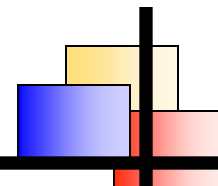


# ***LO NUEVO EN LA COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD***



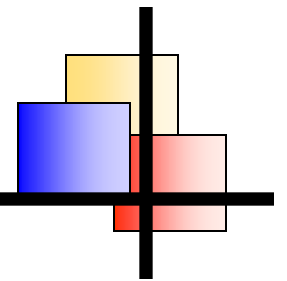
***Dr. William Javier  
Vega Vargas.***

**República de Colombia**  
*Libertad y Orden*



---

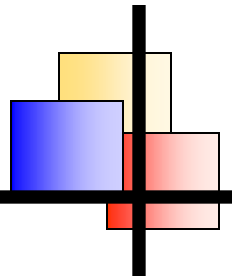
***ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA  
PRESTACION DE SERVICIOS SALUD.***





# **Acuerdo de Voluntades (Art. 3º, Lit. f, Decreto 4747 de 2007).**

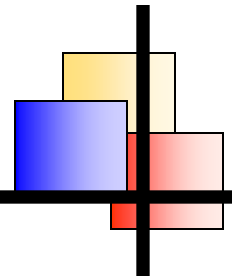
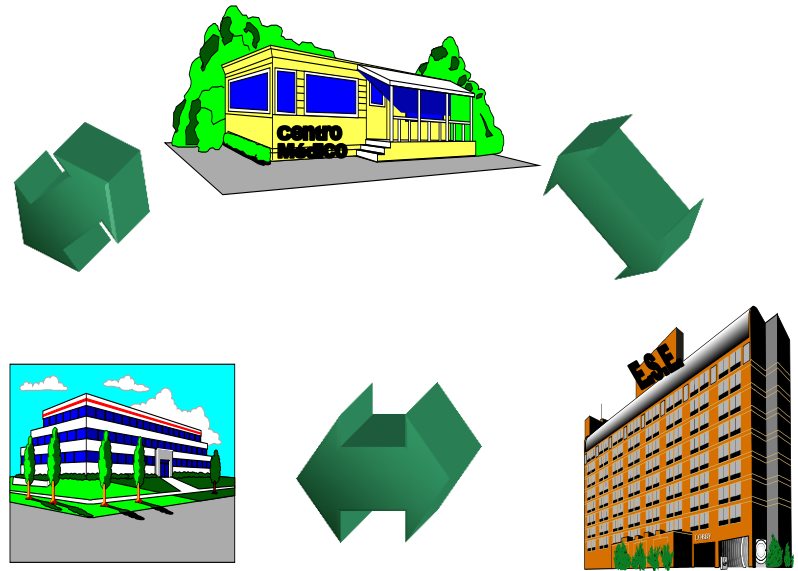
Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.



# **Campo de aplicación (Art. 2º, Decreto 4747 de 2007).**

*El Decreto aplica a:*

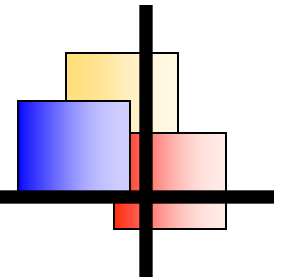
- *Los prestadores de servicios de salud (PSS), y a*
- *Toda entidad responsable del pago de servicios de salud.(ERP)*



---

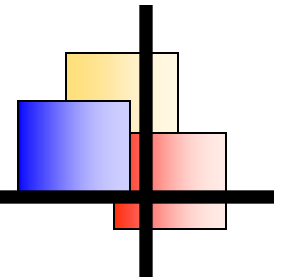
***REQUISITOS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA LA NEGOCIACION Y SUSCRIPCION DE LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS.***

---



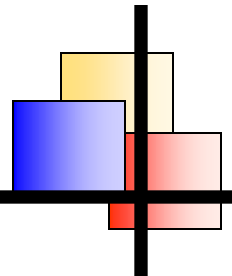
---

***REQUISITOS POR PARTE DE LOS PRESTADORES  
DE SERVICIOS DE SALUD.***



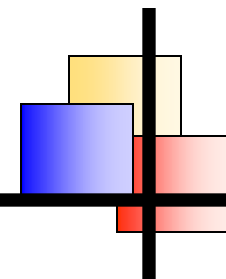
**Requisitos por parte de los Prestadores de Servicios de salud PSS. (Lit. a, Numeral 1º, Art. 5º, Decreto 4747 de 2007).**

*i. Habilitación de los servicios a prestar.*



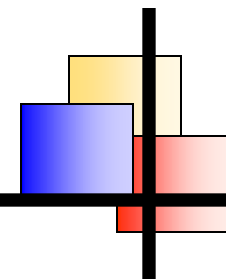
**Soporte de suficiencia como requisito mínimo de los acuerdos de voluntades por parte de los PSS (Lit. a, Numeral 2º, Art. 5º, Decreto 4747 de 2007)**

- ii. El PSS deberá soportar la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.



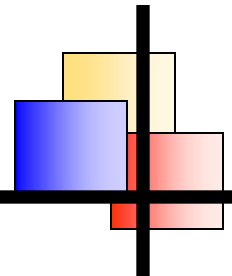
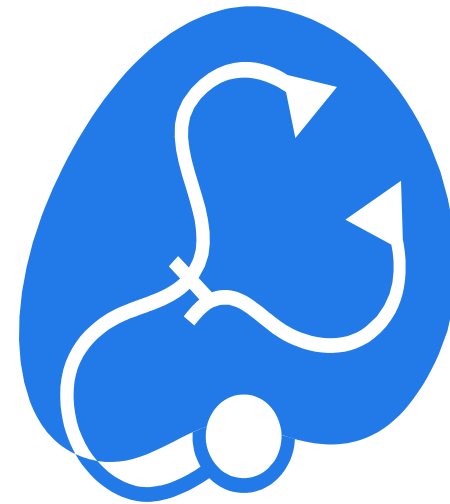
**Soporte de suficiencia como requisito mínimo de los acuerdos de voluntades por parte de los PSS (Lit. a, Numeral 2º, Art. 5º, Decreto 4747 de 2007)**

**Las ERP no contratarán con Prestadores de Servicios de Salud que no certifiquen su capacidad real de resolución en la que se haga siempre efectiva la oportunidad y calidad de la atención brindada al usuario.**



***Requisitos por parte de los Prestadores de Servicios de salud PSS. (Lit. a, Numeral 3º, Art. 5º, Decreto 4747 de 2007).***

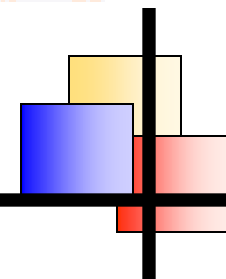
*iii. Modelo de prestación de servicios definido por el Prestador.*





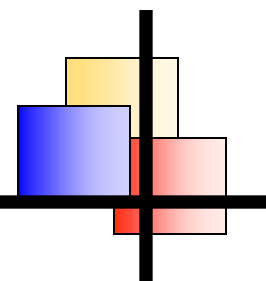
**Indicadores de calidad como requisito mínimo de los acuerdos de voluntades por parte de los PSS (Lit. a, Numeral 4º, Art. 5º, Decreto 4747 de 2007)**

iv. El PSS deberá establecer indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.



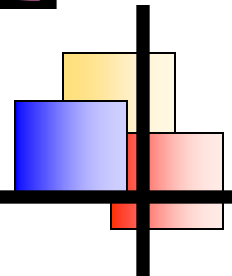
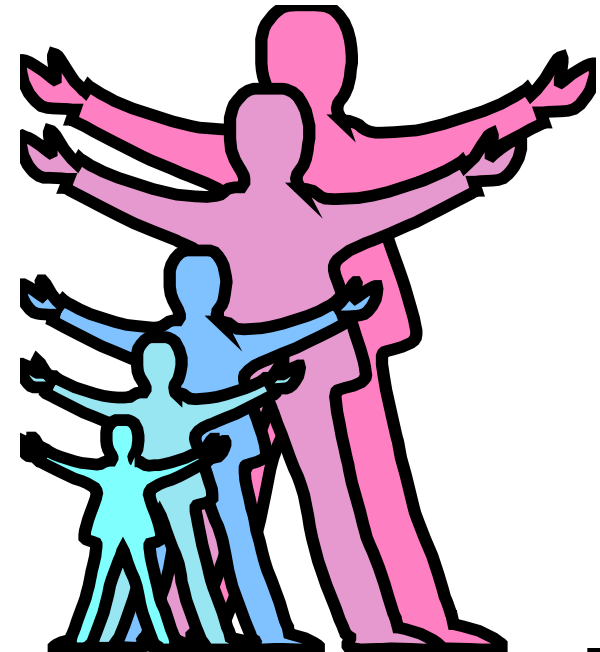
---

***REQUISITOS POR PARTE DE LAS ENTIDADES  
RESPONSABLES DEL PAGO ERP.***



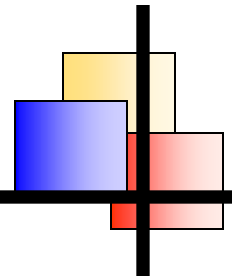
**Requisitos por parte de las Entidades  
Responsables del pago de servicios de salud  
de la población a su cargo (Lit. b, Art. 5º,  
Decreto 4747 de 2007).**

- i. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.




**Requisitos por parte de las Entidades  
Responsables del pago de servicios de salud  
de la población a su cargo (Lit. b, Art. 5º,  
Decreto 4747 de 2007).**

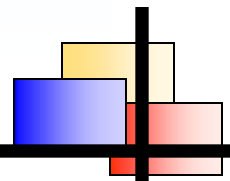
ii. *Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.*



**POR PARTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DEL  
PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA  
POBLACION A SU CARGO  
(LIT. b, ART. 5º, DECRETO  
4747 DE 2007)**

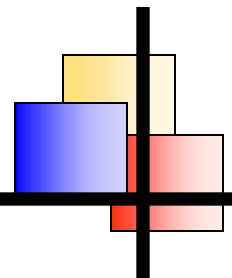


- iii. **Diseño y organización de la red de servicios**, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.



**Requisitos por parte de las Entidades  
Responsables del pago de servicios de salud  
de la población a su cargo (Lit. b, Art. 5º,  
Decreto 4747 de 2007).**

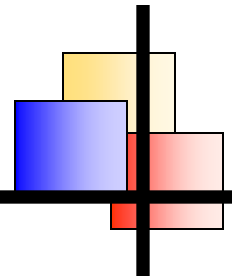
iv. *Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.*



**Requisitos por parte de las Entidades  
Responsables del pago de servicios de salud  
de la población a su cargo (Lit. b, Art. 5º,  
Decreto 4747 de 2007).**

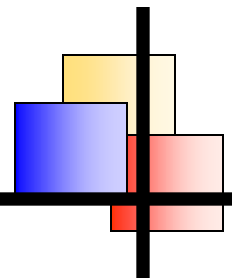
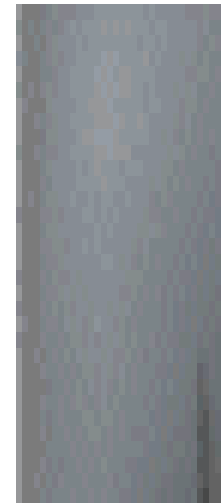
v. **Indicadores de calidad  
en los servicios de  
aseguramiento**

*definidos en el Sistema  
de Información para la  
Calidad del Sistema  
Obligatorio de Garantía  
de Calidad de la  
Atención en Salud.*



**Requisitos por parte de las Entidades  
Responsables del pago de servicios de salud  
de la población a su cargo (Lit. b, Art. 5º,  
Decreto 4747 de 2007).**

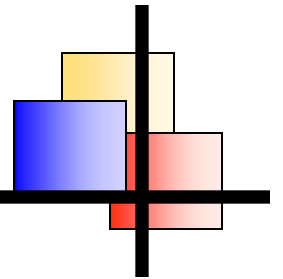
- vi. **Diseño y organización del sistema de referencia y contrarreferencia** que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red. Operación logística de la Red.





