Documento de trabajo ECISALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Liquidación de procedimientos quirúrgicos en colombia: un análisis metodológico comparado entre los principales manuales tarifarios del sistema de salud

Surgical procedure billing settlement in colombia: a comparative methodological analysis of the leading health system fee schedules

Claudia Angelica Dazza Pineda[1]

Resumen

Sistematizar la metodología de liquidación de procedimientos quirúrgicos en Colombia mediante la revisión comparada del Manual de Tarifas EPS-ISS 2001 y del Manual de Régimen Tarifario SOAT, identificando los principales criterios que intervienen en la valoración económica de estos servicios y su aplicación en los procesos de facturación y auditoría de cuentas médicas. **Metodología.** Se realiza una revisión documental y comparada de fuentes normativas, técnicas y académicas relacionadas con la liquidación de procedimientos quirúrgicos, considerando los criterios de identificación y clasificación, características del procedimiento, unidades y mecanismos de valoración, componentes reconocibles y reglas de multiplicidad y bilateralidad establecidas en los referentes tarifarios estudiados. **Resultados.** Se identifican diferencias entre las estructuras y lógicas de valoración de los referentes ISS 2001 y SOAT, particularmente en sus mecanismos de valoración y en las reglas aplicables a los diferentes componentes de la liquidación quirúrgica. Asimismo, se establece que aspectos como la vía de acceso, la región operatoria, la bilateralidad y la realización de procedimientos múltiples pueden modificar el reconocimiento económico. Se evidencia que estas diferencias trascienden el cálculo tarifario y adquieren relevancia en la contratación, facturación y auditoría, donde la claridad sobre el referente aplicable, sus actualizaciones y las condiciones pactadas resulta fundamental para sustentar técnicamente el valor facturado y gestionar las diferencias que pueden derivar en glosas, reprocesos y afectaciones en la recuperación de cartera. **Conclusión.** La liquidación de procedimientos quirúrgicos constituye una competencia que integra conocimientos asistenciales, normativos, contractuales y financieros. Su correcta aplicación exige un auditor capaz de interpretar las reglas tarifarias y relacionarlas con la prestación realizada, las condiciones contractuales y los soportes de la cuenta médica, contribuyendo al control de las diferencias, la gestión de las cuentas y el manejo oportuno de los recursos derivados de los servicios de salud.

Palabras clave: Liquidación quirúrgica; manuales tarifarios; Auditoría de cuentas médicas; ISS 2001; SOAT; Facturación en salud.

1 **Claudia Angelica Dazza Pineda.** Universidad Nacional Abierta y a Distancia. · Correo electrónico: claudian.dazza@unad.edu.co · ORCID: https://orcid.org/0009-0008-6747-897X

Abstract

To systematize the settlement methodology for surgical procedures in Colombia through a comparative review of the EPS-ISS 2001 Fee Manual and the SOAT Tariff Regime Manual, identifying the main criteria involved in the economic valuation of these services and their application in billing and medical accounts auditing processes. A documentary and comparative review was conducted of regulatory, technical, and academic sources related to the settlement of surgical procedures, considering the criteria of identification and classification, procedure

characteristics, valuation units and mechanisms, recognizable components, and the multiplicity and bilaterality rules established in the fee schedules studied. Differences were identified between the structures and valuation logics of the ISS 2001 and SOAT references, particularly in their valuation mechanisms and in the rules applicable to the different components of surgical settlement. Likewise, it was established that aspects such as the access route, the operative region, bilaterality, and the performance of multiple procedures can modify economic recognition. The discussion shows that these differences go beyond fee calculation and become relevant in contracting, billing, and auditing, where clarity regarding the applicable reference, its updates, and the agreed conditions is essential to technically support the billed value and to manage differences that may lead to claim denials, reprocessing, and impacts on accounts receivable recovery. The settlement of surgical procedures constitutes a competency that integrates clinical, regulatory, contractual, and financial knowledge. Its correct application requires an auditor capable of interpreting fee rules and relating them to the service actually provided, the contractual conditions, and the supporting documentation of the medical account, thereby contributing to the control of discrepancies, account management, and the timely handling of resources derived from health services

Keywords: Surgical billing settlement; fee schedules; medical accounts auditing; ISS 2001; SOAT; Health Billing.

Introducción

La liquidación de procedimientos quirúrgicos es uno de los procesos de mayor complejidad dentro de la auditoría de cuentas médicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano. Su valoración económica no depende de un valor único y estático, sino de la interacción de variables como el referente tarifario utilizado, el grupo quirúrgico asignado, la vía de abordaje, la existencia de procedimientos concurrentes o relacionados y las reglas de multiplicidad propias de cada referente. Por ello, su correcta liquidación exige no solo identificar la prestación realizada, sino interpretar y aplicar adecuadamente las disposiciones que determinan su valor.

En Colombia coexisten distintos referentes para la valoración de los servicios de salud, entre ellos el Manual de Tarifas de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social (EPS-ISS), aprobado mediante el Acuerdo 256 de 2001, y el Manual de Régimen Tarifario asociado al SOAT, establecido mediante el Decreto 2423 de 1996. Aunque ambos permiten establecer un valor económico para los procedimientos, difieren en su estructura, unidades de referencia y reglas de cálculo —diferencias que cobran especial relevancia en la liquidación quirúrgica, cuyo valor final puede involucrar componentes como honorarios profesionales, derechos de sala y materiales. Así, la identificación de la prestación mediante el código CUPS es apenas un punto de partida: no determina por sí misma el valor a facturar o reconocer. A esto se suma la evolución normativa reciente: para la vigencia 2026, el régimen tarifario del SOAT incorporó la Unidad de Valor Básico (UVB) como referente de actualización, conforme a la Circular Externa 047 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la reemplace o sustituya, lo que confirma que la liquidación depende tanto de la estructura de cada manual como de sus actualizaciones vigentes.

Esta correcta aplicación es particularmente relevante en la auditoría de cuentas médicas, cuya labor incluye validar tarifas, soportes y condiciones contractuales; las inconsistencias en estos componentes pueden derivar en glosas, devoluciones y reprocesos. Estudios en el contexto colombiano han señalado la importancia de fortalecer los mecanismos de validación de tarifas y soportes precisamente por su incidencia en la gestión de glosas y la recuperación de cartera (Chavarría Chavarría, 2018), mientras que la auditoría de cuentas médicas, en general, cumple una función de control sobre la facturación que contribuye a prevenir pagos

indebidos y a gestionar el riesgo financiero de las instituciones de salud (Dazza Pineda, 2026).

En este contexto, el presente working paper desarrolla un análisis metodológico comparado de la liquidación de procedimientos quirúrgicos bajo el Manual de Tarifas EPS-ISS y el Manual de Régimen Tarifario asociado al SOAT, con el propósito de explicar y sistematizar los criterios necesarios para determinar su valor según las particularidades de cada referente —desde la identificación y clasificación del procedimiento hasta la determinación de los componentes que conforman su valor final, recorriendo las distintas situaciones en que dichos elementos se combinan.

El documento busca constituirse en una referencia teórico-práctica para estudiantes y profesionales de la auditoría de cuentas médicas, la facturación y la gestión de servicios de salud, favoreciendo una comprensión más precisa de la liquidación quirúrgica y de sus implicaciones en los procesos de facturación, auditoría, negociación y reconocimiento económico en Colombia.

Metodología

El presente Working Paper se desarrolla bajo un enfoque documental y analítico, orientado a identificar, interpretar y sistematizar los criterios que intervienen en la liquidación de procedimientos quirúrgicos en Colombia. El trabajo no parte de la recolección de datos primarios ni de la aplicación de instrumentos de medición, sino de la revisión crítica de fuentes normativas, técnicas y documentales relacionadas con la valoración económica de los servicios quirúrgicos y su aplicación en los procesos de facturación y auditoría de cuentas médicas.

El análisis toma como referentes el Manual de Tarifas EPS-ISS y el Manual de Régimen Tarifario asociado al SOAT, considerando tanto las disposiciones que sustentan su estructura tarifaria como las normas y actualizaciones aplicables a su utilización. La revisión normativa diferencia los antecedentes que dieron origen a cada referente de las disposiciones vigentes que actualmente inciden en su aplicación, con el propósito de establecer una adecuada trazabilidad entre la norma, el criterio de liquidación y su aplicación dentro de cada estructura tarifaria.

