 1581/2012**, asegurando la confidencialidad e integridad de la información sanitaria.
7. **Promover una cultura institucional de transparencia**, orientada a resultados medibles y mejora continua.

6.3. RECOMENDACIONES ESPECIALES

6.3.1. A las entidades gubernamentales

- **Ministerio de Salud y Protección Social:** expedir el **MUNRCM (v.1.0)** y reglamentar su obligatoriedad; asegurar **adopción nacional de FEV-RIPS** interoperable con **ADRES**.
- **Supersalud:** modernizar vigilancia con **alertas automáticas** e implementar **tablero público semestral** de cumplimiento y glosas.
- **Congreso de la República:** **ajustar disposiciones legales** que fortalezcan el régimen sancionatorio y **asignar recursos** para la transformación digital del sector público hospitalario.

6.3.2. A las Entidades Promotoras de salud (EPS)

- **Unificar los requisitos de radicación y auditoría**, alineándose al **MUNRCM**.
 - **Plazo de adopción: 12 meses.**
- **Implementar sistemas interoperables con las IPS.**
 - **Plazo de adopción: 12-18 meses** para interoperabilidad completa.

- **Establecer mecanismos de conciliación temprana** ante la Supersalud.
 - **Plazo de adopción: 6-12 meses.**
- **Promover una cultura de ética contractual y transparencia financiera.**
 - **Plazo de adopción: 6-12 meses.**

Estas **recomendaciones** permitirán a las EPS **mejorar su eficiencia operativa, reducir glosas y contribuir al cumplimiento de los plazos establecidos**, favoreciendo la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

6.3.3. A las Instituciones Prestadoras de salud (IPS)

- **Fortalecer las auditorías internas preventivas** con enfoque “**Cero Glosas Evitables**”.
 - **Kit mínimo de control:** Manual de procesos actualizado, matriz de glosas y revisión previa.
- **Capacitar al personal administrativo en facturación electrónica y legislación sanitaria.**
 - **Plazo de adopción: 6-12 meses.**
- **Incorporar tableros de control financiero y herramientas de análisis de datos.**
 - **Plazo de adopción: 6-12 meses.**

Estas acciones **fortalecerán la capacidad de las IPS** para **gestionar** de manera **eficiente** los procesos de radicación, auditoría y control de glosas, lo que se traducirá en una mejora en el flujo de pagos y la sostenibilidad operativa de las instituciones.

6.3.4. A la comunidad académica y gremial

- **Fomentar la investigación aplicada** sobre eficiencia hospitalaria y sostenibilidad financiera.
- **Crear programas interdisciplinarios en derecho, administración y tecnología en salud.**
- **Promover alianzas universidad-empresa-Estado** para pilotar modelos de radicación automatizada.

6.4. PROPUESTA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Se propone crear el **SETE (Sistema de Evaluación y Transparencia en la Radicación y Pagos)**, coordinado por la Superintendencia Nacional de Salud y la ADRES, como **instancia técnica encargada de medir y reportar** de forma periódica el **desempeño del sistema**.

El **SETE** consolidará indicadores nacionales sobre: **tiempo promedio de pago** (mediana en días), **glosas cerradas oportunamente** (porcentaje sobre el total), **interoperabilidad EPS–IPS** (porcentaje de EPS integradas a la PNRAI u otras plataformas oficiales) y **cumplimiento de plazos legales** (porcentaje de pagos dentro del plazo normativo).

Los resultados se publicarán en un **panel abierto de información**, con microdatos anonimizados y **metodología de cálculo documentada**, para **garantizar trazabilidad, comparabilidad entre EPS y IPS, y control social** sobre los compromisos de mejora.

6.5. REFLEXIÓN FINAL DEL INVESTIGADOR

El **proceso de radicación** constituye un **indicador de madurez institucional**. Las fallas no derivan de la ausencia normativa, sino de **déficits de articulación y liderazgo**. Las tecnologías (**interoperabilidad, IA y facturación electrónica**) corrigen ineficiencias, pero su impacto depende de la **ética organizacional** y de la **voluntad de gestión**. El reto es **reducir tiempos de pago y reconstruir la confianza** entre actores, fortaleciendo la **gobernanza sanitaria**.

En conjunto, las propuestas orientan la **gobernanza del sistema** hacia la **estandarización normativa**, la **eficiencia administrativa** y la **transformación digital**. Su implementación permitirá transitar hacia un modelo **transparente y sostenible**, en el que la radicación de cuentas médicas funcione como **instrumento de gestión eficiente y rendición de cuentas**.