---

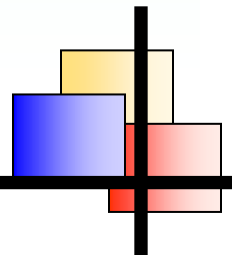
***CONDICIONES MINIMAS QUE DEBEN SER  
INCLUIDAS EN LOS ACUERDOS DE  
VOLUNTADAS PARA LA PRESTACION DE  
SERVICIOS.***



***Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdo de voluntades para la prestación de servicios (Art. 6º, Decreto 4747 de 2007).***

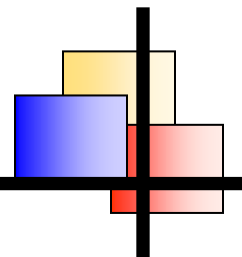
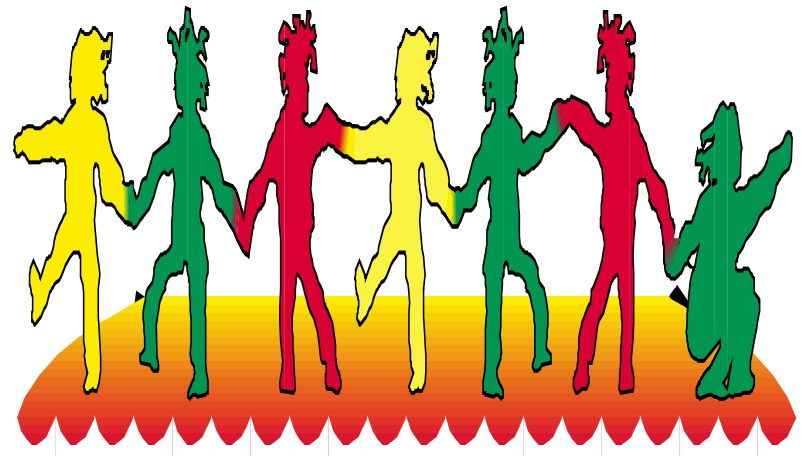
*Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:*

- 1. Término de duración.*
- 2. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.*



# ***Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdo de voluntades para la prestación de servicios (Art. 6º, Decreto 4747 de 2007).***

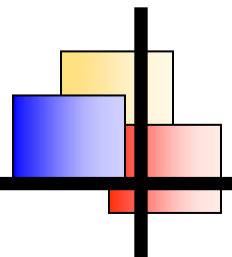
3. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico. (Universo de personas que le están contratando).



***Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdo de voluntades para la prestación de servicios (Art. 6º, Decreto 4747 de 2007).***

---

4. *Servicios contratados.*
5. *Mecanismos y forma pago (Si hay anticipo).*
6. *Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.*



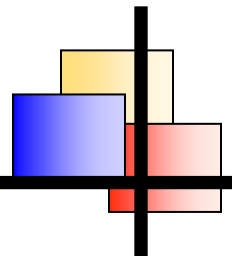
***Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdo de voluntades para la prestación de servicios (Art. 6º, Decreto 4747 de 2007).***

---

**7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia**

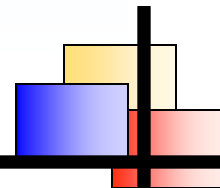
---

---



## **REGLAS A LAS CUALES SE DEBEN SUJETAR LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES.**

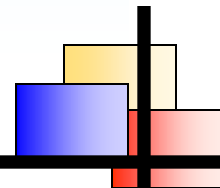
*Cumplir con los procedimientos administrativos establecidos en el Instructivo denominado PROTOCOLOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA, el cual debe hacer parte integral del contrato como Anexo Técnico , haciendo uso de los formatos que para tal fin sean diseñados por la ERP.*



# **REGLAS A LAS CUALES SE DEBEN SUJETAR LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES.**

*En los casos de remisión de pacientes, el PSS contratado deberá remitir al Usuario a un PSS de la red de prestadores de la ERP,, si existe cualquier tipo de complicación que no pueda ser tratada dentro del marco de actividades, procedimientos e intervenciones objeto del contrato.*

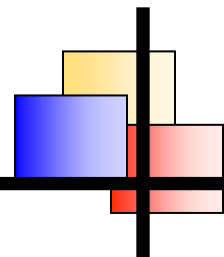
*No obstante lo anterior, **el PSS** deberá abstenerse de realizar remisiones innecesarias de usuarios, pues si se detecta que se remitió sin justa causa a un usuario que podía ser atendido en los servicios objeto del contrato, la ERP descontará de la siguiente factura los costos en que haya incurrido por la atención del usuario en otro PSS.*



# ***Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdo de voluntades para la prestación de servicios (Art. 6º, Decreto 4747 de 2007).***

---

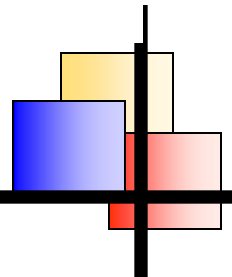
8. *Periodicidad en la entrega de información de prestaciones de servicios de salud (RIPS) (Se debe fijar la regla al prestador de cómo debe entregar la información).*





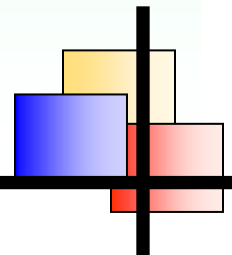
# Obligación de los RIPS. (Art. 44º, Parágrafo 2º, Ley 1122 de 2007)

La rendición de información y la elaboración del Registro Individual de Prestación de Servicios, RIPS, serán obligatorias para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.



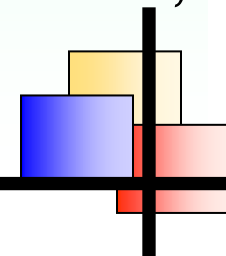
# ***Sancciones por la no provisión de la información RIPS. (Art. 116, Ley 1438 de 2011)***

Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios), serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia.



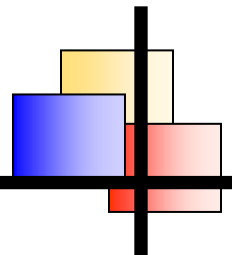
# ***El pago de la prestación de servicios y la sujeción a los RIPS.***

**El reconocimiento y pago de los servicios contratados, hoy, no solo dependerá de la modalidad de contratación sino que adicionalmente deberá contarse con la presentación y validación de los RIPS, como condición mínima obligatoria en el acuerdo de voluntades para la prestación de servicios de salud,** que deberán presentar los PSS en el cobro de los servicios contratados según parágrafo 2º del artículo 44º de la Ley 122 de 2007, artículo 116 de la Ley 1438 de 2011 y el numeral 8º, del artículo 6º, del Decreto 4747 de 2007.



***Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdo de voluntades para la prestación de servicios (Art. 6º, Decreto 4747 de 2007).***

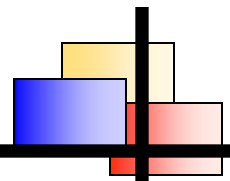
9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.



# **PROCESOS DE ADITORIA EXTERNA (ART 38, DECRETO 1011 DE 2007)**



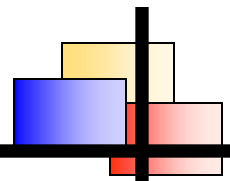
Se destaca de la norma que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB incorporarán, en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador.



**VIGILANCIA, INSPECCION, Y  
CONTROL (ART. 59, INC. 2º,  
DECRETO 1011 DE 2006)**



La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB

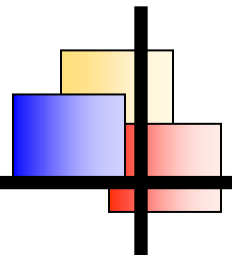
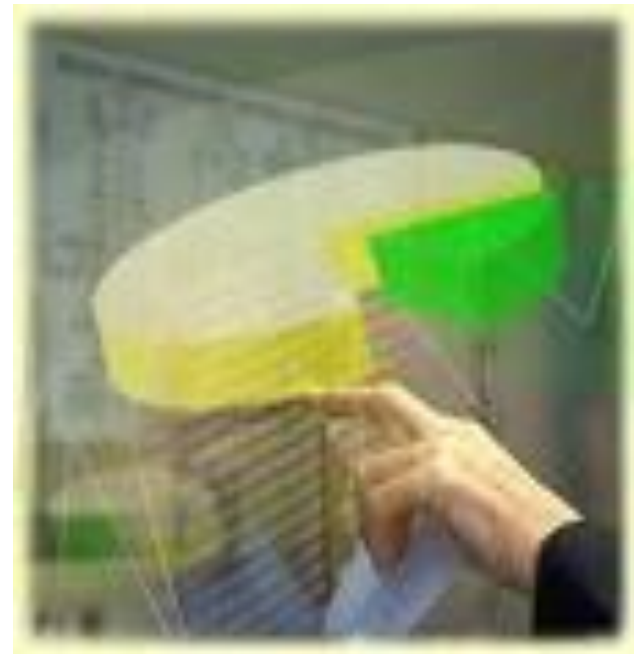




***Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdo de voluntades para la prestación de servicios (Art. 6º, Decreto 4747 de 2007).***

---

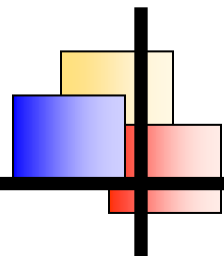
*10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.*



***Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdo de voluntades para la prestación de servicios (Art. 6º, Decreto 4747 de 2007).***

---

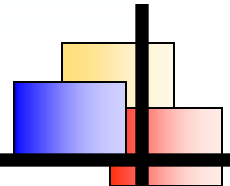
*11. Mecanismos para la solución de conflictos.*





# *Comisión Evaluadora.*

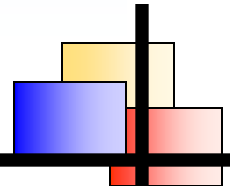
*Para garantizar la normal ejecución del acuerdo de voluntades, las partes podrán designar una comisión integrada por dos miembros elegidos por cada una de las partes. Esta comisión podrá ser permanente o transitoria, para resolver las diferencias que surjan en la interpretación, alcance y desarrollo del acuerdo. Las diferencias que se deriven entre las partes, por tratarse de una controversia contractual, serán en primera instancia resueltas directamente por la comisión evaluadora, procedimiento que deberá agotarse como prerequisite para la iniciación o formulación de actuaciones judiciales o administrativas.*



# *Etapa Conciliatoria y Jurisdicción arbitral.*

*Toda controversia, diferencia no reclamación que surja del contrato, incluyendo en particular su ejecución, suscripción, desarrollo, terminación y liquidación, serán sometidas a conciliación de conformidad con el reglamento legal expedido para el evento.*

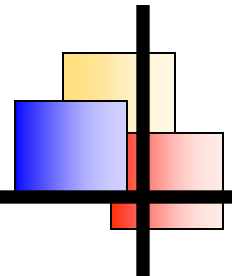
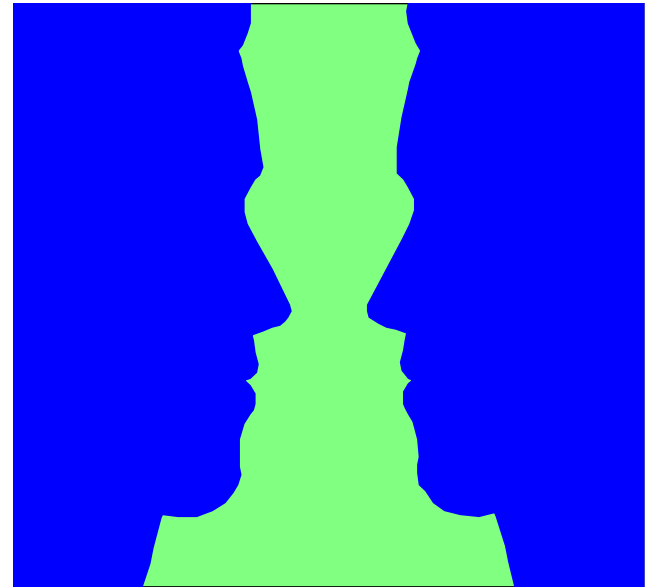
*Si la diferencia, controversia o reclamación no ha sido solucionada o resuelta en la conciliación, esta será sometida a JURISDICCION ARBITRAL por cualquiera de las partes para su solución definitiva, no obstante las partes pueden pactar que dicho arbitraje en todos los casos estará compuesto por un arbitro designado por sorteo. El Fallo será en derecho y las normas aplicables serán las del Derecho Colombiano que regulan la materia; los gastos en los procedimientos conciliatorios serán por partes iguales y en el arbitral serán asumidos por la parte que resulte vencida.*



**Desacuerdos en los acuerdos de voluntades (Inc. 4º, art. 23, Decreto 4747 de 2007).**

---

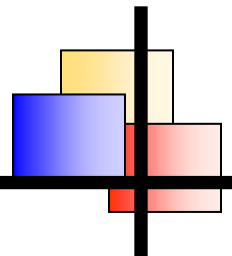
**En el caso de que haya desacuerdo en los pagos realizado por la ERP al PSS se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud,**  
en los términos establecidos por la Ley.



***Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdo de voluntades para la prestación de servicios (Art. 6º, Decreto 4747 de 2007).***

---

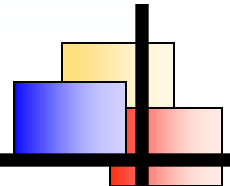
*12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.*



# **Liquidación o terminación de acuerdos de voluntades de prestación de servicios de salud (Art. 27º, Decreto 4747 de 2007).**

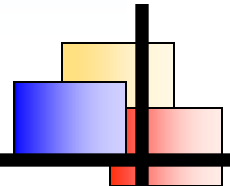
*Todos los acuerdos de voluntades que se celebren entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago para efectos de prestar los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes, deberán ser liquidados o terminados a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su vencimiento.*

*Pero que pasaría si no se realiza en este término?, no se ha definido y quedaría en manos de las partes en la negociación de las cláusulas del contrato*



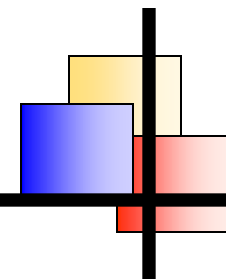
# **Liquidación Unilateral de acuerdos de voluntades de prestación de servicios de salud.**

*En aquellos casos en que el Prestador de Servicios de Salud PSS no se presente a la liquidación previa notificación o convocatoria que le haga la ERP, o las partes no lleguen a un acuerdo sobre su contenido, la ERP tendrá la facultad de liquidar en forma unilateral el acuerdo de voluntades dentro de los dos (2) meses siguientes al vencimiento de los cuatro (4) meses establecidos para su liquidación bilateral.*



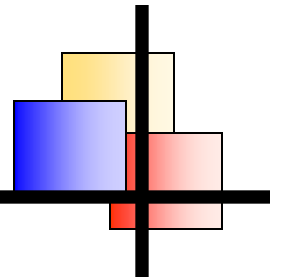
**Liquidación Unilateral en los acuerdos de voluntades de prestación de servicios de salud y los desacuerdos que se presenten en esta (Inc. 4º, art. 23, Decreto 4747 de 2007).**

**En el caso de que haya desacuerdo en la liquidación Unilateral realizada por la ERP se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la Ley.**



---

***REGLAS BASICAS EN LOS ACUERDOS DE  
VOLUNTADES PARA LA PRESTACION DE  
SERVICIOS DE SALUD.***



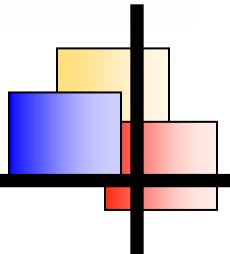


# ***El reconocimiento de los servicios según el nivel de complejidad.***

*El reconocimiento o no de la prestación de servicios de salud en un acuerdo de voluntades, depende:*

- ✦ Del mecanismo de pago y del clausulado del acuerdo de voluntades para la prestación de servicios.*

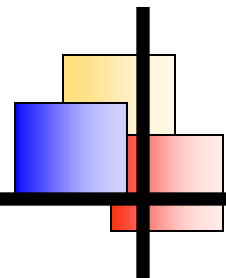
*Estas situaciones, deberán ser dirimidas y definidas a la firma del acuerdo y no en forma posterior que acarree la problemática de la accesibilidad a la atención, por la indefinición para el reconocimiento y pago de los servicios que se lleguen a suministrar.*



# *Interrogantes y discrepancias.*

---

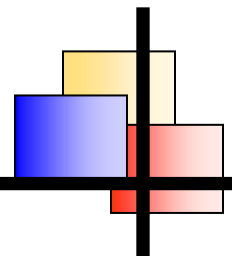
*Los interrogantes y discrepancias que existan entre las partes contratantes, deberán ser resueltos a la luz de lo pactado en los contratos de prestación de servicios de salud, sin que ello perjudique los derechos de la población*



# ***Obligaciones contractuales.***

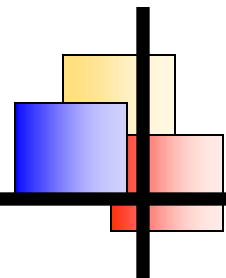
**Las obligaciones contractuales entre un PSS y una ERP, son las establecidas en el contrato y/o sus anexos técnicos, bajo la suposición, de que fueron oportuna y suficientemente aclarados entre las partes durante la etapa previa a la firma o formalización del contrato**

Por consiguiente, **los interrogantes deben ser aclarados con la contraparte a la luz de lo pactado, y a la luz de las normas obligatorias sobre modalidades de pago.**



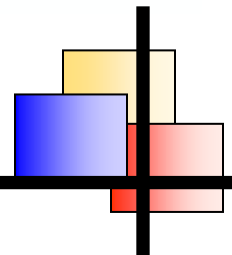
# Los derechos de la población afiliada.

En todo caso  
ningún arreglo  
puede afectar los  
derechos de los  
afiliados o  
contravenir las  
normas de calidad  
del servicio.



# ***Prohibición de limitaciones al acceso (Art. 53, Ley 1438 de 2011).***

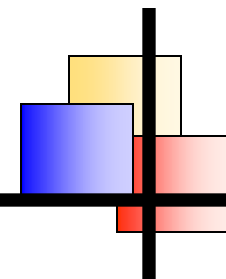
**Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.**



# **Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud (Lit. d, art. 13 Ley 1122 de 2007; Art. 4º, Decreto 4747 de 2007).**

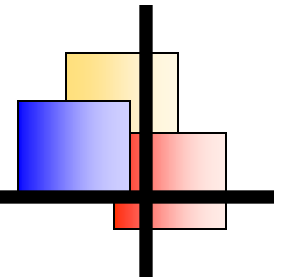
*Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:*

- *Pago por Capitación.*
- *Pago por Evento.*
- *Pago por Caso, Conjunto Integral de Atenciones, Paquete o Grupo Relacionado Por Diagnóstico, Global Prospectivo.*



---

# ***PAGO POR CAPITACION.***

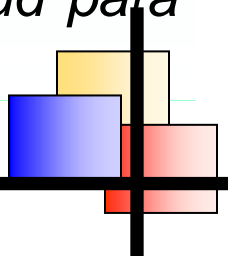


# ***Pago por capitación.***

*Nace inicialmente en Inglaterra, bajo el argumento de que no se debe pagar por atender la enfermedad, sino por mantener a la población sana.*

*La estrategia de este contrato es la promoción y prevención, que evite que el paciente demande más servicios.*

*Si debe atenderlo más, va a ganar menos pero si desarrolla una estrategia que lleve a la prevención y que la gente no demande servicios puede ser rentable económicamente al prestador y rentable en la salud para el usuario.*





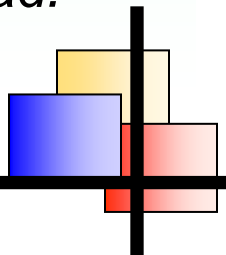
# ***Pago por capitación.***

*Se toma solamente, para Baja Complejidad no para mediana, ni para alta.*

*Cuando se tomó en Colombia, nunca se precisó para que nivel, por lo que, fue tomado para todos los niveles, tornándose en una transferencia total del Riesgo.*

*Es un pago de una suma fija, pero para que no haya transferencia del riesgo debe limitarse a baja complejidad.*

*La lucha era tratar de que se quede en baja complejidad.*

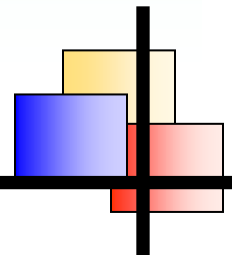


# ***Pago por capitación (Art. 52 Ley 1438 de 2011).***

52.1 Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación.

52.2 La capitación no libera a las ERP de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo.

52.3 La contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, se deberá hacer con fundamento en indicadores y evaluación de resultados en salud.

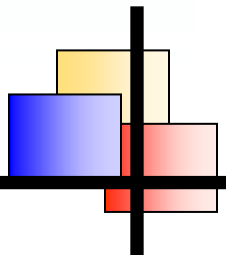


# ***Pago por capitación.***

A diferencia del pago por evento, este sistema esta basado en el **concepto de enfermo potencial y no el de enfermedad sentida.**

Cada prestador de servicios de salud tiene a su cargo a un **conjunto determinado de personas.**

Por cada persona inscrita, el PSS recibe un giro periódico mensual, **sin importar el numero de veces que estos individuos acudan al servicio médico.**

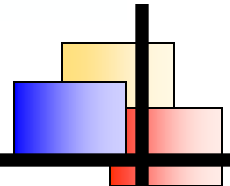


# **PAGO POR CAPITACION. (LIT. a. ART. 4º, DECRETO 4747 DE 2007).**

Pago de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido.

La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

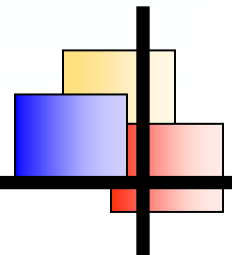
El PSS tendrá a su cargo entonces a un conjunto determinado de personas por las que recibirá un giro periódico y fijo, durante un periodo de tiempo determinado y a partir de un paquete de servicios predefinido, sin importar el número de veces que acudan al servicio.



# ***El pago por capitación.***

***Este Sistema, supone la existencia de un contrato, en cuyo objeto se incluye el número de personas a ser atendidas, el paquete de servicios a que tendrían derecho y el monto que se pagará por este derecho.***

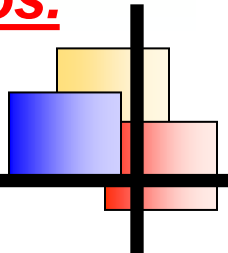
***La definición de la suma a ser pagada podrá tener diferencias** según las características de edad y sexo de la población a ser atendida, u otras variables que ajusten el riesgo de salud o económico de las atenciones.*



# ***Pago por capitación.***

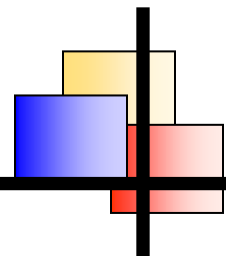
Este sistema demanda un amplio conocimiento de las características de la población atendida, pues para poder calcular el pago por usuario, es necesario que se conozca de manera aproximada cual es el volumen de servicios que requerirá dicha población (perfil de morbilidad).

Lo anterior implica que este sistema sea aplicado, ante todo, en los servicios médicos de baja complejidad, correspondiente a los casos en que se conocen esos patrones de comportamiento y se quiere garantizar la cobertura universal de los mismos.



# ***Pagos por capitación.***

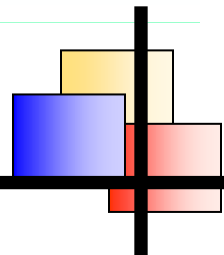
Esta forma de contratación **funciona ante todo en los países en que el sistema de salud asegura grandes volúmenes de usuarios potenciales**, lo que **permite imponer a los prestadores los montos de la capitación y establecer las reglas generales tendientes a evitar una mala calidad de los servicios prestados o el envío innecesario de pacientes a instituciones medicas de mayor nivel**, con el objeto de delegar la prestación del servicio.



# ***Pago por capitación.***

**Garantiza un adecuado control de los costos de los servicios prestados, al incentivar a los Prestadoras de Servicios de Salud a implementar mecanismos para evitar riesgos.**

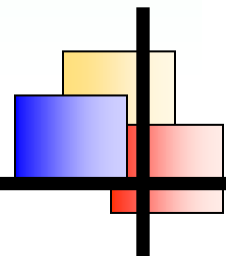
También se utilizan en el caso de la prestación de servicios **a poblaciones dispersas, a las que difícilmente la ERP puede hacer seguimiento,** como en el caso de las áreas rurales, puesto que este sistema hace recaer el control (de calidad y uso) sobre el prestador del servicio, facilitando con esto la labor de vigilancia de la ERP.





# ***Ventajas del pago por capitación.***

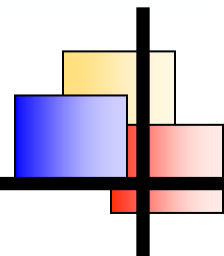
- Incentiva promoción y prevención.*
- Poblaciones fijas.*
- Beneficios definidos*
- Disminuye asuntos administrativos.*
- Presupuestos fijos.*
- Contención de costos.*
- Menos controles.*



# ***Ventajas del pago por capitación.***

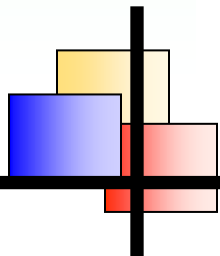
Una de las mayores ventajas de este sistema consiste en que los riesgos son asumidos por los prestadores de los servicios quienes se ven obligados a enfatizar la prevención de enfermedades, con el objeto de reducir los riesgos asociados a enfermedades más complejas.

Aunque el monto de la capitación determina en gran medida la calidad del servicio y la adquisición de tecnología la circunstancia de que el riesgo recaiga sobre el prestador del servicio, favorece la adquisición de tecnología con buena relación costo beneficio.