La revisión documental se orientó a identificar los conceptos, criterios y reglas que intervienen en la valoración de los procedimientos quirúrgicos, considerando aspectos relacionados con su identificación y clasificación, las características del procedimiento, los componentes objeto de reconocimiento y las condiciones que determinan su liquidación. Asimismo, se examinaron las disposiciones que regulan situaciones en las que intervienen procedimientos múltiples, bilaterales, concurrentes o relacionados, así como aquellas relacionadas con las diferentes modalidades de reconocimiento de los servicios quirúrgicos.

El análisis se realizó desde una perspectiva comparada, no con el propósito de establecer cuál de los referentes resulta más conveniente, sino de comprender las diferencias en la lógica mediante la cual cada uno estructura y determina la valoración económica de los procedimientos quirúrgicos. En este sentido, se procuró establecer, para cada criterio identificado, su fundamento normativo, alcance y relación con los demás elementos que intervienen en la liquidación.

El alcance del Working Paper es teórico y metodológico. Por tanto, el análisis se concentra en explicar las reglas, conceptos y procedimientos de liquidación establecidos en los referentes tarifarios seleccionados, sin desarrollar ejemplos numéricos ni liquidaciones aplicadas a códigos CUPS específicos. De esta manera, se busca construir una explicación general que permita comprender la lógica de valoración de los procedimientos quirúrgicos con independencia de una especialidad o procedimiento particular.

Resultados

El análisis documental realizado permitió identificar y organizar los principales elementos conceptuales, normativos y metodológicos relacionados con la liquidación de procedimientos quirúrgicos en Colombia. Los resultados se presentan de manera progresiva: inicialmente se establecen los conceptos que sustentan la comprensión de la liquidación; posteriormente se caracterizan los referentes tarifarios seleccionados y,

finalmente, se desarrolla de forma paralela la metodología de liquidación correspondiente a cada uno. Esta estructura permite avanzar desde la comprensión de los elementos que intervienen en la valoración económica hasta el análisis comparativo de las lógicas de liquidación de los referentes estudiados.

3.1. Conceptos base para la liquidación quirúrgica

Previo al desarrollo de la caracterización de cada referente tarifario, se presentan a continuación los conceptos que el lector debe tener presentes para comprender la lógica de liquidación de los procedimientos quirúrgicos. Estos conceptos son transversales a los dos referentes objeto de este working paper, aunque cada uno los aplique con reglas y unidades propias.

CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud): codificación mediante la cual se identifica el procedimiento realizado, actualmente regulada por la Resolución 2706 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social. Constituye el punto de partida de toda liquidación, pero no determina por sí mismo su valor: este depende de la ubicación del código dentro de la estructura de clasificación de cada referente tarifario.

Grupo quirúrgico: categoría a la que el Manual SOAT (Decreto 2423 de 1996, compilado en el Anexo Técnico 1 del Decreto 780 de 2016) asigna cada procedimiento quirúrgico según su complejidad, y de la cual se derivan los factores aplicables a honorarios, derechos de sala y materiales.

Unidad de Valor Relativo (UVR): unidad de referencia empleada por el Manual ISS 2001 (Acuerdo 256 de 2001) para clasificar los procedimientos y determinar el valor de cada componente de su liquidación.

Vía de acceso: entrada quirúrgica a un órgano o región. Es el criterio que rige, por lo general, las reglas de liquidación de honorarios (cirujano, anestesiólogo, ayudante) cuando existe más de un procedimiento en un mismo acto quirúrgico.

Región operatoria: parte del cuerpo humano sobre la cual se practica el procedimiento. Es el criterio que rige, por lo general, las reglas de liquidación de derechos de sala y materiales en procedimientos múltiples, y no coincide necesariamente con la vía de acceso.

Procedimiento cruento: aquel que genera una solución de continuidad en los tejidos a través de una vía artificial practicada intencionalmente por el profesional de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, concepto 202034201514871 de 2020).

Procedimiento incruento: aquel que se realiza a través de orificios naturales, sin generar solución de continuidad en los tejidos, como ocurre en un cateterismo o un procedimiento endoscópico (Ministerio de Salud y Protección Social, concepto 202034201514871 de 2020). Esta distinción incide directamente en el reconocimiento de los derechos de sala.

Bilateralidad: condición de un procedimiento que involucra órganos pares, y que puede modificar el porcentaje reconocido para uno o varios de los componentes de la liquidación.

Multiplicidad, concurrencia y procedimientos relacionados: situaciones en las que se realiza más de un procedimiento quirúrgico dentro de un mismo acto, ya sea por el mismo especialista o por especialistas de distintas ramas, y que activan reglas específicas de reconocimiento parcial o diferenciado para cada componente económico.

Honorarios profesionales: valor reconocido por la intervención del cirujano, el anestesiólogo y, cuando aplica según el grupo o nivel del procedimiento, el ayudante quirúrgico.

Derechos de sala: valor reconocido por el uso de la sala de cirugía y su dotación básica, cuyo monto varía según el grupo o nivel del procedimiento y su condición de cruento o incruento.

Materiales de sutura y curación: valor reconocido por los insumos empleados durante el procedimiento, sujeto también a las reglas de multiplicidad y a la clasificación del procedimiento.

3.2. Referentes tarifarios analizados

Manual Tarifario ISS 2001

El Manual de Tarifas de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social (EPS-ISS), conocido en la práctica como Manual Tarifario ISS 2001, fue aprobado mediante el Acuerdo 256 de 2001 por el Consejo Directivo del

Instituto de Seguros Sociales. El acuerdo estableció las tarifas que la EPS-ISS aplicaría para el pago de los servicios de salud contratados con instituciones, grupos de práctica profesional y personas naturales, así como para los servicios prestados por sus propias instituciones y para otros conceptos contemplados en el mismo manual (Instituto de Seguros Sociales, 2001).

Aunque su origen estuvo directamente relacionado con la operación del Instituto de Seguros Sociales, el Manual ISS 2001 adquirió posteriormente importancia como referente tarifario en la contratación de servicios de salud. Sin embargo, su utilización no debe interpretarse como la existencia de una tarifa obligatoria y general para todas las relaciones entre IPS y entidades responsables del pago. El Ministerio de Salud y Protección Social señala que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud las tarifas son, en términos generales, objeto de concertación entre las partes y que el Manual ISS 2001 funcionó como una referencia tarifaria, pero no como un manual de obligatorio cumplimiento para todas las IPS y EAPB (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.).

Desde el punto de vista de su estructura, el manual organiza las intervenciones y procedimientos médico-quirúrgicos mediante una nomenclatura que incluye su identificación, clasificación y valoración en Unidades de Valor Relativo (UVR). El Capítulo I corresponde al listado de intervenciones y procedimientos médico-quirúrgicos, organizado por especialidades, y asigna a cada procedimiento una determinada cantidad de UVR como expresión de su valoración relativa dentro de la estructura tarifaria (Instituto de Seguros Sociales, 2001).

La UVR constituye, por tanto, uno de los elementos centrales para comprender la lógica de valoración del Manual ISS 2001. A diferencia de un sistema basado exclusivamente en una tarifa única asociada al procedimiento, este referente utiliza la cantidad de UVR asignada al procedimiento como base para determinar diferentes componentes económicos de la atención quirúrgica. De esta manera, la misma valoración relativa del procedimiento se relaciona con diferentes estructuras tarifarias, de acuerdo con el componente objeto de reconocimiento (Instituto de Seguros Sociales, 2001).

En el caso de los procedimientos quirúrgicos, entre los componentes contemplados por el manual se encuentran los honorarios profesionales del cirujano, los honorarios del anestesiólogo, los honorarios del ayudante quirúrgico, los derechos de sala de cirugía y los materiales de sutura y curación. La estructura del manual establece reglas diferenciadas para el reconocimiento de estos componentes, por lo que la valoración de un procedimiento quirúrgico no se limita a identificar su código y su correspondiente número de UVR, sino que requiere aplicar las disposiciones específicas previstas para cada concepto (Instituto de Seguros Sociales, 2001).

Esta característica resulta especialmente relevante para el presente análisis, dado que la UVR no constituye por sí misma el valor monetario final del procedimiento. Su función dentro del Manual ISS 2001 es servir como unidad de valoración relativa a partir de la cual se aplican las reglas correspondientes a los diferentes componentes de la liquidación. Por esta razón, el análisis posterior deberá diferenciar entre la identificación y valoración relativa del procedimiento y las reglas específicas mediante las cuales se determina el reconocimiento económico de cada componente.