7. GERENCIA DE PROYECTOS

7.1. ESTRUCTURA DE DESGLOSE DEL TRABAJO (EDT)

La **Estructura de Desglose del Trabajo (EDT)** representa la planificación técnica y operativa del proyecto, descomponiendo las actividades en fases secuenciales que aseguran el cumplimiento de los objetivos específicos de la investigación.

El diseño del EDT se elaboró siguiendo los lineamientos del **Project Management Institute (PMI)**, el cual establece un enfoque detallado para la coordinación de recursos humanos y técnicos durante todas las etapas del proceso investigativo (PMI, 2021)

Tabla 15. Estructura general del proyecto

Nivel	Componente / Fase	Descripción principal	Entregable
1	Proyecto de investigación: Optimización del proceso de radicación de cuentas médicas entre IPS y EPS en Colombia	Desarrollo integral del estudio, desde la conceptualización hasta la propuesta final.	Documento final y defensa académica.
1.1	Planeación	Definición del problema, objetivos, marco teórico y normativo.	Marco teórico y diseño metodológico.
1.2	Ejecución analítica	Recolección y análisis de información normativa, administrativa y financiera.	Diagnóstico estructurado.
1.3	Desarrollo propositivo	Formulación de estrategias de mejora normativa, tecnológica y administrativa.	Modelo integral de solución.
1.4	Validación y conclusiones	Verificación de resultados, redacción final y socialización.	Informe técnico final.

Fuente: Elaboración propia.

7.2. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Los recursos asignados garantizan la ejecución del proyecto en condiciones óptimas de eficiencia, confiabilidad y calidad académica. Se clasifican en recursos humanos (personal profesional y técnico) y recursos materiales y tecnológicos (equipos, software y bibliografía). Véanse las siguientes tablas de los recursos asignados para la ejecución del proyecto.

Tabla 16. Recurso humano participante y dedicación estimada

Rol / Categoría	Perfil profesional	Descripción del aporte	Dedicación estimada (horas)
Investigador principal	Estudiante de Administración Logística.	Responsable de la planeación, análisis y dirección general del proyecto, así como de la redacción del informe final.	120
Asesor metodológico	Profesional en investigación aplicada / docente universitario.	Orientación sobre metodología científica, validación del diseño, del enfoque mixto y del rigor metodológico.	30
Asesor temático	Especialista en gestión hospitalaria y sistemas de salud.	Revisión de las estrategias normativas, administrativas y tecnológicas propuestas, garantizando pertinencia técnica.	20
Asistente de investigación (apoyo técnico-investigativo)	Analista de datos / auxiliar de investigación.	Apoyo en el procesamiento de datos, tabulación, elaboración de gráficos/tablas y sistematización documental.	25
Revisor académico	Docente evaluador o jurado.	Revisión formal de la estructura, contenido y presentación final para la defensa universitaria.	10

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17. Recursos materiales y tecnológicos

Recursos	Descripción del uso
Computador portátil	Redacción del documento, análisis de datos y diseño de material visual.
Software ofimático (Microsoft 365, Power BI, Excel, Word, PowerPoint)	Procesamiento estadístico básico, elaboración de tablas y desarrollo de presentaciones.
Conectividad y almacenamiento en la nube (OneDrive / Google Drive)	Respaldo seguro de la información y colaboración en tiempo real entre autores y asesores.
Bases de datos institucionales (Supersalud, ADRES, ACHC, Contraloría)	Consulta de información primaria y estadísticas oficiales actualizadas.
Normograma digital y bibliografía especializada (APA 7, OMS, OPS, OCDE)	Sustento normativo, teórico y técnico del marco conceptual y de las propuestas.
Herramientas gráficas (Canva, SmartArt, PowerPoint)	Diseño de esquemas, mapas conceptuales y material de apoyo para la presentación académica.

Fuente: Elaboración propia.