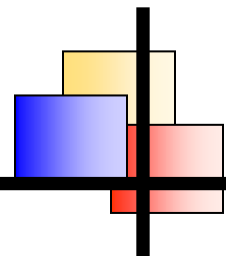
# ***Desventajas del pago por capitación.***

- Referencia o Derivación a otros niveles.*
- Alto riesgo para los proveedores.*
- Requiere altos volúmenes y largo plazo.*
- Puede generar barreras de acceso.*
- Puede no cubrir costos de operación.*
- Afecta la calidad y los contenidos.*
- Dependencia directa del sistema de referencia.*



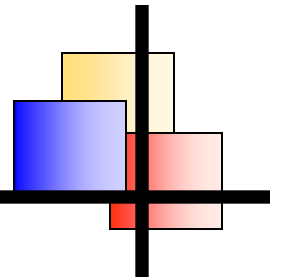
# ***Debilidad del pago por capitación.***

**La debilidad de este sistema de contratación radica en que pueda presentarse una tendencia aplazar los tratamientos y a diluir las responsabilidades, remitiendo innecesariamente al paciente a niveles superiores de atención preventiva y tornando crítico el manejo de las remisiones.**



---

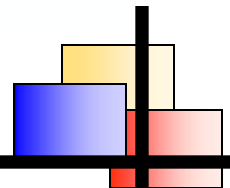
***REGLAS A LAS CUALES SE DEBE  
SUJETAR EL PAGO POR CAPITACION.***



# **REGLAS A LAS CUALES SE DEBE SUJETAR EL PAGO POR CAPITACION.**

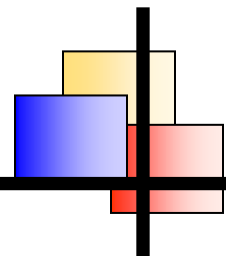
*En ningún caso los contratos por capitación podrán implicar el traslado de las responsabilidades que por ley les corresponden a las ERP, tales como:*

- ✚ El control de la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad de los servicios,*
- ✚ Y la garantía de libre acceso y escogencia de los afiliados a los distintos prestadores de servicios.*



# ***Reglas a las cuales se debe sujetar el pago por capitación***

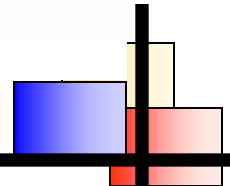
En el contrato deberá especificarse con toda claridad **cuales son los servicios, programas, metas y coberturas pactadas que conforman el objeto de la capitación.**



# REGLAS A LAS CUALES SE DEBE SUJETAR EL PAGO POR CAPITACION.

La ERP deberá disponer de instrumentos permanentes para atender las quejas y reclamos de los afiliados en el municipio sede del prestador de servicios de salud contratado y en los municipios donde residan los afiliados involucrados en el contrato por capitación, con el fin de garantizar y exigir ante el prestador de servicios la oportuna y adecuada atención.

De igual manera los PSS, deberán disponer de un mecanismo de atención al usuario con el mismo propósito.

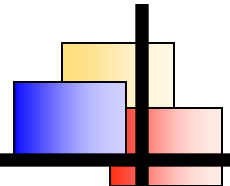




# **REGLAS A LAS CUALES SE DEBE SUJETAR EL PAGO POR CAPITACION.**

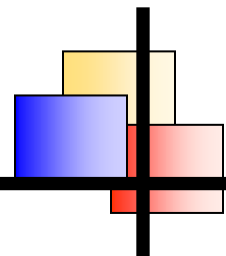
Los contratos deberán sujetarse a los **criterios de calidad y oportunidad** y deberán tener en consideración la **facilidad de acceso del afiliado a un PSS.**

**Cuando la oferta y las condiciones de mercado lo permitan, deberá garantizarse un número plural de opciones y como mínimo una opción en el municipio en donde reside el afiliado o en el lugar más cercano.**



# ***Reglas a las cuales se debe sujetar el pago por capitación (Inciso 1º, art. 41º, Decreto 050 de 2003).***

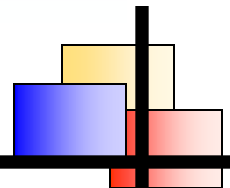
Los contratos por capitación que celebren las ERP con los PSS, no las relevan de la **responsabilidad de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento**, frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.



# **REGLAS A LAS CUALES SE DEBE SUJETAR EL PAGO POR CAPITACION. (INC. 2º. ART. 41º, DECRETO 050 DE 2003).**

Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme al Decreto 1011 de 2006 y demás normas vigentes.

En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el contratista y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros .

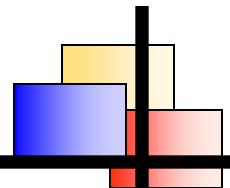


# **REGLAS A LAS CUALES SE DEBE SUJETAR EL PAGO POR CAPITACION. (PAR. 1º. ART. 41º, DECRETO 050 DE 2003).**

*Las ERP que realicen contratos de capitación deberán requerir, con la periodicidad que determine el MPS, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias.*

*En todo caso, deberán requerirla con la misma periodicidad con la que procesa su información cuando contrata por servicio prestado.*

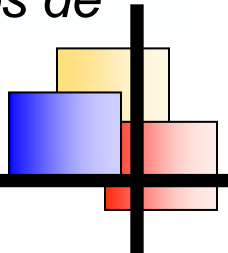
*Las ERP se abstendrán de celebrar o renovar contratos con las entidades que no cumplan lo previsto en materia de información.*



# ***Otras reglas adicionales a las cuales se debe sujetar el pago por capitación.***

En el contrato por capitación, es necesario determinar en forma clara, que servicios habilitados son los que se capitán mas no el nivel institucional, ya que, los servicios de baja, mediana o alta complejidad de atención, son los declarados, habilitados y registrados por los prestadores de servicios de salud, no se habilitan Niveles de Atención, sino las condiciones y estándares de los servicios de salud que pretendan ofertar los prestadores de servicios de salud.

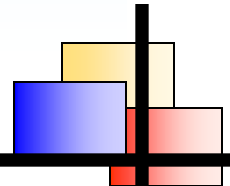
Por lo que, no se deben capitar niveles de atención, sino que por el contrario, la capitación debe referirse a los servicios habilitados y registrados por el prestador de servicios de salud.



# **OTRAS REGLAS ADICIONALES A LAS CUALES SE DEBE SUJETAR EL PAGO POR CAPITACION.**

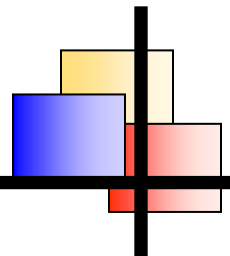
*Como el sistema de capitación demanda un amplio conocimiento de las características de la población atendida, deben excluirse del contrato, los casos, que a la fecha de su suscripción se encuentren con diagnóstico.*

*Los afiliados con diagnóstico deberán ser atendidos por el PSS previa autorización de la ERP, y serán cancelados al PSS bajo la modalidad de evento o facturación, para ello, estos servicios, deben ser acreditados por el PSS, mediante la presentación de los documentos que los soporten, esto es, mediante la presentación de facturas que así lo demuestren y soporten para su reconocimiento y pago.*



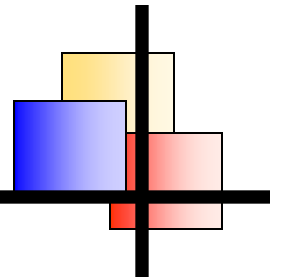
# ***Otras reglas adicionales a las cuales se debe sujetar el pago por capitación.***

El PSS, solo deberá responder por las actividades correspondientes a la complejidad objeto del contrato, por este evento, **no puede responder en forma alguna por actividades que se relacionen con otra complejidad distinta a la pactada en el contrato, salvo aquellas que tengan que ver con el proceso de referencia y contrarreferencia** a las cuales se obligue en virtud del contrato que firma .




---

***CONDICIONES MINIMAS QUE SE DEBEN  
INCLUIR EN LOS ACUERDOS DE  
VOLUNTADES PARA LA PRESTACION DE  
SERVICIOS MEDIANTE EL MECANISMO DE  
PAGO POR CAPITACION.***

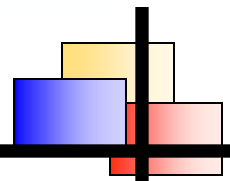




**CONDICIONES MINIMAS QUE SE DEBEN INCLUIR EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDIANTE EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACION (ART. 7º, DECRETO 4747 DE 2007)**



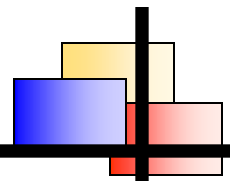
1. *Base de datos con la identificación de los usuarios cubiertos con el acuerdo de voluntades.*
2. *Perfil epidemiológico de la población objeto del acuerdo de voluntades.*
3. *Monto que debe ser pagado por el responsable del pago por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado, en el marco de los servicios convenidos o pactados con el prestador de servicios.*




**CONDICIONES MINIMAS QUE SE DEBEN INCLUIR EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDIANTE EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACION (ART. 7º, DECRETO 4747 DE 2007)**

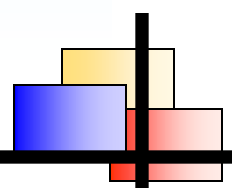


4. *Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establezca el Ministerio de la Protección Social.*
  
5. **Metas de cobertura, resolutivez y oportunitad en la atención, de acuerdo con la normatividad vigente.**



**CONDICIONES MINIMAS QUE SE DEBEN INCLUIR EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDIANTE EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACION (ART. 7º, DECRETO 4747 DE 2007)**



6. **Condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro** que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.
  
  7. **Condiciones para *el reemplazo* de personas cubiertas por el acuerdo de voluntades, asociadas a las novedades de ingreso o retiro** que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.
- 

---

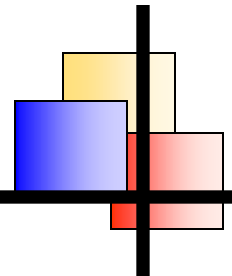
***PRESTACION DIRECTA DE LOS SERVICIOS  
CAPITADOS.***



# ***Prestación directa de los servicios capitados (Pará. 1º, Art. 7º, Decreto 4747 de 2007).***

**Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado.**

**Quiere esto decir que el PSS contratado, no podrá hacerlo a través de otro PSS.**



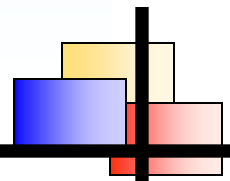
# **PRESTACION DE LOS SERVICIOS CAPITADOS POR PSS DISTINTO AL CONTRATADO (PARÁ. 1º, ART. 7º, DECRETO 4747 DE 2007)**



Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador:

- Por remisión de la institución prestadora o
- En caso de urgencias,

La entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención.



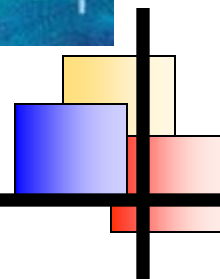
---

***INTEGRALIDAD DE LOS SERVICIOS Y LA  
LIBRE ELECCION DE PSS.***



# ***Integralidad de los servicios (Pará. 2º, Art. 6º, Decreto 4747 de 2007).***

Los servicios que se contraten **deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador.**

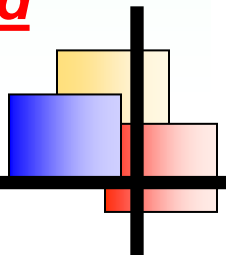




# ***Salvedad en la integralidad de los servicios que se contraten: (Pará. 2º, Art. 6º, Decreto 4747 de 2007).***

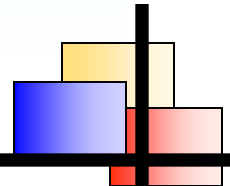
Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo:

- Que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o
- Que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.



**La Integralidad en los servicios posteriores a la atención inicial de urgencias cuando el PSS hace parte de la red de PSS de la ERP y el servicio se encuentra contratado por la ERP con este PSS (Pará. 2º, Art. 14º, DR).**

**Si el PSS que brindó la atención inicial de urgencias hace parte de la red de prestadores de servicios de salud de la ERP, la atención posterior deberá continuarse prestando en la institución que prestó la atención inicial de urgencias si el servicio requerido está contratado por la ERP con el PSS contratado, sin que la institución prestadora de servicios de salud pueda negarse a prestar el servicio, salvo en los casos en que por requerimientos del servicio se justifique que deba prestarse en mejores condiciones por parte de otro prestador de servicios de salud, no exista disponibilidad para la prestación de servicio, o exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.**



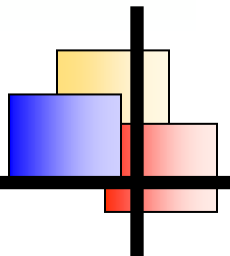
---

***INTEGRALIDAD SIN FRACCION DE LOS  
SERVICIOS.***



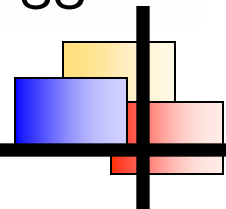
# ***Tratamiento integral sin fracción de los servicios.***

**El PSS contratado deberá cobrar como tratamiento integral, sin fraccionar el servicio por niveles de atención, la atención de la patología o la realización del procedimiento contratado**, ya que no es idóneo ni ético de parte de la ERP, establecer para un usuario hospitalizado en un PSS de un Nivel de Atención Superior, que para una acción o actividad relacionada con la patología por la cual se encontrara hospitalizado tenga que dirigirse a un nivel inferior, por concepto de que este servicio se encuentre cubierto en ese nivel inferior, menoscabando y perjudicando de esta manera los derechos de los usuarios y la garantía de protección en las contingencias de su salud amparadas por la Ley.