Por lo anterior, para efectos de este documento, el Manual Tarifario ISS 2001 se aborda como un referente metodológico de liquidación, cuya estructura permite estudiar la relación entre procedimiento, UVR y componentes tarifarios. Su análisis resulta pertinente para comprender una de las metodologías históricamente utilizadas en la contratación y facturación de servicios de salud en Colombia y, posteriormente, contrastarla con la lógica de valoración establecida por el Manual de Régimen Tarifario SOAT.

Manual Tarifario SOAT

El Manual de Régimen Tarifario asociado al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) tiene su antecedente normativo en el Decreto 2423 de 1996, mediante el cual se determinó la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios y se establecieron las tarifas correspon-

dientes. Posteriormente, este régimen fue compilado en el Anexo Técnico 1 del Decreto 780 de 2016, dentro del Capítulo 6 del régimen tarifario del sector salud. En consecuencia, para efectos del presente trabajo, se hará referencia al Manual de Régimen Tarifario SOAT reconociendo su origen en el Decreto 2423 de 1996 y su incorporación posterior al Decreto 780 de 2016 (Presidencia de la República de Colombia, 1996, 2016).

El campo de aplicación del manual se encuentra definido en el artículo 2.5.3.6.1 del Decreto 780 de 2016. Su aplicación es obligatoria en los casos originados por accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y demás eventos catastróficos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza cuando no exista acuerdo entre las partes. Para otros contratos de prestación de servicios de salud, las tarifas se determinan de acuerdo con lo pactado entre las partes, pudiendo utilizarse como referencia las establecidas en el Anexo Técnico 1 (Presidencia de la República de Colombia, 2016).

Esta precisión resulta relevante para el análisis, puesto que el Manual de Régimen Tarifario SOAT no constituye una tarifa de aplicación obligatoria para todas las relaciones contractuales del sistema de salud. Su obligatoriedad depende del ámbito definido por la normativa, mientras que en otros escenarios puede operar como referente tarifario cuando así sea acordado contractualmente. Esta característica diferencia su naturaleza jurídica de su utilización como referente para procesos de contratación, facturación y auditoría de servicios de salud.

En cuanto a su estructura, el manual organiza las intervenciones y procedimientos médico-quirúrgicos mediante una clasificación por grupos quirúrgicos, a los cuales se asocian diferentes valores para los componentes que intervienen en el reconocimiento económico de los servicios. En el caso de la atención quirúrgica, esta estructura contempla grupos del 02 al 13 y grupos especiales 20 a 23, con reglas específicas para el reconocimiento de servicios profesionales, derechos de sala y materiales, entre otros componentes (Presidencia de la República de Colombia, 1996).

El grupo quirúrgico constituye, por tanto, un elemento central de la metodología de valoración del manual. La clasificación asignada al procedimiento sirve como referencia para determinar los valores correspondientes a diferentes componentes de la atención quirúrgica. El régimen establece, entre otros, tablas diferenciadas para los servicios profesionales del cirujano, anestesiólogo y ayudante quirúrgico, así como disposiciones específicas para el servicio de perfusionista en los grupos especiales en los que se requiere este recurso (Presidencia de la República de Colombia, 1996).

De igual manera, el manual contempla reglas específicas para los derechos de sala de cirugía, los procedimientos cruentos e incruentos y los materiales de sutura y curación. Los derechos de sala para procedimientos cruentos se reconocen de acuerdo con el grupo de clasificación del procedimiento, mientras que para determinados procedimientos incruentos que requieren salas quirúrgicas o salas especiales existen disposiciones particulares. En relación con los materiales, el manual establece diferentes formas de reconocimiento según el grupo quirúrgico y contempla reglas específicas para los grupos especiales (Presidencia de la República de Colombia, 1996).

Un aspecto adicional que caracteriza este referente es el tratamiento diferenciado de situaciones como intervenciones bilaterales y múltiples, para las cuales se establecen reglas particulares según el componente objeto de reconocimiento. Estas disposiciones muestran que la clasificación del procedimiento en un grupo quirúrgico constituye el punto de partida de la liquidación, pero no determina por sí sola el valor final de todos los componentes, puesto que deben considerarse las reglas específicas previstas para cada concepto tarifario (Presidencia de la República de Colombia, 1996).

La expresión monetaria de las tarifas del manual también ha experimentado modificaciones. Históricamente, el Decreto 2423 de 1996 estableció sus valores en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes (SMLDV). Posteriormente, el Decreto 2644 de 2022 modificó la expresión de determinadas tarifas, pasando de SMLDV a Unidades de Valor Tributario (UVT). Para la vigencia

2026, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció mediante la Circular Externa 000047 de 2025 la indexación de las tarifas del Manual de Régimen Tarifario expresadas en Unidad de Valor Básico (UVB). La circular señala que, para obtener el valor en pesos colombianos, se debe multiplicar la tarifa expresada en UVB por el valor de la UVB vigente para el año de prestación del servicio, aplicando además las reglas de aproximación establecidas en el régimen tarifario.

Este cambio en la unidad de expresión monetaria no modifica la estructura de clasificación por grupos quirúrgicos ni las reglas que determinan los componentes reconocibles, sino la forma en que las tarifas se expresan y actualizan monetariamente. Por ello, para comprender la metodología de liquidación resulta necesario diferenciar entre la clasificación del procedimiento dentro del grupo quirúrgico, las reglas aplicables a cada componente y la unidad utilizada para expresar económicamente la tarifa en la vigencia correspondiente.

En consecuencia, para efectos de este Working Paper, el Manual de Régimen Tarifario SOAT se aborda como un referente normativo y metodológico cuya lógica de liquidación se estructura alrededor de la clasificación por grupos quirúrgicos y de reglas diferenciadas para los distintos componentes de la atención. Su caracterización permite establecer la base conceptual necesaria para desarrollar posteriormente, de manera específica, la metodología de liquidación de los procedimientos quirúrgicos y su comparación con la estructura del Manual Tarifario ISS 2001.

Metodología de liquidación de procedimientos quirúrgicos

Con los conceptos base y la caracterización de cada referente ya expuestos, corresponde ahora explicar la manera en que estos elementos se articulan para determinar el valor de un procedimiento quirúrgico. Este apartado desarrolla los principales criterios que intervienen en la liquidación y presenta, para cada uno, la lógica establecida por el Manual ISS 2001 y por el Manual de Régimen Tarifario SOAT. Esta organización permite contrastar las semejanzas y diferencias entre ambos referentes sin perder de vista las reglas particulares que determinan el reconocimiento de cada componente de la atención quirúrgica.

Identificación y ubicación del procedimiento

El punto de partida de la liquidación es la identificación del procedimiento realizado y su correspondencia con la nomenclatura utilizada por el referente tarifario aplicable. La CUPS permite identificar y denominar los procedimientos y constituye un elemento fundamental para establecer su correspondencia con las estructuras tarifarias utilizadas en el sistema de salud. A partir de esta identificación, cada referente desarrolla una ruta particular para establecer la valoración económica del procedimiento.

En el Manual ISS 2001, el procedimiento se ubica en el capítulo correspondiente a las intervenciones y procedimientos médico-quirúrgicos, organizados por especialidades, y se identifica mediante un número determinado de Unidades de Valor Relativo (UVR). Esta unidad constituye la base de valoración relativa asignada al procedimiento dentro de la estructura del manual (Instituto de Seguros Sociales, 2001).

En el Manual de Régimen Tarifario SOAT, el procedimiento se identifica dentro de la nomenclatura de intervenciones y procedimientos médico-quirúrgicos y se relaciona con un grupo quirúrgico, de acuerdo con la clasificación establecida en el régimen tarifario. Los grupos quirúrgicos constituyen el referente para consultar las tarifas correspondientes a los diferentes componentes de la atención (Presidencia de la República de Colombia, 1996).

De esta manera, aunque ambos referentes parten de la identificación del procedimiento, la valoración posterior se estructura de manera diferente: el ISS 2001 utiliza la UVR como unidad de valoración relativa, mientras que el SOAT utiliza la clasificación por grupos quirúrgicos. La identificación correcta del procedimiento constituye, por tanto, el primer punto de trazabilidad entre el servicio realizado y la tarifa que posteriormente será objeto de liquidación.

Liquidación de honorarios profesionales

Los honorarios profesionales constituyen uno de los componentes principales de la liquidación de un

procedimiento quirúrgico. En ambos referentes se contempla el reconocimiento diferenciado de los servicios profesionales relacionados con la intervención, aunque la forma de determinar su valor responde a estructuras tarifarias particulares.