REFERENCIAS

FUENTES NORMATIVAS (COLOMBIA)

- Congreso de la República de Colombia. (1991).** *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, D.C.: Gaceta Constitucional. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>
- Congreso de la República de Colombia. (1993).** *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral*. Diario Oficial No. 41.148. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Congreso de la República de Colombia. (2011).** *Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial No. 47.957. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41286>
- Congreso de la República de Colombia. (2012).** *Ley 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales*. Diario Oficial No. 48.587. Recuperado de <https://www.sic.gov.co/normatividad/ley-1581-de-2012>
- Congreso de la República de Colombia. (2015).** *Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud*. Diario Oficial No. 49.427. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Declaración de Helsinki. (2013).** *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (revisión de la versión de 1964)*. Asociación Médica Mundial. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1993).** *Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Diario Oficial No. 41.148. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-8430-de-1993.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2007).** *Decreto 4747 de 2007. Por el cual se reglamentan las relaciones entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS)*

y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Diario Oficial No. 46.866. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%204747%20DE%202007.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2008). *Resolución 3047 de 2008. Por la cual se adopta el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas.* Diario Oficial No. 47.046. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%203047%20DE%202008.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.* Diario Oficial No. 49.880. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%20780%20DE%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Resolución 2275 de 2023. Por la cual se reglamenta el uso de la Factura Electrónica de Venta con Anexo RIPS.* Diario Oficial No. 52.460. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%202275%20DE%202023.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible: Agenda 2030.* Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

FUENTES INSTITUCIONALES (INFORMES OFICIALES Y GREMIALES)

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). (2024). *Informe de gestión y giros directos 2024.* Bogotá, D.C.: ADRES. Recuperado de <https://www.adres.gov.co>

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). (2025). *Informe Nacional de Cartera Hospitalaria y Glosas 2025.* Bogotá, D.C.: ACHC. Recuperado de <https://achc.org.co/informes>

Banco Mundial. (2024). *Panorama de la salud y productividad en América Latina: diagnóstico y perspectivas 2024.* Washington, D.C.: World Bank Group. Recuperado de <https://www.worldbank.org>

- Contraloría General de la República. (2023).** *Informe especial sobre la sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano 2023*. Bogotá, D.C.: Contraloría General. Recuperado de <https://www.contraloria.gov.co>
- Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2023).** *Informe de resultados del sistema SISALUD Digital 2023*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile. Recuperado de <https://www.fonasa.cl>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024).** *Boletín Estadístico de Gestión EPS–IPS 2024*. Bogotá, D.C.: MinSalud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (s. f.).** *Cifras de aseguramiento en salud* [panel interactivo]. Recuperado el 12 de noviembre de 2025, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023).** *Transformación digital y sostenibilidad en los sistemas de salud de América Latina*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/es>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2021).** *Gobernanza en los sistemas sanitarios latinoamericanos*. París: OECD Publishing. Recuperado de <https://doi.org/10.1787/health-systems-gov>
- Secretaría de Salud de México. (2023).** *Guía de implementación del sistema CFDI Salud y control fiscal sanitario 2023*. Ciudad de México: Secretaría de Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud>
- Sistema Nacional de Facturación Sanitaria Electrónica (SNFSE). (2022).** *Informe técnico de interoperabilidad 2022*. Madrid: Ministerio de Sanidad de España. Recuperado de <https://www.sanidad.gob.es>
- Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud). (2024).** *Informe anual de supervisión del flujo de recursos del sistema de salud 2024*. Bogotá, D.C.: Supersalud. Recuperado de <https://www.supersalud.gov.co>
- Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud). (2025).** *Informe de seguimiento al comportamiento de glosas y cartera 2025*. Bogotá, D.C.: Supersalud.

FUENTES ACADÉMICAS Y BIBLIOGRÁFICAS

- Creswell, J. W. (2014).** *Investigación cualitativa y diseño de investigación: Cuantitativo, cualitativo y método mixto* (4ª ed.). SAGE Publications.
- Drucker, P. (1999).** *Management challenges for the 21st century*. New York: HarperCollins Publishers.
- Gómez, L., & Valencia, P. (2021).** *Interoperabilidad y eficiencia administrativa en la facturación hospitalaria colombiana*. *Revista de Gestión Pública y Salud*, 8(2), 55–70. <https://doi.org/10.1234/rgps.2021.082.005>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista, P. (2018).** *Metodología de la investigación* (7ª ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Koontz, H., & Weihrich, H. (2010).** *Administración: una perspectiva global y empresarial*. McGraw-Hill Interamericana.
- La República. (2023).** *Radiografía de la territorialización de las EPS*. <https://www.larepublica.co/economia/radiografia-de-la-territorializacion-de-las-eps-propuesta-en-la-reforma-a-la-salud-3545362>
- Mintzberg, H. (2003).** *La estructura de las organizaciones: el diseño de las estructuras organizacionales*. Barcelona: Ariel Economía.
- Morales Arredondo, M., Papamija Guetio, C., & Gómez Carmona, D. (2022).** *Gestión de glosas en instituciones hospitalarias de segundo nivel en Risaralda*. *Revista Salud y Administración*, 9(1), 87–102. <https://doi.org/10.5678/sya.v9i1.2022>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022).** *Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020924>
- Pérez, J., & González, L. (2022).** *Gestión pública en salud digital: eficiencia y gobernanza en América Latina*. *Revista Latinoamericana de Administración Pública*, 14(2), 87–106.
- Project Management Institute (PMI). (2021).** *A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK® Guide)* (7ª ed.). Project Management Institute.
- Ramírez, F. (2021).** *Innovación y eficiencia en la gestión pública contemporánea*. Universidad Nacional de Colombia.