# ***Responsabilidad según la complejidad de los servicios.***

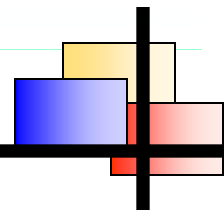
*De esta manera, si el PSS es de baja complejidad de atención, solamente debe responder por las actividades correspondientes a esta complejidad; por este evento, no puede responder en forma alguna por actividades que se relacionen con mediana y alta complejidad, salvo que hubiere tenido servicios habilitados de mediana o alta complejidad de atención, evento en el cual, puede ofertarlos en contratación, a parte de la inicial de baja complejidad o junto a esta en un solo contrato, aclarando en el contenido de este y su objeto, los servicios que se van a suministrar por el PSS y a reconocer por la ERP, esto es, los de baja complejidad y algunos (describir cuales) de mediana complejidad, teniendo en cuenta que esto variaría el valor del contrato, ya que no se puede pretender cargar al valor de la contratación de baja complejidad de atención, los servicios que adicionalmente de mediana complejidad de atención, el PSS pueda suministrar a los usuarios de la ERP.*



# ***Servicios según la complejidad contratada.***

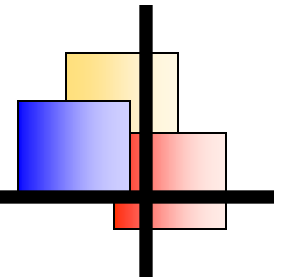
*Se recomienda mucha atención con la descripción de los servicios contratados según complejidad.*

*De esta manera, al describir el suministro de Medicamentos, Laboratorios, Imágenes Diagnósticas, y Transporte, deberá especificarse en forma clara y expresa en el contrato, que este incluye, los que se derivan de las actividades, procedimientos e intervenciones de la complejidad contratada (baja, mediana o alta), para que no quede obligado a un suministro general, sin importar de que complejidad se deriven;*



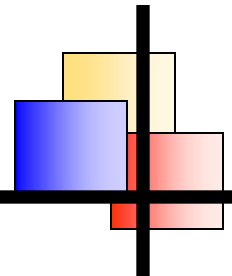
---

***OBLIGACIONES PROPIAS DEL  
ASEGURAMIENTO EN LOS PAGOS POR  
CAPITACIÓN.***



# Obligaciones Propias del Aseguramiento en el Pago por Capitación (Pará. 2º, Art. 7º, Decreto 4747 de 2007).

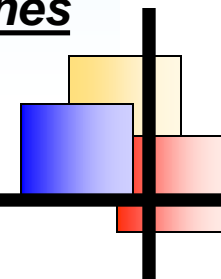
Este mecanismo de pago no genera en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento a cargo exclusivo de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud.





**Carnetización de afiliados y depuración de la base de datos de afiliados, obligaciones propias del aseguramiento en el Pago por Capitación (Pará. 1º, Art. 6º, y el Pará. 2º, Art. 7º, Decreto 4747 de 2007).**

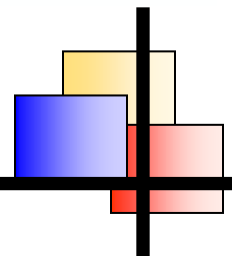
De esta manera, obligaciones propias del aseguramiento tales como, **la carnetización, la información de la población a ser atendida, esto es, la garantía de la administración en línea o de la entrega y actualización de la información por los medios disponibles, en caso de no contar con la información actualizada en línea, de las bases de datos de los usuarios, el aseguramiento de su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades.** que son de cargo exclusivo de las de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud, **no podrán ser transferidas por ningún concepto a los prestadores de servicios de salud y por ende descontadas como novedades de los contratos de prestación de servicios de salud, por no entenderse como novedades propias del contrato por capitación, sino como obligaciones propias del aseguramiento exclusivas de las ERP, esto es, obligaciones intransferibles.**



# ***Suministro de información de la población a ser atendida obligación propia del aseguramiento. (Pará. 1º, Art. 6º, Decreto 4747 de 2007.***

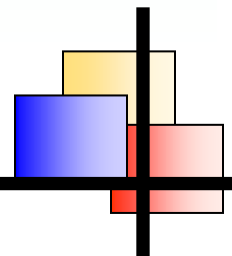
No olvidar que, para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del párrafo 1º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, **las entidades responsables del pago de servicios de salud,** **garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades.**

**En caso de no contar con la información actualizada en línea,** **deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles.**



***Suministro de información de la población a ser atendida obligación propia del aseguramiento.  
(Pará. 1º, Art. 6º, Decreto 4747 de 2007.***

**De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.**



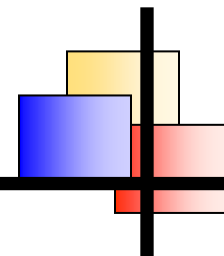
---

# ***VALOR DEL CONTRATO.***



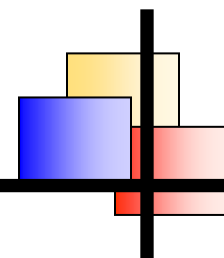
# ***El valor inicial en el mecanismo de pago por capitación.***

*El valor inicial del Contrato es por una suma determinada, que corresponde al resultado obtenido de multiplicar el Valor del Porcentaje de la UPC destinado a cubrir los servicios objeto del contrato, por el número de afiliados de la base de datos que forma parte del contrato.*



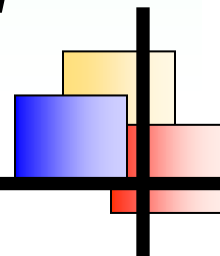
# ***El valor inicial en el mecanismo de pago por capitación.***

Se le llama valor inicial del Contrato debido a los ajustes que este presenta, por concepto de glosas y novedades que se presenten durante la ejecución el contrato; ajustes que se harán en cada pago mensual o a más tardar en el momento de la liquidación de los respectivos contratos.



# ***El valor de la UPC a pagar en el mecanismo de pago por capitación.***

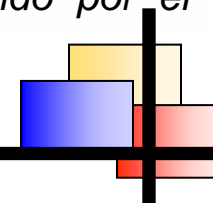
El valor de la Unidad de Pago por Capitación sobre el cual se cancelará el valor del contrato, **será en principio el vigente al momento de la celebración del contrato y en desarrollo del contrato, el que se determine durante su ejecución por la autoridad competente**, por lo que, la ERP, se obliga para con el PSS, a cancelar el valor del contrato, teniendo en cuenta los valores diferenciales de la UPC, y los incrementos que sobre la UPC se establezcan por la autoridad competente.



# ***Incrementos del valor de la UPC a pagar en el mecanismo de pago por capitación. (Art. 1º, Decreto 1464 de 2012)***

El Decreto 1464 de 2012, tiene por objeto establecer los criterios para la fijación de los incrementos del valor de los servicios de salud acordados o que se llegaren a acordar entre las Entidades Promotoras de Salud -EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, así como las demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y los Prestadores de Servicios de Salud, en virtud de los incrementos del valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC, siempre que dicho incremento no corresponda a una inclusión o actualización de los Planes Obligatorios de Salud -POS de cualquier régimen.

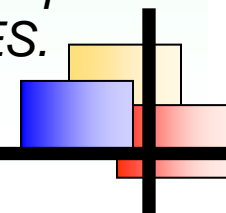
Dicho Decreto establece que, siempre que se expida la norma en la cual se defina el valor de la UPC para cada año, debe publicarse la proyección del incremento porcentual resultante de la aplicación del valor de la UPC definida, ajustada por ponderadores para cada EPS o EOC, así como la estructura de los incrementos, precisando cuáles corresponden al costo de las actualizaciones o de unificación del POS y cuáles responden a los servicios que ya se venían prestando, de acuerdo con lo definido por el párrafo del artículo 1º del Decreto 1464 de 2012.





# ***Incrementos del valor de la UPC a pagar en el mecanismo de pago por capitación. (Art. 2º, Decreto 1464 de 2012)***

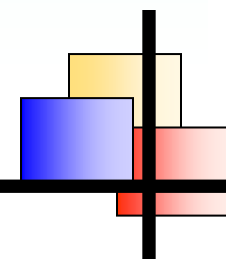
- 1. El incremento se aplicará sin excepción a todas las IPS públicas o privadas.*
- 2. Los incrementos que se efectúen deberán ser equitativos, de manera que a servicios homogéneos y de igual calidad, el incremento sea igual.*
- 3. Las negociaciones pueden hacerse de manera global o de manera individual con cada IPS teniendo en cuenta los servicios y demás suministros que prestan.*
- 4. El incremento deberá guardar proporcionalidad con el ajuste que se reconozca para mantener el valor adquisitivo de la UPC sin tener en cuenta el incremento derivado de nuevos servicios que se pudieran incluir en el plan de beneficios por parte de la CRES.*



## ***Incrementos del valor de la UPC a pagar en el mecanismo de pago por capitación. (Art. 2º, Decreto 1464 de 2012)***

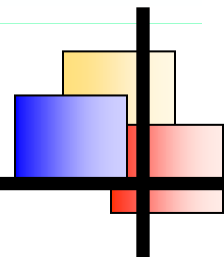
5. Los términos de la negociación deberán observar el régimen de control de precios que señale la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos –CNPMD.

6. Para el incremento de los contratos de capitación en los que se pacte como pago un porcentaje de la UPC, deberá excluirse el incremento de la UPC que corresponda a actualizaciones al plan obligatorio de salud, toda vez que la EPS con cargo a este incremento deberá financiar las nuevas prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.



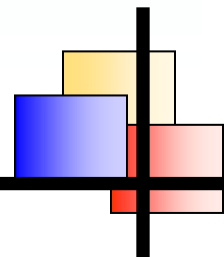
# ***Pagos del Contrato por capitación.***

*El cálculo del porcentaje de las UPC a pagar, se realizará teniendo en cuenta las bases de datos de afiliados entregada al prestador de servicios de salud contratado, sin perjuicio de los ajustes que por glosas sean pertinentes. El primer pago, deberá corresponder al valor proporcional del porcentaje de las UPC de los afiliados incluidos en el contrato, sin perjuicio del descuento posterior del porcentaje de las UPC no causadas. Los pagos posteriores se sujetarán a las glosas entregadas por el contratante.*



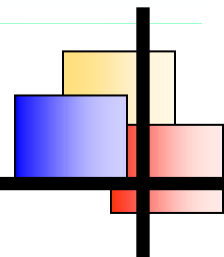
# ***Pagos del Contrato por capitación.***

*Cuando se presenten glosas que afecten la sumatoria total del valor del porcentaje de las UPC inicialmente contratadas, el contratante, reportará esta situación al prestador de servicios de salud contratado, con la finalidad de hacer los ajustes necesarios para determinar lo efectivamente adeudado al prestador; estos ajustes, deberán reflejarse en el valor a pagar en el período pactado inmediatamente siguiente. De cualquier forma, al vencimiento del plazo del contrato de prestación de servicios de salud se efectuará la liquidación del mismo, con el fin de establecer los saldos a favor o en contra del contratista o del contratante, en caso de que estos se presenten.*



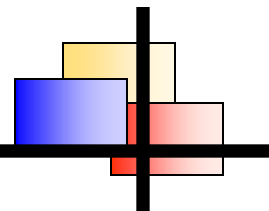
# ***Pagos del Contrato por capitación.***

*El contratante, cancelará al prestador de servicios de salud contratado el valor mensual correspondiente, previa presentación de la factura adjunta, a la cual deberá adicionarse como mínimo la información relacionada con el número de afiliados adscritos al prestador de servicios de salud contratado. Si hay lugar a que el prestador de servicios de salud contratado restituya la cantidad ya cancelada o parte de ella, dicha suma la podrá descontar el contratante de futuras facturas.*



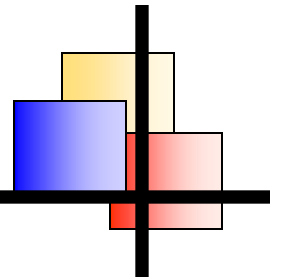
# ***Contratos por Capitación.***

- *Debe recordarse que si contrata PYP por metas probablemente se perderá mucho dinero (ahora el ministerio aprobó que de común acuerdo se puede revisar la matriz para ajustar las metas y hacerlas reales); se recomienda no capitalizar demanda inducida,*
- *Como Prestador de Servicios de Salud, no acepte casos con diagnóstico, estos serán atendidos y reconocidos por evento.*
- *No capite la atención de urgencias, ni de transporte, éstos contrátelos por evento, y*



---

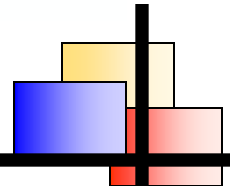
***PAGO POR EVENTO, CASO, CONJUNTO  
INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO  
RELACIONADO POR DIAGNOSTICO, GLOBAL  
PROSPECTIVO.***



# **PAGO POR EVENTO. (LIT. b. ART. 4º, DECRETO 4747 DE 2007).**

*Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud.*

*La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.*





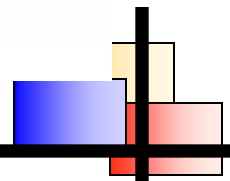
# ***PAGO POR EVENTO.***



***El pago por evento se define como un pago por la totalidad del servicio recibido.***

*La remuneración incluye honorarios médicos, los suministros, los medicamentos y los gastos por arriendo o servicios quirúrgicos.*

***El precio final es específico y diferente para cada paciente y por cada servicio. La concertación es difícil, por la negociación de la TARIFA.***

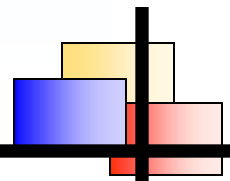


# **PAGO POR SERVICIO PRESTADO (FEE FOR SERVICE).**



La implementación del pago por servicio prestado es relativamente fácil y es la preferida por médicos e IPS, pues su remuneración depende directamente del volumen de los servicios prestados y de nivel socioeconómico o capacidad de pago de la clientela.