En el Manual ISS 2001, los honorarios del cirujano, anestesiólogo y ayudante quirúrgico se relacionan con la valoración en UVR del procedimiento y con las tablas específicas establecidas para cada servicio profesional. Por ello, la liquidación requiere identificar la cantidad de UVR asignada al procedimiento y aplicar posteriormente la regla tarifaria correspondiente al profesional que interviene (Instituto de Seguros Sociales, 2001).

En el Manual SOAT, los honorarios del cirujano, anestesiólogo y ayudante quirúrgico se determinan mediante tablas asociadas al grupo quirúrgico. Para determinados procedimientos y grupos, el régimen contempla además condiciones específicas para el reconocimiento de la ayudantía y, en los grupos especiales en los que corresponde, del perfusionista (Presidencia de la República de Colombia, 1996).

Cuando en un mismo acto quirúrgico se realizan varios procedimientos, la liquidación de los honorarios no corresponde necesariamente a la suma de las tarifas completas de cada intervención. En el régimen SOAT, por ejemplo, los artículos 71, 72 y 73 establecen reglas diferentes según se trate de intervenciones realizadas por el mismo cirujano en igual vía de acceso, por el mismo cirujano en diferente vía, o por cirujanos de distinta especialidad. Estas reglas determinan porcentajes específicos para las intervenciones adicionales y presentan diferencias según el profesional objeto de reconocimiento.

Por consiguiente, la vía de acceso constituye una de las variables que debe ser considerada al aplicar las reglas de multiplicidad, pero su efecto no puede generalizarse de manera idéntica para todos los componentes de la liquidación. La aplicación de los porcentajes correspondientes debe realizarse de acuerdo con la regla específica prevista para cada concepto tarifario.

Liquidación de derechos de sala

Los derechos de sala corresponden a otro componente diferenciado de la liquidación quirúrgica. Su reconocimiento depende de las características del procedimiento y de las reglas particulares establecidas por cada referente tarifario.

En el Manual ISS 2001, los derechos de sala se encuentran relacionados con la valoración en UVR del procedimiento y se determinan mediante la estructura tarifaria correspondiente a este componente. Por ello, el número de UVR asignado al procedimiento sirve como punto de referencia para ubicar el valor aplicable a los derechos de sala, sin que esto implique que el valor de sala sea equivalente al reconocimiento de los servicios profesionales.

En el Manual SOAT, los derechos de sala se encuentran asociados al grupo quirúrgico y cuentan con una tabla específica de reconocimiento. El régimen diferencia, además, situaciones relacionadas con procedimientos cruentos e incruentos y con el tipo de sala utilizada. Para los procedimientos cruentos, el artículo 49 establece los elementos comprendidos dentro de los derechos de sala de cirugía, mientras que el artículo 52 contempla reglas para procedimientos incruentos que requieren salas quirúrgicas o especiales (Presidencia de la República de Colombia, 1996).

En las intervenciones múltiples también existen reglas específicas para este componente. El régimen SOAT, por ejemplo, establece para determinadas intervenciones múltiples el reconocimiento del valor correspondiente a la cirugía mayor y porcentajes adicionales para las intervenciones siguientes, de acuerdo con las circunstancias definidas por la norma. De igual manera, para las intervenciones bilaterales existe una regla particular para los derechos de sala, diferente de la establecida para los servicios profesionales (Presidencia de la República de Colombia, 1996).

Por lo anterior, la liquidación de derechos de sala requiere identificar no solamente el procedimiento y su clasificación, sino también las condiciones particulares bajo las cuales se realizó la intervención.

Liquidación de materiales de sutura y curación

Los materiales de sutura y curación constituyen otro componente susceptible de reconocimiento dentro de la liquidación quirúrgica. Su tratamiento presenta diferencias importantes entre los dos referentes.

En el Manual ISS 2001, el reconocimiento de los materiales se estructura a partir de rangos relacionados con la valoración en UVR del procedimiento. Esta organización permite establecer diferentes niveles de reconocimiento según la valoración relativa de la intervención y contempla reglas particulares para determinados procedimientos de mayor complejidad (Instituto de Seguros Sociales, 2001).

En el Manual SOAT, los materiales de sutura y curación, junto con otros elementos expresamente contemplados por el régimen, se encuentran asociados a tablas de acuerdo con los grupos quirúrgicos. Para los grupos 02 a 13 se establecen rangos específicos, mientras que los grupos especiales tienen reglas diferenciadas relacionadas con el consumo de materiales.

Las reglas aplicables a los materiales también contemplan situaciones de bilateralidad y multiplicidad. El Decreto 2423 de 1996 establece, por ejemplo, un reconocimiento adicional del 75 % para materiales en intervenciones bilaterales y reglas específicas para intervenciones múltiples realizadas en diferente región operatoria. Estas disposiciones muestran que el tratamiento de los materiales no necesariamente reproduce los porcentajes establecidos para los honorarios o los derechos de sala.

Esta diferenciación resulta relevante para la auditoría de cuentas médicas, debido a que la correcta liquidación de los materiales exige verificar tanto su correspondencia con el procedimiento realizado como la regla tarifaria específica aplicable a la circunstancia quirúrgica.

Reglas de multiplicidad quirúrgica

La realización de varios procedimientos durante un mismo acto quirúrgico constituye una de las situaciones que mayor complejidad introduce en la liquidación. En ambos referentes existen reglas destinadas a evitar que cada procedimiento adicional sea reconocido automáticamente como una intervención independiente con el 100 % de la tarifa.

En el Manual ISS 2001, las reglas de multiplicidad consideran diferentes circunstancias relacionadas con la realización de varios procedimientos, entre ellas la vía de acceso y la participación de uno o más especialistas. Por ello, para establecer el reconocimiento de las intervenciones adicionales es necesario identificar previamente las condiciones en las que fueron realizadas y aplicar la regla correspondiente a cada componente de la liquidación (Instituto de Seguros Sociales, 2001).

En el Manual SOAT, las reglas se encuentran expresamente diferenciadas según la circunstancia quirúrgica. Para las intervenciones múltiples realizadas por un mismo cirujano en igual vía de acceso, los servicios profesionales se reconocen tomando como referencia la intervención mayor y adicionando un porcentaje de las intervenciones posteriores. Cuando el mismo cirujano utiliza diferente vía de acceso, el porcentaje aplicable a las intervenciones adicionales es diferente. Cuando participan dos o más cirujanos de distinta especialidad, existen a su vez reglas específicas para los servicios profesionales, la anestesia y la ayudantía (Presidencia de la República de Colombia, 1996).

Una característica importante del régimen SOAT es que las reglas de multiplicidad no son idénticas para todos los componentes. Los porcentajes previstos para servicios profesionales, derechos de sala y materiales pueden variar según la circunstancia analizada. Por ello, la liquidación de un acto quirúrgico con múltiples procedimientos requiere efectuar la revisión de cada componente de manera independiente, evitando trasladar automáticamente el porcentaje aplicado a un concepto hacia los demás.

En este sentido, la multiplicidad quirúrgica debe entenderse como una condición que modifica la metodología de liquidación y que exige determinar cuál es la intervención principal o de mayor referencia y cuál es el tratamiento tarifario de las intervenciones adicionales, de acuerdo con el referente utilizado.

Bilateralidad

La bilateralidad corresponde a una situación particular de la liquidación quirúrgica en la que un mismo tipo de intervención se realiza sobre estructuras anatómicas pares o sobre ambos miembros, dentro de los casos contemplados por el respectivo referente tarifario.

En el Manual ISS 2001, las intervenciones bilaterales tienen un tratamiento diferenciado frente a las intervenciones múltiples ordinarias. La aplicación de esta condición modifica el reconocimiento de los diferentes componentes de la liquidación de acuerdo con las reglas establecidas en el manual, por lo que es necesario identificar previamente si el procedimiento realizado cumple las condiciones para ser considerado bilateral (Instituto de Seguros Sociales, 2001).

En el Manual SOAT, el artículo 70 establece para las intervenciones bilaterales un reconocimiento adicional del 75 % sobre la tarifa correspondiente a los servicios profesionales del cirujano, anestesiólogo y ayudante quirúrgico, de acuerdo con el grupo quirúrgico de la intervención. La norma delimita además los casos en los cuales procede este reconocimiento.

Para los derechos de sala, el tratamiento es diferente: el régimen establece un reconocimiento adicional del 50 % sobre la tarifa correspondiente al grupo quirúrgico. En cuanto a los materiales de sutura y curación y demás elementos comprendidos en este concepto, el Decreto 2423 establece un reconocimiento adicional del 75 % para las intervenciones bilaterales. Estas diferencias evidencian que la condición de bilateralidad no debe aplicarse mediante un único porcentaje general a todos los componentes de la cuenta (Presidencia de la República de Colombia, 1996).