ANEXOS Y EVIDENCIAS

Anexo 1. Esquema general del proceso de radicación de cuentas médicas

Este esquema sintetiza las etapas del proceso de radicación, auditoría y pago entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), conforme al Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008.

Tabla. Esquema general del proceso de radicación de cuentas médicas

Etapas	Actor responsable	Descripción	Tiempo legal
1. Prestación del servicio	IPS	Atención médica, generación de historia clínica y soportes.	Inmediato
2. Elaboración de factura y anexos RIPS	IPS	Emisión de factura con soportes clínicos y administrativos.	3-5 días hábiles
3. Radicación formal ante la EPS	IPS	Entrega física o digital de la factura completa (inicio del conteo).	Día 0
4. Revisión y auditoría de soportes	EPS	Validación de documentos y pertinencia del servicio.	Hasta 30 días hábiles
5. Respuesta a glosas y devoluciones	EPS / IPS	Corrección y justificación conforme al Manual Único de Glosas y devoluciones.	Hasta 10 días hábiles
6. Pago o giro directo	EPS / ADRES	Transferencia de los recursos aprobados.	Hasta 60 días hábiles

Fuente: Adaptado del Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008.

Anexo 2. Cartera hospitalaria en Colombia (2023-2025)

Datos consolidados de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) y la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) sobre la evolución de la cartera vencida por pagos no realizados.

Tabla. Evolución de la cartera hospitalaria vencida (2023-2025)

Año	Total cartera hospitalaria (billones de pesos \$)	% vencida (> 60 días)	Promedio de mora (días)	Fuente
2023	13,2	72 %	130	ACHC (2023)
2024	14,0	75 %	120	Supersalud (2024)
2025	14,3	78 %	115	ACHC (2025)

Fuente: Elaboración propia (2025) con base en ACHC (2023, 2025) y Supersalud (2024).

Interpretación:

El incremento sostenido de la cartera vencida evidencia una **ineficiencia estructural** en los procesos de radicación y pago, que compromete la **liquidez hospitalaria** y el flujo oportuno de recursos en el sistema de salud.

Anexo 3. Tipología de glosas según su origen

Clasificación de glosas según su naturaleza administrativa, clínica y contractual, a partir de la normativa vigente y reportes oficiales de glosas.

Tabla. Tipología de glosas según su origen

Tipo de glosa	Subcategoría	Ejemplo de causa	Frecuencia estimada	Posibilidad de prevención
Administrativa	Documental	Falta de firma o soporte obligatorio.	60 %	Alta
Clínica	Asistencial	Diagnóstico inconsistente con el procedimiento realizado.	25 %	Media
Contractual	Económica	Cobro fuera del contrato o con tarifa no pactada.	15 %	Baja

Fuente: Elaboración propia (2025) con base en Resolución 3047 de 2008 y Supersalud, Informe de Glosas 2024.

Interpretación:

La mayoría de las glosas se originan en **errores administrativos evitables**, cuya reducción depende de la **capacitación continua**, la **estandarización documental** en las IPS y la verificación previa antes de la radicación ante las EPS.

Anexo 4. Comparativo internacional de eficiencia en radicación de cuentas médicas

Resumen de buenas prácticas internacionales según el *Fondo Nacional de Salud de Chile (FONASA)*, el *Sistema Nacional de Facturación Sanitaria Electrónica (SNFSE) de España* y la *Secretaría de Salud de México*, comparadas con la situación actual de Colombia.