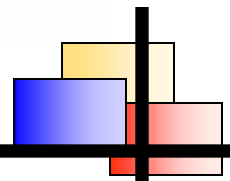
Esto ha generado su generalización y que en varios países se emplee para promover algunos servicios, como los preventivos. Sin embargo puede resultar muy costoso sino se utilizan controles complementarios, puesto que no hay ningún incentivo para reducir costos o desincentivar la frecuencia del uso y el empleo innecesario de tecnología de punta. Es más, el incentivo existe para todo lo contrario, es decir, para aumentar la oferta.



## **PAGO POR SERVICIO PRESTADO (FEE FOR SERVICE).**



El pago de este tipo de servicios tiene, según quien remunere a la PSS, consecuencias diferentes sobre la calidad. En primer lugar, cuando el pago es realizado por el paciente directamente (bien sea que el paciente cuente o no con mecanismos de reembolsos de seguros) el medico tendrá incentivos para prestar un buen servicio y para garantizar su satisfacción y permanencia en la PSS.

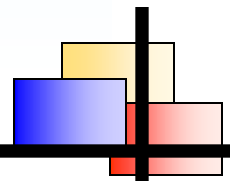


# **PAGO POR SERVICIO PRESTADO (FEE FOR SERVICE).**



Quando el pago es realizado en su totalidad por un tercer agente (seguro, administradora de salud, etc.), sin un vinculo claro entre el servicio que recibe el paciente y la tercera parte, no se dan incentivos para que el prestador del servicio lo haga con la calidad y atención requeridas.

Quando una parte del servicio lo paga el paciente por medio de un copago o una cuota moderadora, el paciente puede también ejercer un control de la calidad sobre el prestador de los servicios.



# **DEBILIDAD EN EL PAGO POR EVENTO.**



Puede resultar muy costoso sino se utilizan controles complementarios, puesto que no hay ningún incentivo para reducir costos o desincentivar la frecuencia del uso y el empleo innecesario de tecnología de punta. Es más, el incentivo existe para todo lo contrario, es decir, **para aumentar la oferta.**

Puede multiplicar el costo de los servicios, llevando a que se realicen varias actividades sobre un mismo servicio. Si no se tiene límite, para ello.

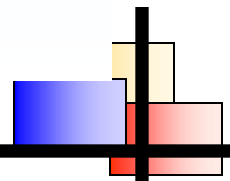
El prestador encuentra la forma de multiplicar los procedimientos **alegando la necesidad de la calidad.**



# **PAGO POR EVENTO.**



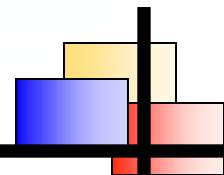
Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos prestados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad o servicio prestado con unas tarifas pactadas previamente.



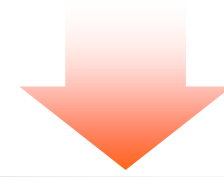
# ***PAGO POR EVENTO.***



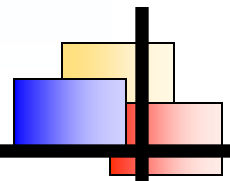
- El pago por evento es lo más favorable para el prestador.*
- Los sistemas tarifarios se han especializado en discriminar los procedimientos en la forma más específica posible.*
- Puede multiplicar el costo de los servicios, lleva a que le realicen varias actividades sobre un mismo servicio. Si no se tiene límite, puede hacerlo.*
- El prestador encuentra la forma de multiplicar los procedimientos alegando la necesidad de la calidad.*



# ***VENTAJAS DEL PAGO POR SERVICIO PRESTADO.***



- *Financia la operación de los servicios.*
- *Ideal en prestación de altos volúmenes.*
- *Habitualmente genera utilidades.*
- *Se da en relaciones de monopolio de prestadores.*





# **DESVENTAJAS DEL PAGO POR SERVICIO PRESTADO (FEE FOR SERVICE).**

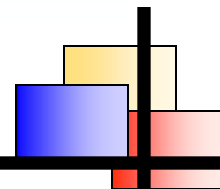


- *No incentiva promoción - prevención.*
- *Perpetúa ineficiencia.*
- *Afecta la tecnología por que estimula tecnología de punta.*
- *Promueve el sobreuso de servicios.*
- *Sujeto a Tarifas.*
- *La concertación es difícil.*
- *Administración costosa*

**PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES,  
PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNOSTICO,  
GLOBAL PROSPECTIVO (LIT. c. ART. 4º, DECRETO 4747 DE  
2007).**

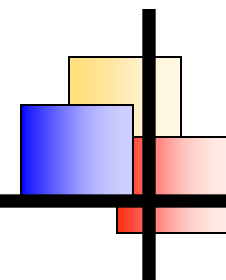
*Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, **prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico.***

*La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, **con unas tarifas pactadas previamente.***



# *Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, global prospectivo.*

La fijación del paquete de actividades, intervenciones y procedimientos necesarias y necesarios para atender cierto diagnóstico simplifica facturas, administración y costos directos médicos hospitalarios.

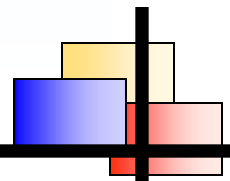


# **PAGO POR CASO.**



*Esta forma de contratación constituye un caso intermedio entre el caso de servicio prestado y el pago por capitación, dependiendo de la amplitud de servicios que incluya este caso.*

*La unidad de medida es el tratamiento global de una dolencia específica. La necesidad de tener una definición clara de los protocolos que se deben seguir y de los riesgos de cada intervención, hace que este sistema se aplique sobre todo, a tratamientos estandarizados, como el caso de embarazo normal y apendicitis en los cuales se puede conocer de una forma muy exacta los costos y las posibles complicaciones que puede implicar cada enfermedad o tratamiento.*

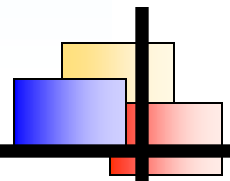


# **PAGO POR CASO.**



**La mayor parte del costo y la totalidad del riesgo los asume la institución encargada de prestar el servicio, lo cual puede incidir directamente en la calidad del mismo.** Por un lado, **para obtener mayores ingresos, se puede inducir a los médicos a diagnosticar patologías más complejas que las que realmente se presentan.** Por otra parte, **se genera un incentivo a que el servicio prestado sea de menor calidad, pues las empresas prestadoras buscarán obtener un excedente reduciendo los costos del servicio por debajo del precio promedio correspondiente al costo.**

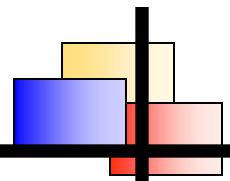
En general, se tiene que **este tipo de remuneración no incentiva la adquisición de tecnología de punta, pero sí disminuye el excedente de las Prestadoras de Servicios de Salud.** **Finalmente, la complejidad en definir el costo de cada caso, hace que este sistema sea de difícil aplicación.**



**PAGO POR PROCEDIMIENTO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNOSTICO.**



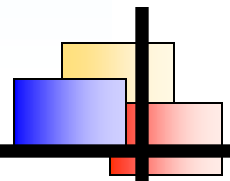
- *Pago por el valor total de un tratamiento, previa definición de la canasta requerida .*
- *Pago de una suma constante por las atenciones relacionadas con un mismo diagnóstico o procedimiento.*
- *Se basa en la determinación de protocolos de manejo, indicadores de uso y evolución de estándares.*
- *Los desembolsos están sujetos a los resultados*



**PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNOSTICO.**



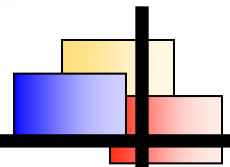
*Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos no discriminados de atenciones, procedimientos, intervenciones y medicamentos, ligados a un diagnóstico o evento. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto o paquete de servicios prestados. Por paquete asociado a un diagnóstico específico, todos los pagos asociados a un diagnóstico.*





# **Pago Global Prospectivo.**

**En el, se contrata con las entidades en función del número de pacientes atendidos en: a) promoción y prevención, b) atención médica general electiva y/o urgente, c) atención médica especializada electiva y/o urgente, d) egresos hospitalarios, e) tratamientos odontológicos terminado, f) partos, g) cesáreas y partos intervenidos y h) cirugías (desagregadas en grupos). La tarifa pactada para cada tipo de producto incluye las actividades finales y de apoyo diagnóstico y terapéutico.**

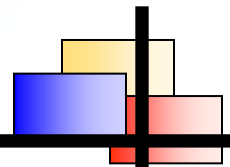




# Pago Global Prospectivo.

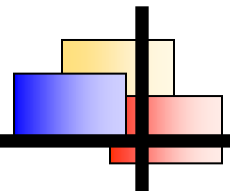
Quando el presupuesto es prospectivo, es una forma de **capitación, siempre que haya coherencia entre el tamaño del prestador de servicios de salud y las características y volumen de población de su lugar de influencia.**

En el caso de los presupuestos prospectivos el prestador de servicios de salud tiene incentivos para mejorar la eficiencia en el control de costos, pues se ve impulsada a llevar una adecuada relación costo-paciente. Sin embargo, este sistema es de difícil implantación, pues tanto el encargado de prestar los servicios de salud como la entidad contratante debe contar con información precisa sobre los costos promedio de los servicios ofrecidos, el perfil de morbilidad de la población atendida y otros indicadores de desempeño que reflejen el comportamiento del prestador de servicios de salud en el futuro.



## **Tecnología en el Pago Global Prospectivo.**

**En lo que se refiere a la adquisición de tecnología, la utilización de presupuestos prospectivos garantiza que ésta sea escogida con criterios de eficiencia, sobre la base de una buena relación costo-beneficio.**



**PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE, O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNOSTICO, GLOBAL PROSPECTIVO.**

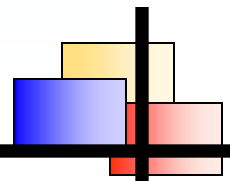


□ *En cuanto a la Unidad de Pago, es la actividad o intervención, aquí la Unidad de Pago, es el paquete.*


□ *Tarifas ISS:*

**Apartado A** *Tarifas para contrato por evento.*

**Apartado B** *Tarifas para contratos por paquetes.*

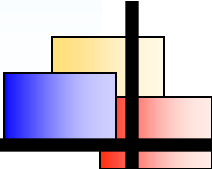


# **PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO REALCIONADO POR DIAGNOSTICO GLOBAL PROSPECTIVO.**



*Como Prestador de Servicios de salud, aclare que en el Contrato no van incluidas las Complicaciones derivadas de la Etiología, las cuales deben atenderse y pagarse por Evento.*

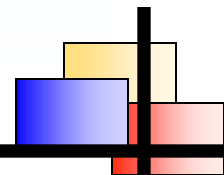
*Las Complicaciones derivadas del Procedimiento si serán de responsabilidad del prestador, pero pueden ser compartidas si así lo define en el contrato, teniendo en cuenta la nueva definición del Aseguramiento en salud de la Ley 1122 de 2007 que transfiere absolutamente toda responsabilidad en materia de atención al Asegurador si este no entrega los modelos de atención y los protocolos de atención, y no realiza procesos de auditoria y control al servicio; en el evento en que el asegurador entregue lo anterior, la responsabilidad será compartida con el PSS.*



# **VENTAJAS DEL PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNOSTICO, GLOBAL PROSPECTIVO.**



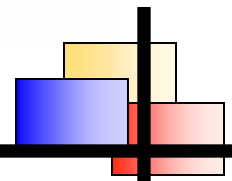
- *Conjunto de intervenciones definidas.*
- *Incentiva y promueve eficiencia ( técnica y económica).*
- *Incentiva la calidad al estar su pago sujeto a resultados*
- *Disminuye procesos administrativos.*
- *Limita responsabilidades.*
- *Control de costos.*
- *Comparte Riesgo.*
- *No Sobrefacturación*
- *Control de Inventarios*



**DESVENTAJAS DEL PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO REALCIONADO POR DIAGNOSTICO, GLOBAL PROSPECTIVO.**

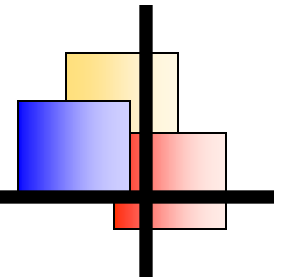


- *Desvirtuar diagnósticos.*
- *Puede afectar la calidad.*
- *Variaciones en los consumos.*
- *Altas tempranas.*
- *Insumos de baja calidad.*
- *Sistema de información más exigente*
- *Selección adversa.*