Por tanto, tanto en el ISS 2001 como en el SOAT, la bilateralidad debe verificarse como una condición específica del procedimiento y posteriormente aplicarse conforme a las reglas propias de cada componente tarifario.

Expresión monetaria y actualización de las tarifas

Una vez determinada la clasificación del procedimiento y establecidos los componentes objeto de reconocimiento, es necesario considerar la unidad mediante la cual se expresa monetariamente la tarifa correspondiente a la vigencia de prestación del servicio.

En el Manual ISS 2001, la estructura tarifaria se encuentra fundamentada en valores y relaciones de valoración establecidos en el propio manual, entre ellos las UVR. Debido a su carácter de referente histórico y contractual, su utilización actual depende de las condiciones pactadas entre las partes. El Ministerio de Salud y Protección Social señala que el Acuerdo 256 de 2001 no constituye actualmente un manual tarifario obligatorio para todos los actores del sistema y que, con la desaparición del ISS, perdió actualización y entró en desuso como manual institucional.

En el Manual de Régimen Tarifario SOAT, la expresión monetaria de las tarifas ha sido objeto de actualizaciones normativas. Para la vigencia 2026, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Circular Externa 000047 de 2025, mediante la cual estableció la indexación de las tarifas del Manual de Régimen Tarifario expresadas en Unidad de Valor Básico (UVB). La circular dispone la aplicación de estas tarifas a partir de la vigencia 2026.

Este elemento permite diferenciar dos dimensiones de la liquidación: por una parte, la clasificación y valoración del procedimiento, determinada por la estructura propia de cada referente; y, por otra, la expresión monetaria de la tarifa, que debe corresponder a la vigencia y a las disposiciones de actualización aplicables.

En consecuencia, la liquidación de procedimientos quirúrgicos no puede reducirse a la consulta de un valor aislado. En ambos referentes exige articular la identificación del procedimiento, su clasificación tarifaria, los componentes susceptibles de reconocimiento, las condiciones particulares de la intervención y las reglas de actualización o expresión monetaria aplicables.

Síntesis metodológica de los referentes analizados

El análisis realizado permite establecer que los dos referentes tarifarios estudiados comparten una secuencia general de liquidación, pero difieren en la forma de estructurar la valoración económica. En ambos casos, el proceso parte de la identificación del procedimiento y continúa con la determinación de los componentes

objeto de reconocimiento y la aplicación de reglas específicas para situaciones como la multiplicidad y la bilateralidad.

La principal diferencia metodológica se encuentra en el mecanismo de clasificación y valoración. El Manual ISS 2001 utiliza las Unidades de Valor Relativo (UVR) como elemento central de valoración de los procedimientos, mientras que el Manual de Régimen Tarifario SOAT emplea la clasificación por grupos quirúrgicos y tablas diferenciadas para los distintos componentes. Esta diferencia determina la manera en que se consulta y aplica la tarifa en cada referente.

A su vez, la revisión de los componentes demuestra que la metodología no funciona como una operación única aplicable a toda la cuenta quirúrgica. Los honorarios profesionales, derechos de sala y materiales poseen reglas particulares, y estas pueden modificarse ante circunstancias como la bilateralidad, la multiplicidad, la vía de acceso, la región operatoria, el tipo de procedimiento o las condiciones de realización.

Desde la perspectiva de la auditoría de cuentas médicas, esta estructura implica que la validación de una liquidación quirúrgica requiere mantener la trazabilidad entre el procedimiento efectivamente realizado, el referente tarifario utilizado, la clasificación asignada, cada componente facturado y la regla específica que sustenta su reconocimiento. Esta trazabilidad constituye un elemento relevante para identificar inconsistencias tarifarias y sustentar técnicamente las diferencias encontradas durante la auditoría (Chavarría Chavarría, 2018).

De esta manera, la metodología desarrollada proporciona la base para la discusión posterior, en la cual se contrastarán las diferencias estructurales entre los referentes ISS 2001 y SOAT y sus implicaciones para la auditoría de cuentas médicas.

Como complemento de la metodología descrita, resulta pertinente sintetizar las principales reglas porcentuales que intervienen en la liquidación de los procedimientos quirúrgicos. Esta síntesis permite visualizar de manera organizada cómo cada referente tarifario establece el reconocimiento de los diferentes componentes asociados al procedimiento, particularmente en situaciones de bilateralidad y realización de procedimientos múltiples. Para facilitar su consulta y evitar la generalización de reglas entre estructuras tarifarias que responden a lógicas diferentes, los porcentajes se presentan de manera independiente para el Manual de Tarifas EPS-ISS 2001 y para el Manual de Régimen Tarifario SOAT.

Las tablas anteriores sintetizan las principales reglas porcentuales identificadas para la liquidación de procedimientos quirúrgicos en los referentes tarifarios estudiados. Su presentación diferenciada permite reconocer las particularidades de cada estructura y facilita la consulta de las reglas aplicables según la situación quirúrgica y el componente objeto de liquidación. Con esta sistematización finaliza la presentación de los resultados obtenidos mediante la revisión documental y se da paso a la discusión de los hallazgos, en la cual se abordarán las diferencias metodológicas identificadas y sus implicaciones para la auditoría de cuentas médicas.

Resultados

Diferencias entre los referentes tarifarios y complejidad de la liquidación quirúrgica

Los resultados obtenidos muestran que la liquidación de procedimientos quirúrgicos en Colombia no responde a una única estructura de valoración económica. El Manual de Tarifas EPS-ISS, adoptado mediante el Acuerdo 256 de 2001, y el Manual de Régimen Tarifario asociado al SOAT, establecido mediante el Decreto 2423 de 1996, utilizan estructuras diferentes para determinar el reconocimiento de los servicios quirúrgicos. Mientras el referente ISS incorpora las Unidades de Valor Relativo (UVR) como elemento fundamental para la valoración de los procedimientos, el referente SOAT organiza los procedimientos mediante grupos quirúrgicos y establece reglas particulares para los diferentes componentes de la atención.

Esta diferencia no constituye únicamente una variación en la forma de expresar las tarifas. Los resultados evidencian que cada referente establece sus propias reglas para determinar cómo se reconoce un procedi-

Tabla 1. Porcentajes de liquidación de procedimientos quirúrgicos según el Manual de Tarifas EPS-ISS 2001

MANUAL TARIFARIO ISS 2001						
TIPO DE PROCEDIMIENTO	**No. de procedimiento**	**CIRUJANO**	**ANESTESIÓLOGO**	**AYUDANTE**	**DERECHOS DE SALA**	**MATERIALES**
MISMA VIA DE ACCESO MISMA ESPECIALIDAD	1 mayor número de UVR	100%	100%	100%	100%	100%
	2 siguiente en número de UVR	60%	60%	60%	50%	50%
	3	NO APLICA COBRO A MAS PROCEDIMIENTOS				
DIFERENTE VIA DE ACCESO MISMA ESPECIALIDAD	1 mayor número de UVR	100%	100%	100%	100%	100%
	2 siguiente en número de UVR	75%	75%	75%	50%	50%
	Desde el tercer procedimiento en adelante	75%	75%	75%	50%	50%
BILATERAL Organos pares	1	100%	100%	100%	100%	100%
	2	75%	75%	75%	75%	75%
MISMA VIA DE ACCESO DIFERENTE ESPECIALIDAD	CIRUJANO A PROCEDIMIENTO 1	100%	100%	100%	100%	100%
	CIRUJANO A PROCEDIMIENTO 2	60%	NO APLICA COBRO A MAS PROCEDIMIENTOS		50%	50%
	CIRUJANO A PROCEDIMIENTO 3	NO APLICA COBRO A MAS PROCEDIMIENTOS				
	CIRUJANO B PROCEDIMIENTO 1	100%	75%	50%	100%	100%
	CIRUJANO B PROCEDIMIENTO 2	60%	NO APLICA COBRO A MAS PROCEDIMIENTOS		50%	50%
	CIRUJANO B PROCEDIMIENTO 3	NO APLICA COBRO A MAS PROCEDIMIENTOS				

miento cuando intervienen condiciones particulares como la bilateralidad, la realización de múltiples procedimientos, la vía de acceso o los diferentes servicios profesionales asociados. En el caso del SOAT, por ejemplo, los artículos 70 a 73 del Decreto 2423 de 1996 establecen reglas diferenciadas para el reconocimiento de intervenciones bilaterales y múltiples, con porcentajes que varían según las condiciones en que se realizan los procedimientos y según los profesionales que intervienen.