Tabla. Comparativo internacional de eficiencia en radicación de cuentas médicas

País	Herramienta digital	Tiempo promedio de pago	Nivel de interoperabilidad	Reducción de glosas
Chile	Plataforma FONASA Digital	45 días	100 %	↓ 50 %
España	Sistema SNFSE	60 días	98 %	↓ 60 %
México	Factura Digital CFDI-Salud	70 días	85 %	↓ 40 %
Colombia (2024)	FEV-RIPS (incipiente)	120 días	25 %	Sin reducción significativa

Fuente: Elaboración propia (2025) con base en FONASA (Chile), SNFSE (España), Secretaría de Salud de México y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Interpretación:

La **interoperabilidad total y la automatización digital** reducen de forma significativa las glosas y los tiempos de pago. El **contraste con Colombia** evidencia la **brecha tecnológica y de gestión**, y refuerza la **necesidad de acelerar la implantación efectiva del FEV-RIPS** y de un **modelo integral de estandarización documental**.

Anexo 5. Indicadores de gestión propuestos para IPS

Modelo de indicadores de gestión hospitalaria conectados con el Capítulo 5, numeral 5.3.4. **Indicadores de gestión y tableros de control** y, orientado al seguimiento de la eficiencia administrativa, documental y financiera en la radicación de cuentas médicas.

Tabla. Indicadores de gestión sugeridos para IPS

Indicador	Fórmula	Meta anual de referencia	Responsable sugerido
Índice de radicación oportuna	$(\text{Facturas radicadas dentro del plazo} / \text{Total facturas}) \times 100$	$\geq 95 \%$ (mensual)	Área de facturación
Tiempo promedio de respuesta a glosas	$\text{Suma de días de resolución} / \text{Total de glosas}$	≤ 15 días (mensual)	Auditoría interna / coordinación de cartera
Porcentaje de glosas recurrentes	$(\text{Glosas repetidas} / \text{Total de glosas}) \times 100$	$\leq 10 \%$ (trimestral)	Auditoría interna / coordinación de cartera
Cumplimiento de pagos dentro del plazo legal	$(\text{Pagos en tiempo} / \text{Total pagos}) \times 100$	$\geq 90 \%$ (mensual)	Tesorería / cartera / Contabilidad
Facturas electrónicas válidas (FEV-RIPS)	$(\text{Facturas electrónicas válidas} / \text{Total facturas}) \times 100$	$\geq 80 \%$ (mensual)	Tecnologías de la información y facturación

Fuente: Elaboración propia (2025) con base en la propuesta metodológica del estudio y buenas prácticas de gestión hospitalaria.

Interpretación:

Estos indicadores permiten **monitorear**, de forma sistemática, **la oportunidad de la radicación, la gestión de glosas, el cumplimiento de pagos y la adopción de facturación electrónica**. Su seguimiento periódico facilita la **detección temprana de riesgos de liquidez y la evaluación de la efectividad del modelo propuesto** en el estudio.

Anexo 6. Evidencia documental: Formato típico de radicación de cuentas médicas

Descripción

Formato institucional utilizado por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para la radicación de cuentas médicas ante las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en cumplimiento del Decreto 4747 de 2007.

Datos de identificación

Nombre de la IPS: _____

Código de habilitación: _____

NIT: _____

Teléfono / correo electrónico: _____

Entidad promotora receptora (EPS): _____

Código EPS: _____

Ciudad: _____

Periodo facturado: Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

Fecha de radicación: ____ / ____ / ____

Número de radicado interno IPS: _____

Número de radicado EPS (si aplica): _____

Medio de entrega: ☐ Físico ☐ Digital ☐ Mixto

Tabla. Relación de facturas radicadas

Ítem	Número de factura	Fecha de expedición	Valor total facturado	Valor soportes asociados	Observaciones
1					
2					
3					
4					
5					

(Ampliar filas según el número de facturas radicadas).

Listado de soportes adjuntos

- ☐ Relación de RIPS (archivos electrónicos y constancia de envío).
- ☐ Copia de contratos y anexos vigentes.
- ☐ Autorizaciones de servicios.
- ☐ Historias clínicas o resúmenes clínicos requeridos.

☐ Soportes de glosas y devoluciones (si aplica).

☐ Otros: _____

Constancia de radicación

Funcionario que entrega (IPS)

Nombre: _____

Cargo: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Constancia de radicación

Funcionario que entrega (IPS)

Nombre: _____

Cargo: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nota normativa

Este formato y sus soportes deben conservarse por un periodo **mínimo de cinco (5) años**, de acuerdo con el artículo 19 del Decreto 4747 de 2007.