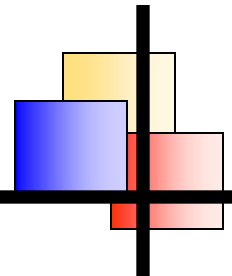
---

# *TARIFAS.*



# Tarifas en el SGSSS.

*En el sistema general de seguridad social no hay tarifas unificadas y exclusivas a la fecha podemos hablar de las tarifas ISS, las del Decreto 2423 de 1996 y tarifas particulares.*

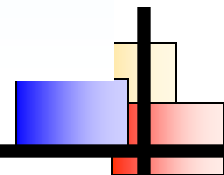




## **TARIFAS DEL DECRETO 2423 DE 1996, MAL LLAMADAS TARIFAS SOAT.**



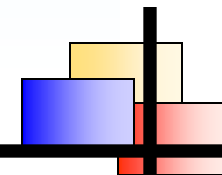
**Las tarifas del Decreto 2423 de 1996 absorben las tarifas del SOAT y hoy son según el Decreto 887 del 2001 obligatorias en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; también en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza, si no hay acuerdo entre las partes. De resto las tarifas son las que se definen en cada contrato de prestación de servicios de salud o que se establezcan en estos.**



**MANUAL TARIFARIO (LIT. d, ART. 6º, ART. 29,  
LEY 1164 DE 2007.**



**El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud tendrá entre otras funciones, la de dar concepto técnico al Ministerio de la Protección Social sobre la definición del manual de tarifas expresada en salarios mínimos diarios legales, para la prestación de servicios en armonía con el artículo 42 de la Ley 812 de 2003, debiendo garantizar entre otros, el equilibrio del mercado de servicios, de la unidad de pago por capitación y el respeto a la autonomía profesional.**

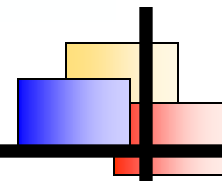


**MANUAL TARIFARIO (LIT. d, ART. 6º, ART. 29,  
LEY 1164 DE 2007.**



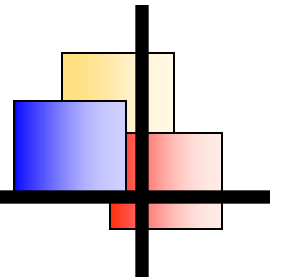
*El manual tarifario, deberá contar con el concepto previo y favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y ser expedido dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la Ley 1164 de 2007.*

*La Superintendencia de Salud o la entidad que haga sus veces, deberá imponer sanciones al incumplimiento de la aplicación del manual tarifario definido por el Gobierno Nacional.*




---

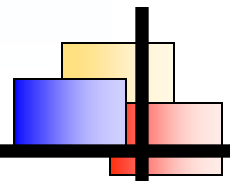
***CONDICIONES MINIMAS QUE SE DEBEN INCLUIR EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDIANTE EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO, CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNOSTICO, GLOBAL PROSPECTIVO.***



**CONDICIONES MINIMAS QUE SE DEBEN INCLUIR EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDIANTE EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO, CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNOSTICO (ART. 8º, DECRETO 4747 DE 2007)**

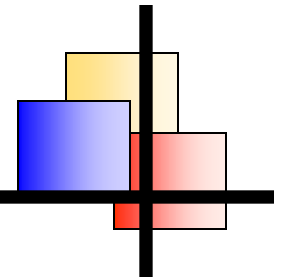


1. *Actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud, o listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico.*
2. **Tarifas que deben ser aplicadas** a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, o los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico **(No hablan del tarifario mínimo)**. La identificación y denominación de los procedimientos en salud deberá tener en cuenta lo establecido en el artículo 19 del Decreto 4747 de 2007.



---

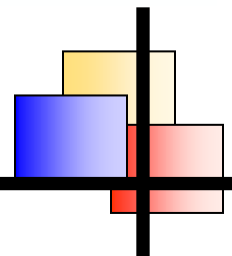
***SUMINISTRO DE INFORMACION DE LA  
POBLACION A SER ATENDIDA.***



# ***Suministro de información de la población a ser atendida. (Pará. 1º, Art. 6º, Decreto 4747 de 2007.***

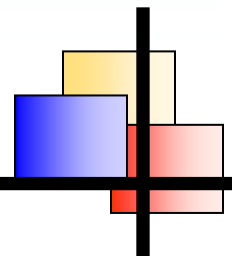
*Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del párrafo 1º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, **las entidades responsables del pago de servicios de salud**, **garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS**, **asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades.***

*En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles.*



***Suministro de información de la población a ser atendida obligación propia del aseguramiento.  
(Pará. 1º, Art. 6º, Decreto 4747 de 2007.***

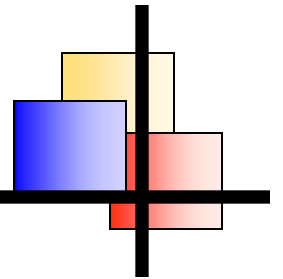
**De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible.** Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.





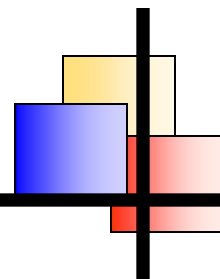
---

***FACTURACION DE SERVICIOS DE  
SALUD EN LOS DIFERENTES  
MECASNISMOS DE PAGO.***



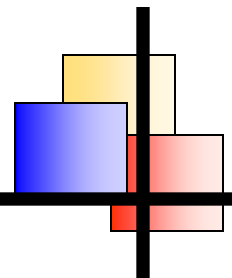
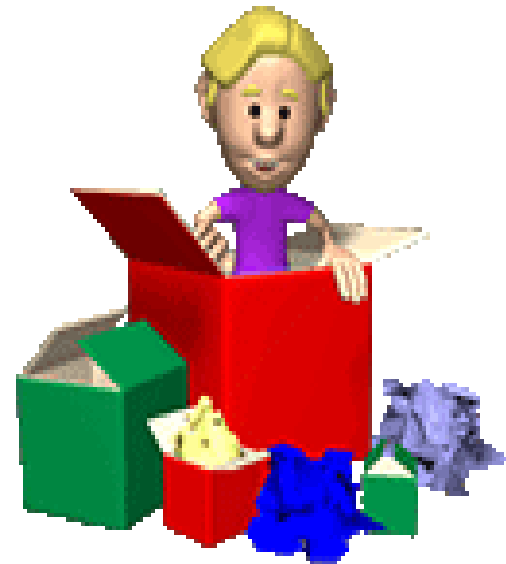
# Pagos a los Prestadores de Servicios de Salud (In. 1º, art. 56, Ley 1438 de 2011)

Las ERP pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007.



**Factura de prestación de servicios de salud (Par. Art. 50 Ley 1438 de 2011, modificado por el art. 7º, Ley 1608 de 2013).**

La facturación de las ERP y los Prestadores de Servicios de Salud **deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008.**



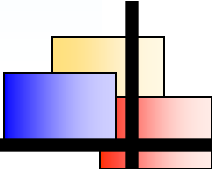
**LA FACTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD  
(ART. 772, DECRETO 410 DE 1971,  
MODIFICADO POR EL ART. 1º, DE LA  
LEY 1231 DE 2008)**



**Factura es un título valor** que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio.

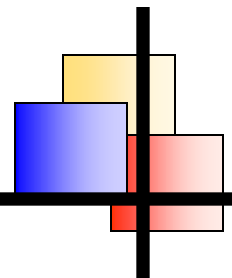
No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito.

El emisor vendedor o prestador del servicio emitirá un original y dos copias de la factura.



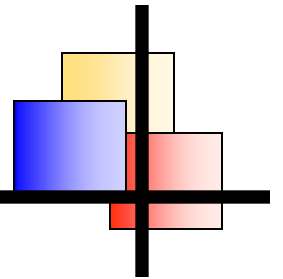
# ***Aceptación de la factura de prestación de servicios de salud (Art. 773, Decreto 410 de 1971, modificado por el inc.1, art. 2º, Ley 1231 de 2008).***

*Una vez que la factura sea **aceptada** por el comprador o beneficiario del servicio, se considerará, frente a terceros de buena fe exenta de culpa **que el contrato que le dio origen ha sido debidamente ejecutado en la forma estipulada en el título.***



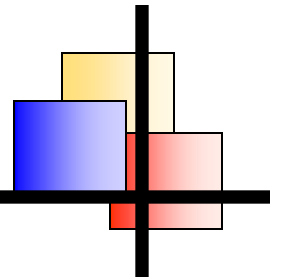
---

***TRAMITE DE LA FACTURA EN LOS  
ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA  
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.***



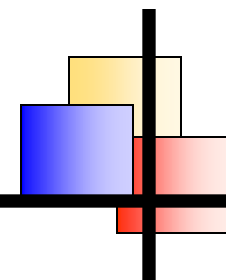
---

***PRESENTACION DE LAS FACTURAS DE  
PRESTACION DE SERVICIOS .***



# **Pagos a los Prestadores de Servicios de Salud (Inc. 3º, art. 56 Ley 1438 de 2011).**

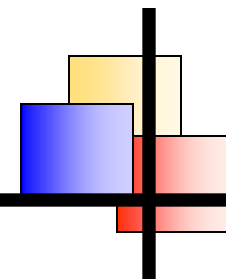
*Se prohíbe el establecimiento de la obligatoriedad de procesos de auditoría previa a la presentación de las facturas por prestación de servicios o cualquier práctica tendiente a impedir la recepción.*





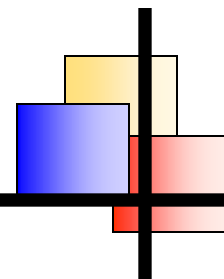
# **Pagos a los Prestadores de Servicios de Salud (Inc. 4º, art. 56 Ley 1438 de 2011).**

*Las ERP, deberán establecer mecanismos que permitan la facturación en línea de los servicios de salud, de acuerdo con los estándares que defina el Ministerio de la Protección Social.*



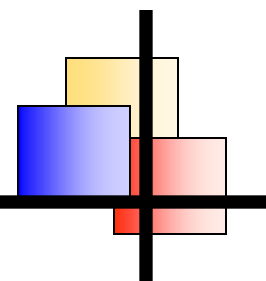
## ***Pagos a los Prestadores de Servicios de Salud (Inc. 5º, art. 56 Ley 1438 de 2011).***

*Se entienden por recibidas las facturas que hayan sido enviadas por los prestadores de servicios de salud a las ERP a través de correo certificado, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1122 de 2007.*



---

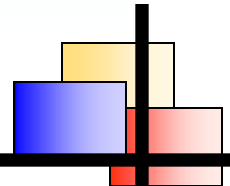
***TERMINO PARA LA PRESENTACION DE  
LAS FACTURAS DE PRESTACION DE  
SERVICIOS .***



# **Presentación de las cuentas de cobro facturas o reclamaciones. (Inc. 4º, Art. 7º, Decreto Ley 1281 de 2002).**

*Las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones ante las EPS, las entidades territoriales y el Fosyga, se deberán presentar a más tardar **dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas.***

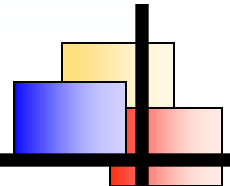
**Vencido este término no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.**



# **Presentación de las cuentas de cobro facturas o reclamaciones. (Inc. 4º, Art. 7º, Decreto Ley 1281 de 2002).**

*Las normas en mención no son óbice para que no se cancelen los servicios prestados. De esta manera, si el servicio se prestó, si hay demostración del servicio, hay que pagarlo.*

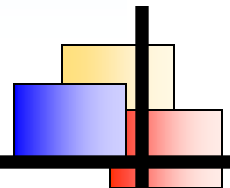
*El Decreto Ley 1281 de 2002, no habla de la prescripción de la obligación, lo que castiga es el reconocimiento de intereses y otras sanciones pecuniarias, pero no significa que después de ese tiempo no se pueda exigir el pago de los servicios suministrados.*



# ***Presentación de las cuentas de cobro facturas o reclamaciones.***

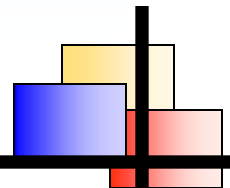
*Existiendo contrato vigente, vencido el término anterior, las facturas podrán ser presentadas durante la vigencia del contrato de prestación de servicios de salud y, hasta máximo en la liquidación de los contratos, sin derecho al cobro de intereses moratorios sobre estos servicios.*

*De esta manera, existiendo contratos de prestación de servicios de salud vigentes, las facturas no prescribirían ya que aún pueden ser presentadas en el momento de la liquidación de los mismos sin derecho al cobro de intereses moratorios sobre estos servicios.*



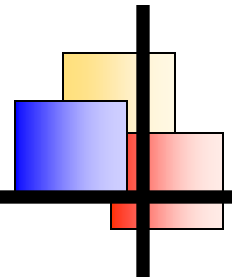
## ***Presentación de las cuentas de cobro facturas o reclamaciones.***

*No existiendo contrato alguno, una vez vencido el término de los seis meses aquí anotado, se aplicarán para la presentación de la factura, las disposiciones legales concernientes a la letra de cambio, esto es, el término de tres años para su presentación, conforme a lo establecido por el artículo 779 del Decreto 410 de 1971, modificado por el artículo 5º de la Ley 1231 de 2008.*



**Aplicación de normas relativas a letras de cambio (Art. 779, Decreto 410 de 1971, modificado por el art. 5º, Ley 1231 de 2008).**

Se aplicarán a las facturas de que trata la ley 1231 de 2008, en lo pertinente, **las normas relativas a la letra de cambio.**

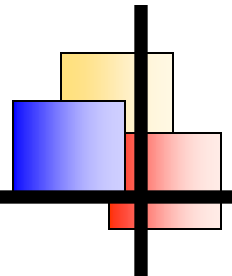




# Prescripción de la factura de los servicios de salud.

Una vez presentadas las facturas, en manos de las ERP, estas se entienden imprescriptibles para su pago, teniendo en cuenta que si el servicio se prestó, si hay demostración del servicio, hay que pagarlo.