Tabla 1. Porcentajes de liquidación de procedimientos quirúrgicos según el Manual de Tarifas EPS-ISS 2001 (continuación)

MANUAL TARIFARIO ISS 2001						
DIFERENTE VIA DE ACCESO DIFERENTE ESPECIALIDAD	CIRUJANO A PROCEDIMIENTO 1	100%	100%	100%	100%	100%
	CIRUJANO A PROCEDIMIENTO 2	60%	NO APLICA COBRO A MAS PROCEDIMIENTOS		50%	50%
	CIRUJANO A PROCEDIMIENTO 3	NO APLICA COBRO A MAS PROCEDIMIENTOS				
	CIRUJANO B PROCEDIMIENTO 1	100%	75%	50%	100%	100%
	CIRUJANO B PROCEDIMIENTO 2	60%	NO APLICA COBRO A MAS PROCEDIMIENTOS		50%	50%
	CIRUJANO B PROCEDIMIENTO 3	NO APLICA COBRO A MAS PROCEDIMIENTOS				

Nota. Fuente: Elaboración propia con base en el Acuerdo 256 de 2001, Manual de Tarifas de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social EPS-ISS.

Tabla 2. Porcentajes de liquidación de procedimientos quirúrgicos según el Manual de Tarifas Decreto 2423/1996 – Manual tarifario SOAT

MANUAL TARIFARIO SOAT						
TIPO DE PROCEDIMIENTO	**No. de procedimiento**	**CIRUJANO**	**ANESTESIÓLOGO**	**AYUDANTE**	**DERECHOS DE SALA**	**MATERIALES**
MISMA VIA DE ACCESO MISMA ESPECIALIDAD	1 - mayor grupo quirúrgico (GQ)	100%	100%	100%	100%	100%
	Del segundo en adelante según el GQ	50%	50%	50%	0%	0%
DIFERENTE VIA DE ACCESO MISMA ESPECIALIDAD	1 - mayor GQ	100%	100%	100%	100%	100%
	2 - Mayor GQ de cada diferente vía	75%	75%	75%	75%	50%
	Si tiene más de un procedimiento en una o varias vías, se liquida como MISMA VIA DE ACCESO - MISMA ESPECIALIDAD					
BILATERAL Organos pares	1	100%	100%	100%	100%	100%
	2	75%	75%	75%	50%	75%
MISMA VIA DE ACCESO DIFERENTE ESPECIALIDAD	CIRUJANO A PROCEDIMIENTO 1 Mayor GQ (De todos los realizados)	100%	100%	100%	100%	100%
	CIRUJANO A GQ DEL 2do EN ADELANTE	50%	75%	50% aplica en el segundo grupo quirúrgico más alto	50%	0%
	CIRUJANO B PROCEDIMIENTO 1	100%	100%		50%	0%
	CIRUJANO B GQ DEL 2do EN ADELANTE	50%	75%		50%	0%
DIFERENTE VIA DE ACCESO DIFERENTE ESPECIALIDAD	CIRUJANO A PROCEDIMIENTO 1 Mayor GQ (De todos los realizados)	100%	100%	100%	100%	100%

Esta situación tiene una implicación directa para la práctica de la auditoría de cuentas médicas. La revisión de una cuenta quirúrgica no puede limitarse a comprobar si una operación matemática fue correctamente ejecutada; requiere establecer previamente qué referente tarifario resulta aplicable, cuál es la regla

Tabla 2. Porcentajes de liquidación de procedimientos quirúrgicos según el Manual de Tarifas Decreto 2423/1996 – Manual tarifario SOAT (continuación)

MANUAL TARIFARIO SOAT						
CIRUJANO A GQ DEL 2do EN ADELANTE	50%	75%	50% aplica en el segundo grupo quirúrgico más alto	50%	75%	CIRUJANO B PROCEDIMIENTO 1
100%	100%	50%		75%	CIRUJANO B GQ DEL 2do EN ADELANTE	50%
75%	50%	0%				

Nota. Fuente: Elaboración propia con base en el Acuerdo 256 de 2001, Manual de Tarifas de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social EPS-ISS. Tabla 2 Porcentajes de liquidación de procedimientos quirúrgicos según el Decreto 2423 de 1996 - Manual Tarifario SOAT MANUAL TARIFARIO SOAT TIPO DE PROCEDIMIENTO No.

de reconocimiento correspondiente y qué características del procedimiento modifican dicha regla. De esta manera, una diferencia encontrada durante la auditoría no necesariamente representa un error aritmético, sino que puede originarse en una interpretación diferente de la estructura tarifaria o en la aplicación de un criterio que no corresponde a las condiciones del procedimiento.

La literatura sobre auditoría de cuentas médicas respalda la importancia de esta perspectiva. Chavarría Chavarría (2018), al desarrollar y validar una herramienta para la auditoría de cuentas y la gestión de glosas en instituciones de salud colombianas, incorporó dentro del proceso de validación criterios relacionados con tarifas, soportes y parametrización de los contratos entre EPS e IPS. La autora señala, además, la utilidad de disponer de información sobre el cumplimiento normativo y la gestión de las cuentas para apoyar la toma de decisiones y los procesos de recuperación de cartera.

Por tanto, la complejidad de la liquidación quirúrgica no se explica exclusivamente por la cantidad de porcentajes o reglas que debe conocer el profesional. El principal reto se encuentra en articular diferentes fuentes de información y determinar cuál regla corresponde a cada situación concreta. La identificación del procedimiento, sus características clínicas, la codificación utilizada, el referente tarifario, las condiciones contractuales y los componentes susceptibles de reconocimiento deben guardar correspondencia para que el valor facturado pueda ser técnicamente sustentado.

Desde esta perspectiva, la competencia del auditor de cuentas médicas adquiere un carácter especializado. No se trata solamente de conocer cuánto se debe reconocer por un procedimiento, sino de comprender por qué ese valor debe determinarse de una determinada manera y bajo qué condiciones puede modificarse. Esta capacidad resulta fundamental cuando en una misma institución convergen diferentes referentes tarifarios, contratos y condiciones de negociación, puesto que la correcta interpretación de las reglas constituye el punto de partida para una auditoría que pueda sustentar técnicamente las diferencias encontradas.

En consecuencia, los resultados permiten interpretar la liquidación quirúrgica como un proceso en el que la dimensión clínica y la dimensión económica se encuentran estrechamente relacionadas. La complejidad del acto quirúrgico debe traducirse en una expresión tarifaria conforme al referente aplicable, pero dicha traducción solo puede realizarse de manera consistente cuando existe correspondencia entre el procedimiento efectivamente realizado, su soporte documental, las condiciones contractuales y las reglas de reconocimiento. La labor del auditor se sitúa precisamente en ese punto de articulación, donde la información asistencial debe convertirse en una valoración económica verificable dentro de la cuenta médica.

La claridad contractual y aplicación de los referentes tarifarios

Las diferencias identificadas entre los referentes tarifarios adquieren especial importancia cuando se trasladan del ámbito normativo al escenario de la contratación de servicios de salud. En Colombia no existe un único manual tarifario aplicable de manera general a todas las relaciones entre prestadores y entidades responsables de pago. El Ministerio de Salud y Protección Social señala que, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las tarifas de los servicios son acordadas entre las partes, por lo que la determinación del referente y de las condiciones económicas de reconocimiento forma parte de la relación contractual entre quienes intervienen en la prestación y el pago de los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.).

Esta característica del sistema hace que el conocimiento de un manual tarifario, por sí solo, no sea suficiente para establecer el valor que debe reconocerse en una cuenta médica. El profesional responsable de la facturación o de la auditoría debe verificar la relación existente entre el referente utilizado y las condiciones pactadas en el acuerdo de voluntades. El Decreto 441 de 2022, que regula estos acuerdos entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, esta-

blece un marco para definir las condiciones de las relaciones contractuales y para realizar su seguimiento. El Ministerio de Salud y Protección Social también señala que estas disposiciones buscan estandarizar elementos básicos de las modalidades de pago y fortalecer el seguimiento de los acuerdos mediante indicadores de gestión, calidad y resultados.

En este escenario, la claridad sobre el referente tarifario adquiere un valor metodológico y contractual. No basta con indicar que un contrato utiliza el Manual ISS o el Manual SOAT; resulta necesario establecer de manera verificable qué versión o actualización se adopta, qué componentes de la atención se encuentran incluidos, cuáles son las condiciones particulares de reconocimiento y cómo se aplican las modificaciones normativas que puedan afectar su utilización. Esta precisión cobra especial importancia cuando un referente ha experimentado actualizaciones posteriores a su expedición original o cuando las partes establecen condiciones específicas que deben ser consideradas durante la facturación y auditoría.