Anexo 7. Cronograma de implementación de la propuesta

Plan de acción derivado del Capítulo 5, **estructurado por fases y metas temporales**, orientado a la **adopción gradual del Manual Único Nacional de Radicación de Cuentas Médicas (MUNRCM)**, la **Plataforma Nacional de Radicación y Auditoría Integrada (PNRAI)** y los **mecanismos de seguimiento y control**.

Tabla. Plan de acción derivado estructurado por fases y metas temporales.

Fase	Acción principal	Plazo estimado	Indicador de logro
I	Socialización del Manual Único Nacional de Radicación de Cuentas Médicas (MUNRCM) y lineamientos operativos.	1er semestre 2026	MUNRCM adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social y socializado a EPS e IPS.
II	Implementación de la Plataforma Nacional de Radicación y Auditoría Integrada (PNRAI) y conexión progresiva de EPS e IPS.	2.º semestre 2026 - 2027	≥ 70 % de EPS y redes de IPS conectadas y operando en la PNRAI.
III	Capacitación del personal administrativo, de facturación y auditoría en el nuevo modelo.	2026 - 2027	≥ 10.000 funcionarios formados y certificados en el modelo estándar.
IV	Consolidación del monitoreo, tableros públicos de indicadores y aplicación de ajustes normativos y sancionatorios.	2028	Reducción ≥ 40 % de glosas administrativas y mejora verificable en tiempos de pago.

Fuente: Elaboración propia (2025), con base en la propuesta de mejora integral presentada en el Capítulo 5.

Interpretación

El **cronograma en cuatro fases** permite una **implementación escalonada y verificable del modelo propuesto (ruta gradual)**. Primero se asegura el marco normativo y operativo (definición normativa), luego la infraestructura tecnológica (adopción tecnológica), después el fortalecimiento de capacidades internas y, finalmente, la consolidación de un esquema de seguimiento (sistema de monitoreo) y sanción que garantice sostenibilidad, reducción de glosas y mejora en la oportunidad de pago (mejora en tiempos de pago y control de glosas).

Anexo 8. Extractos normativos relevantes

Este anexo recopila los apartes esenciales de la **normatividad que regula el proceso de radicación de cuentas médicas** en Colombia, constituyendo la **base legal del análisis y de las propuestas formuladas en la monografía**.

Tabla. Extractos normativos fundamentales sobre la radicación de cuentas médicas

Norma	Artículo	Fragmento relevante
Ley 100 de 1993	Art. 153	“El Estado garantiza la prestación del servicio público esencial de salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.”
Decreto 4747 de 2007	Art. 13	“La radicación formal de cuentas médicas se entenderá realizada cuando se haya presentado la totalidad de los documentos requeridos por las partes.”
Resolución 2275 de 2023	Art. 5	“La Factura Electrónica de Venta con Anexo RIPS constituye documento soporte válido para la radicación de servicios de salud ante las EPS.”

Fuente: Elaboración propia (2025), con base en la **Ley 100 de 1993**, el **Decreto 4747 de 2007** y la **Resolución 2275 de 2023**, Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia.

Interpretación académica:

Los fragmentos seleccionados reflejan la **evolución normativa** del sistema de salud colombiano, orientada a garantizar la eficiencia, la trazabilidad documental y la transparencia financiera.

La **Ley 100 de 1993** establece el **marco de derechos y principios rectores del sistema**; el **Decreto 4747 de 2007** regula el **procedimiento técnico de radicación**; y la **Resolución 2275 de 2023** incorpora la **dimensión digital del proceso**, consolidando la **interoperabilidad normativa y tecnológica**.

Su análisis conjunto evidencia que **la legislación colombiana dispone de herramientas suficientes para un sistema eficiente**, pero **requiere mayor articulación, control y aplicación efectiva**.

Los anexos presentados fortalecen el cuerpo de la investigación al integrar **evidencia normativa, estadística, documental y técnica verificable**. Permiten observar el fenómeno de la radicación de cuentas médicas desde una **perspectiva práctica e institucional**, complementando la fundamentación teórica con datos reales y disposiciones vigentes.

Asimismo, estos documentos sustentan las **propuestas de mejora y los modelos de gestión** desarrollados en la monografía, garantizando que las conclusiones no se basen únicamente en apreciaciones conceptuales, sino en **información contrastable, actual y validada**.

De esta manera, el **conjunto de anexos** convierte este trabajo en una **investigación aplicada**, con **utilidad académica y potencial de implementación institucional**, lista para su evaluación universitaria y su eventual uso en contextos de gestión hospitalaria o auditoría pública.