La necesidad de esta claridad también se relaciona con los mecanismos de seguimiento y solución de diferencias previstos en la regulación de los acuerdos de voluntades. El Decreto 441 de 2022 contempla elementos relacionados con el seguimiento de los acuerdos, las condiciones de pago, las devoluciones y descuentos y los mecanismos asociados al cumplimiento de las obligaciones pactadas. Por ello, una diferencia en la liquidación de un procedimiento quirúrgico no debería abordarse únicamente como una discrepancia matemática entre una factura y una tarifa, sino como una situación que debe interpretarse a la luz del referente contractual, de las condiciones pactadas y de los soportes que permiten demostrar la procedencia del cobro.

Desde la perspectiva de la auditoría de cuentas médicas, esta situación modifica la naturaleza de la revisión. El auditor no solamente debe determinar si la tarifa aplicada corresponde al procedimiento realizado, sino establecer si dicha tarifa es consistente con el acuerdo de voluntades y con las reglas que las partes definieron para su reconocimiento. Esta función exige integrar información normativa, contractual, asistencial y financiera, de manera que la decisión frente a una diferencia pueda sustentarse documentalmente y no dependa únicamente de la interpretación individual del auditor.

La literatura colombiana sobre auditoría de cuentas médicas permite reconocer la importancia de esta articulación. Chavarría Chavarría (2018) identificó, en el desarrollo de una herramienta para la validación de cuentas médicas y gestión de glosas, la necesidad de considerar criterios relacionados con la validación de tarifas, los soportes y las condiciones contractuales. Asimismo, la autora señala que disponer de información derivada de los procesos de auditoría contribuye a la toma oportuna de decisiones y a la gestión de las cuentas por cobrar de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En consecuencia, la claridad contractual no debe entenderse como un requisito separado de la metodología de liquidación, sino como una condición que permite aplicar dicha metodología de manera consistente. Cuando el referente tarifario, sus actualizaciones y las condiciones de reconocimiento están claramente definidos, la auditoría dispone de criterios verificables para determinar la procedencia de los valores facturados y sustentar las diferencias encontradas. Cuando estos elementos no están suficientemente delimitados, aumenta el espacio para interpretaciones divergentes entre quien factura y quien audita, situación que puede trasladarse posteriormente a procesos de glosa, respuesta, conciliación y reconocimiento de cartera.

Así, la discusión sobre los manuales tarifarios trasciende la pregunta acerca de cuál valor corresponde a un procedimiento quirúrgico. El verdadero reto para las instituciones consiste en lograr que la regla de valoración económica esté claramente articulada con el contrato, la prestación efectivamente realizada y la documentación que respalda el cobro. Bajo esta perspectiva, la liquidación tarifaria se convierte en un componente de la gestión contractual y de la gestión de cuentas médicas, y el auditor adquiere un papel

relevante como garante técnico de la correspondencia entre estos elementos.

El auditor de cuentas médicas frente a la complejidad tarifaria

Los resultados permiten reconocer que la complejidad de la liquidación de procedimientos quirúrgicos exige del auditor de cuentas médicas competencias que trascienden la verificación aritmética de una factura. La coexistencia de diferentes referentes tarifarios, las particularidades de sus estructuras de valoración y la necesidad de relacionar las reglas tarifarias con las condiciones contractuales hacen que la auditoría requiera integrar información de naturaleza clínica, normativa, contractual y financiera. En este sentido, la auditoría de cuentas médicas constituye un proceso de validación en el que la procedencia del cobro debe establecerse a partir de la correspondencia entre el servicio prestado, sus soportes, las condiciones pactadas y los criterios económicos aplicables.

Esta perspectiva coincide con los hallazgos de Chavarría Chavarría (2018), quien, al estudiar los procesos de validación de cuentas médicas y gestión de glosas en instituciones prestadoras de servicios de salud colombianas, identificó entre las principales causas de glosa los soportes, la facturación, la pertinencia y las tarifas. Su propuesta de herramienta de auditoría incorporó la parametrización de contratos y tarifas como elementos necesarios para apoyar la validación de las cuentas antes de su presentación y para gestionar posteriormente las glosas recibidas.

Lo anterior permite comprender que el conocimiento tarifario no puede desarrollarse de manera aislada del conocimiento contractual. Un auditor que identifica una diferencia en la liquidación de un procedimiento quirúrgico necesita determinar si dicha diferencia corresponde efectivamente a una aplicación incorrecta de la regla, a una condición contractual diferente o a una característica del procedimiento que modifica el reconocimiento. Por ello, la competencia profesional no se limita a conocer los porcentajes establecidos en los manuales, sino que comprende la capacidad de interpretar la regla aplicable, contrastarla con la documentación disponible y sustentar técnicamente la decisión adoptada.

Esta exigencia adquiere mayor relevancia en los procedimientos quirúrgicos debido a la cantidad de componentes que pueden intervenir en su reconocimiento. La valoración económica no depende exclusivamente de la identificación del procedimiento, sino que puede involucrar honorarios profesionales, derechos de sala, materiales y reglas específicas para procedimientos múltiples o bilaterales, de acuerdo con el referente tarifario utilizado. Los resultados obtenidos en este trabajo muestran que tales componentes no necesariamente responden a una misma regla de cálculo, por lo que el auditor debe reconocer qué criterio corresponde a cada componente antes de establecer la procedencia del valor facturado.

Desde una perspectiva de gestión, esta función también tiene relación con la administración del riesgo financiero. Dazza Pineda (2026) plantea que la auditoría de cuentas médicas contribuye a la verificación de la facturación, la prevención de pagos improcedentes, la reducción de glosas y la generación de información para la planeación financiera y la toma de decisiones. La autora ubica al auditor como un actor que aporta información para identificar desviaciones y fortalecer la gestión de los recursos institucionales.

Esta relación entre auditoría y gestión del riesgo resulta particularmente significativa cuando se considera que una diferencia tarifaria no permanece necesariamente circunscrita a una factura individual. Una inconsistencia que se repite en la liquidación de determinados servicios puede convertirse en un patrón de glosas, reprocesos o diferencias en el reconocimiento de los servicios prestados. En consecuencia, la auditoría adquiere también una función preventiva: la identificación de las causas que originan las diferencias puede aportar información para mejorar los procesos de facturación, parametrización y contratación. Chavarría Chavarría (2018) precisamente plantea la utilidad de los resultados de la auditoría para la toma oportuna de decisiones y la gestión de las cuentas por cobrar de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Esta perspectiva modifica la manera de comprender el papel del auditor dentro de la organización. Su intervención no debería limitarse a determinar cuánto se debe glosar o cuánto debe reconocerse de una factura, sino que puede aportar información sobre por qué se presentan las diferencias y qué elementos del proceso deben ser revisados para evitar su recurrencia. La literatura sobre gestión de auditoría de cuentas médicas en instituciones prestadoras de servicios de salud también ha señalado la relación entre los procesos de facturación, gestión de glosas, cartera y sostenibilidad financiera institucional (Camargo Hernández & Vargas García, 2021).

En consecuencia, la liquidación de procedimientos quirúrgicos puede entenderse como un escenario concreto en el que se evidencia el carácter multidimensional de la auditoría de cuentas médicas. La competencia técnica del auditor se expresa en su capacidad para reconocer la estructura tarifaria aplicable, interpretar sus reglas, verificar la correspondencia con el procedimiento realizado y contrastar el resultado con las condiciones contractuales. A su vez, su aporte institucional se relaciona con la generación de información confiable para la gestión de glosas, la recuperación de recursos y la identificación de riesgos asociados al proceso de facturación.

Desde esta perspectiva, el auditor de cuentas médicas ocupa una posición articuladora entre la prestación del servicio y su reconocimiento económico. La correcta liquidación quirúrgica no depende únicamente de disponer de un manual tarifario, sino de contar con profesionales capaces de interpretar sus disposiciones y vincularlas con la realidad asistencial, contractual y financiera de las instituciones de salud. Esta capacidad de integración es la que permite que la auditoría trascienda la revisión posterior de una factura y se convierta en un mecanismo de control y generación de información para la gestión institucional.

De la diferencia tarifaria al impacto financiero institucional

Las diferencias en la liquidación adquieren una dimensión financiera cuando se trasladan al proceso de facturación, auditoría y reconocimiento de las cuentas médicas. Una liquidación que no corresponde al referente tarifario, a las condiciones contractuales o a las características del procedimiento puede generar diferencias entre el valor facturado y el reconocido por la entidad responsable de pago, dando lugar a glosas, devoluciones, correcciones y procesos de conciliación que pueden prolongar el reconocimiento y recaudo de los servicios. La literatura colombiana ha identificado la relación entre la validación de tarifas, la gestión de glosas y la recuperación de cartera de las instituciones prestadoras (Chavarría Chavarría, 2018).

Esta relación también ha sido evidenciada desde la perspectiva financiera. Campos Calderón, Fonseca Ayala y Villaquirán Pinzón (2023) encontraron que las debilidades en los procesos de facturación, auditoría y cartera se asociaban con un mayor volumen de cartera por recaudar, un flujo de caja más lento y un incremento de glosas y devoluciones. De manera similar, Sánchez Fernández et al. (2023), en un estudio desarrollado en el departamento del Cauca, señalaron la importancia de la gestión oportuna de las glosas desde su notificación y respuesta hasta su conciliación y cobro, relacionando este proceso con la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Desde esta perspectiva, la correcta liquidación quirúrgica constituye un punto de control dentro del ciclo financiero de la cuenta médica. La identificación adecuada del referente tarifario, las condiciones de reconocimiento y los componentes que deben ser liquidados permite detectar inconsistencias antes de la radicación y disminuir la posibilidad de que estas se conviertan posteriormente en diferencias entre prestador y pagador. Esta lógica coincide con la propuesta de Chavarría Chavarría (2018), cuya herramienta incorpora la auditoría interna de las facturas antes de su presentación y mecanismos posteriores para la gestión de glosas y la generación de información para la toma de decisiones.

No obstante, la liquidación tarifaria no constituye por sí sola una garantía de liquidez o sostenibilidad institucional. El resultado financiero depende también de factores relacionados con la contratación, prestación

de los servicios, radicación, auditoría, conciliación y recaudo. Por ello, en los procedimientos quirúrgicos, donde intervienen múltiples componentes y reglas de reconocimiento, la precisión técnica de la liquidación adquiere una dimensión preventiva: contribuye a que el valor facturado corresponda con el servicio prestado y con las condiciones aplicables, reduciendo el riesgo de diferencias posteriores.

En este sentido, la liquidación de procedimientos quirúrgicos debe comprenderse como parte de una cadena que inicia con la prestación del servicio y continúa con su codificación, facturación, auditoría, reconocimiento y recaudo. Los manuales tarifarios proporcionan las reglas para determinar el valor económico, pero su aplicación requiere articulación con las condiciones contractuales, los soportes de la atención y los procesos institucionales de auditoría. Por ello, la especialización del auditor de cuentas médicas no se limita al conocimiento de las tarifas, sino que comprende la capacidad de interpretar sus reglas, identificar riesgos y contribuir al control de las diferencias que pueden afectar el reconocimiento y recuperación de los recursos institucionales.

Conclusiones

El presente Working Paper permitió sistematizar, desde una perspectiva documental y comparada, la lógica de liquidación de procedimientos quirúrgicos bajo el Manual de Tarifas EPS-ISS 2001 y el Manual de Régimen Tarifario SOAT, referentes utilizados en los procesos de contratación, facturación y auditoría de servicios de salud en Colombia. Se estableció que, aunque ambos comparten el propósito de asignar un valor económico a los procedimientos quirúrgicos identificados mediante códigos CUPS, lo hacen desde estructuras normativas diferentes —Unidades de Valor Relativo en el referente ISS y grupos quirúrgicos en el referente SOAT—, con reglas de multiplicidad, bilateralidad y reconocimiento de componentes que no siempre son equivalentes.

Uno de los principales hallazgos es que, dentro de un mismo referente tarifario, los diferentes componentes de la liquidación pueden regirse por criterios distintos. Mientras los honorarios profesionales se relacionan con las condiciones de reconocimiento del procedimiento y, en determinadas situaciones, con la vía de acceso, otros componentes, como los derechos de sala y los materiales, pueden estar sujetos a criterios asociados con la región operatoria. Esta diferenciación puede generar errores cuando las reglas se aplican de manera indistinta a los componentes de la cuenta, por lo que su comprensión resulta fundamental para los profesionales de facturación y auditoría.

La sistematización también evidenció que la actualización normativa de los referentes tarifarios debe considerarse para establecer su vigencia y aplicabilidad. Particularmente, la actualización del Manual de Régimen Tarifario SOAT para la vigencia 2026, mediante la expresión de sus tarifas en Unidad de Valor Básico (UVB), demuestra la necesidad de mantener una revisión permanente de las disposiciones que modifican las condiciones de valoración económica de los servicios.

Desde una perspectiva más amplia, la liquidación de procedimientos quirúrgicos trasciende el cálculo técnico de tarifas y articula el conocimiento de la prestación asistencial, la interpretación normativa, las condiciones contractuales y la gestión de las cuentas médicas. En este sentido, la claridad sobre el referente tarifario aplicable y el papel técnico del auditor de cuentas médicas son fundamentales para favorecer la correspondencia entre el servicio prestado, el valor facturado y las condiciones pactadas entre las partes.

Asimismo, las diferencias en la liquidación pueden trascender el ámbito técnico cuando se convierten en glosas, devoluciones, reprocesos o diferencias en el reconocimiento de los servicios facturados. Por ello, la correcta aplicación de las reglas tarifarias constituye un punto de control dentro del ciclo de gestión de las cuentas médicas y puede contribuir a fortalecer los procesos de facturación, auditoría, conciliación y recuperación de cartera, sin que pueda considerarse por sí sola determinante de la estabilidad financiera institucional.

Finalmente, el carácter genérico y metodológico de este Working Paper —sin ejemplos numéricos ni

códigos CUPS específicos— permite transferir la explicación sistematizada a diferentes procedimientos quirúrgicos, independientemente de la especialidad. En este sentido, el documento aporta a la formación y actualización de auditores de cuentas médicas y profesionales vinculados con la facturación y contratación en salud, y plantea posibilidades para futuros trabajos sobre la aplicación de estas reglas a especialidades quirúrgicas específicas o su relación con la gestión de glosas en el sistema de salud colombiano.

Referencias

Campos Calderón, L. M., Fonseca Ayala, N. M., & Villaquirán Pinzón, J. R. (2023). *Impacto financiero de la gestión de glosas y devoluciones en una institución prestadora de servicios de salud de tercer nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá D.C.* [Trabajo de grado, Universidad del Rosario]. Repositorio Institucional EdocUR. https://doi.org/10.48713/10336_38231

Chavarría Chavarría, T. (2018). Desarrollo e implementación de una herramienta para la validación de cuentas médicas y gestión de glosas en el sector salud en Colombia. *Medicina UPB, 37*(2), 131–141. https://doi.org/10.18566/medupb.v37n2.a07

Dazza Pineda, C. A. (2026). El papel del auditor de cuentas médicas en la gestión del riesgo financiero de las instituciones de salud. *Documentos de Trabajo ECISA, 8*(8). https://doi.org/10.22490/ECISA.9961

Instituto de Seguros Sociales. (2001). *Acuerdo 256 de 2001: Por el cual se aprueba el "Manual de Tarifas" de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social "EPS-ISS"*. Diario Oficial No. 44.662.

Madroñero Cerón, M. V., & Pinzón Solarte, M. (2019). Efectos financieros de causas generadoras de glosas y descuentos en facturación. *Revista Criterios, 26*(2), 61–85. https://doi.org/10.31948/rev.criterios/26.2-art3

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. 49.865. https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30021559

Ministerio de Salud Pública. (1996). *Decreto 2423 de 1996: Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 42.961.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Decreto 441 de 2022: Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud*. Diario Oficial No. 51.990. https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30044003

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Circular Externa No. 000047 de 2025: Indexación de tarifas del Manual de Régimen Tarifario expresadas en UVB que regirán a partir de la vigencia 2026*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-externa-047-2025.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Concepto 202034201514871 del 28 de septiembre de 2020.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025a). Circular Externa 000047 de 2025.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025b). Resolución 2706 de 2025.

Presidencia de la República de Colombia. (2022b). *Decreto 2644 de 2022, por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*.

Sánchez Fernández, H. D., Trochez Zambrano, A. V., Rincón Ordoñez, L. D., & Osorio Sánchez, C. L. (2023). *Impacto de las glosas en el flujo de efectivo y la recuperación de cartera en el sector salud en el Cauca* [Trabajo de especialización, Universidad EAN]. Repositorio Institucional Universidad EAN. http://hdl.handle.net/10882/13314