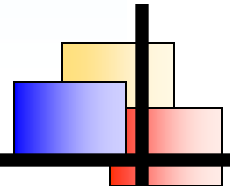
Es decir que la prescripción de la factura se entiende es sobre su presentación, y el término para la aplicación de esta, está ligada a si existe o no contrato de prestación de servicios de salud, una vez presentadas las facturas, en manos de las ERP, estas se entienden imprescriptibles para su pago, teniendo en cuenta que si el servicio se prestó, si hay demostración del servicio, hay que pagarlo.



# Prescripción de la factura sobre su presentación.

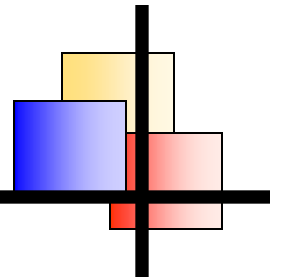
Lo anterior, teniendo en cuenta que:

- ✚ El Artículo 133 de la Ley 1438 de 2011 establece que la Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas entre cien (100) y dos mil quinientos (2.500) salarios mínimos mensuales vigentes cuando las Entidades Promotoras de Salud no giren oportunamente a un Prestador de Servicios de Salud las obligaciones causadas por actividades o medicamentos. En caso de que el comportamiento de las Entidades Promotoras de Salud sea reiterativo será causal de pérdida de su acreditación, y que,
- ✚ El no reconocimiento y pago teniendo el deber legal de hacerlo podría ser considerado como una conducta que vulnera el SGSSS y el derecho a la salud, conforme a lo contemplado en los numerales 130.3, 130.4 y 130.7 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, que acarreará multas en las cuantías señaladas en el artículo 131 de esta Ley, o la posible revocatoria de la licencia, si a ello hubiere lugar, conforme a lo descrito por el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011.



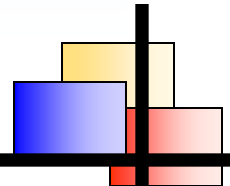
---

***SOPORTES DE LAS FACTURAS DE  
PRESTACION DE SERVICIOS .***



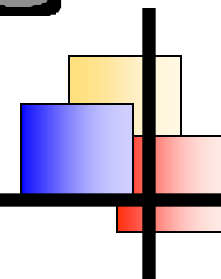
## ***Soportes de las facturas de prestación de servicios (Art. 21º, Decreto 4747 de 2007).***

*Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social.*



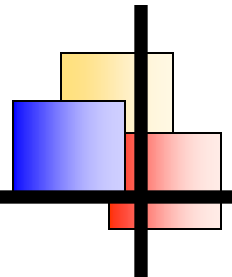
## **Soportes de las facturas de prestación de servicios (Art. 21º, Decreto 4747 de 2007).**

*La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos por el Ministerio de la Protección Social.*



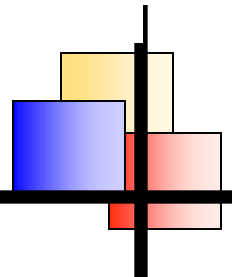
## ***Soportes de las facturas de prestación de servicios (Art. 12º, R 3047 de 2008).***

*Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 serán los descritos en el anexo técnico No. 5º de la Resolución 3047 de 2008.*



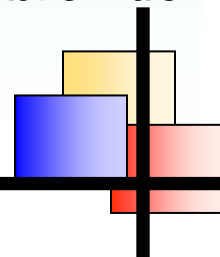
# Obligación de los RIPS. (Art. 44º, Parágrafo 2º, Ley 1122 de 2007)

La rendición de información y la elaboración del Registro Individual de Prestación de Servicios, RIPS, serán obligatorias para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.



# ***Sancciones por la no provisión de la información RIPS. (Art. 116, Ley 1438 de 2011)***

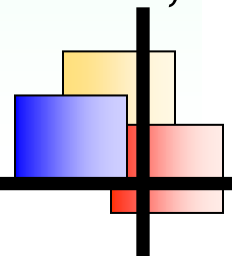
Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios), serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia.





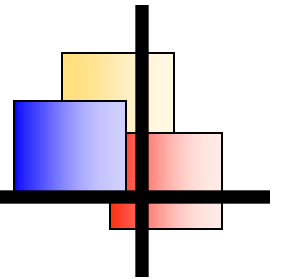
# ***El pago de la prestación de servicios y la sujeción a los RIPS.***

**El reconocimiento y pago de los servicios contratados, hoy, no solo dependerá de la modalidad de contratación sino que adicionalmente deberá contarse con la presentación y validación de los RIPS, como condición mínima obligatoria en el acuerdo de voluntades para la prestación de servicios de salud,** que deberán presentar los PSS en el cobro de los servicios contratados según parágrafo 2º del artículo 44º de la Ley 122 de 2007, artículo 116 de la Ley 1438 de 2011 y el numeral 8º, del artículo 6º, del Decreto 4747 de 2007.



---

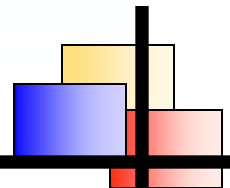
***CLASIFICACION UNICA DE  
PROCEDIMIENTOS EN SALUD  
CUPS.***



# **Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS- (Art. 19º, Decreto 4747 de 2007).**

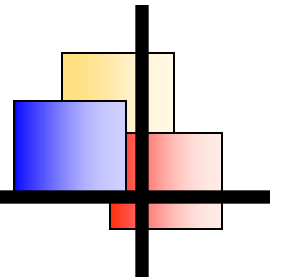
*Para la codificación de procedimientos se utilizará la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS la cual será de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud. Dicha clasificación será actualizada de manera periódica por el Ministerio de la Protección Social, para lo cual podrá consultar con las asociaciones científicas y otros actores del sistema.*

*A la fecha, se ha definido en el Acuerdo 29 de la CRES.*



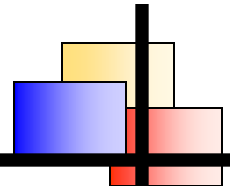
---

***RECEPCIÓN DE LA FACTURA EN LOS  
ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA  
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.***



# *Recepción de las facturas. (Inc. 2, art. 8, Decreto 046 de 2000).*

**La radicación**  
**de la factura**  
**no implica la**  
**aceptación de**  
**la misma.**

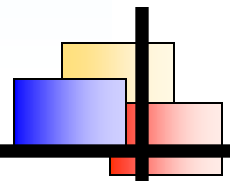


**RECEPCION DE LA FACTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (ART. 773, DECRETO 410 DE 1971, MODIFICADO POR EL INC 2º, ART. 2º, DE LA LEY 1231 DE 2008)**



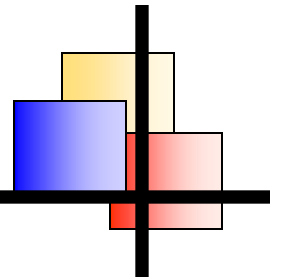
**La entidad responsable del pago, deberá aceptar de manera expresa el contenido de la factura, por escrito colocado en el cuerpo de la misma o en documento separado, físico o electrónico.**

**Iguualmente, deberá constar el recibo del servicio por parte de la ERP, en la factura, indicando el nombre, identificación o la firma de quien recibe, y la fecha de recibo.**



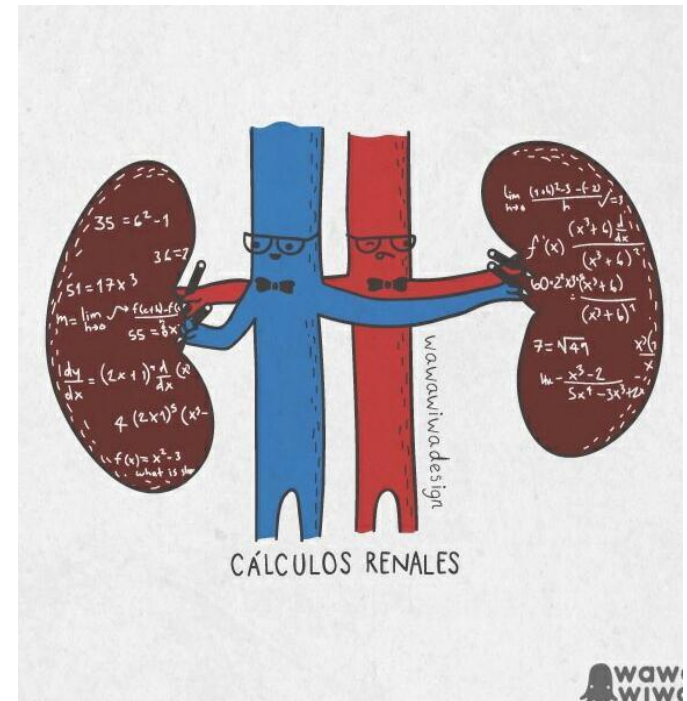
---

***ACEPTACION EXPRESA DE LA  
FACTURA EN LOS ACUERDOS DE  
VOLUNTADES PARA LA PRESTACION  
DE SERVICIOS DE SALUD.***



**ACEPTACION DE LA FACTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (ART. 773, DECRETO 410 DE 1974, MODIFICADO POR EL INC 2º, ART. 2º, DE LA LEY 1231 DE 2008)**

**La entidad responsable del pago, deberá aceptar de manera expresa el contenido de la factura, por escrito colocado en el cuerpo de la misma o en documento separado, físico o electrónico.**





---

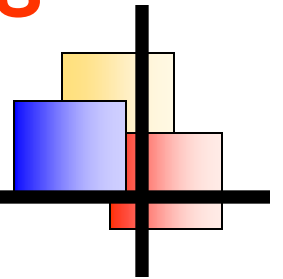
# ***DEVOLUCIÓN DE LAS FACTURAS.***



---

***RECLAMO CONTRA EL CONTENIDO DE LA  
FACTURA EN LOS ACUERDOS DE  
VOLUNTADES PARA LA PRESTACION DE  
SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE  
DEVOLUCIÓN DE LA MISMA Y DE LOS  
DOCUMENTOS DE DESPACHO.***

---

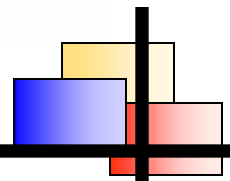


**RECLAMO EN CONTRA DE LA FACTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE DEVOLUCIÓN DE LA MISMA Y DE LOS DOCUMENTOS DE DESPACHO (ART. 773, DECRETO 410 DE 1971, MODIFICADO POR EL INC. 3º, ART. 2º, DE LA LEY 1231 DE 2008, MODIFICADO POR EL ART. 86, DE LA LEY 1676 DE 2013)**



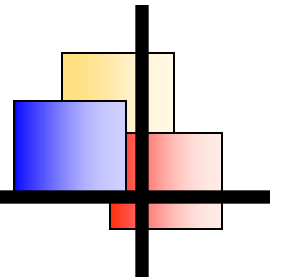
**Podrá existir reclamo en contra del contenido de la factura:**

- Bien sea mediante devolución de la misma y de los documentos de despacho, según el caso, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción,**




---

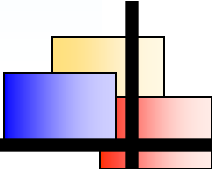
***ACEPTACION TACITA DE LA  
PRESENTACION DE FACTURA EN LOS  
ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA  
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.***



**ACEPTACION TACITA DE LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (ART. 773, DECRETO 410 DE 1974, MODIFICADO POR EL INC. 3º, ART. 2º, DE LA LEY 1231 DE 2008; MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013)**

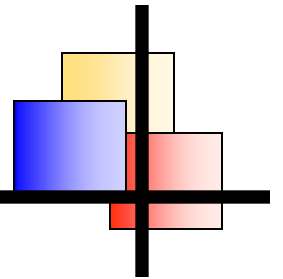


La factura se considerará irrevocablemente aceptada en su presentación por la entidad responsable del pago, si no reclamare en contra de su contenido, mediante devolución de la misma y de los documentos de despacho.



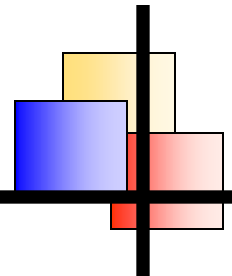
---

# ***TRAMITE DE LAS DEVOLUCIONES DE FACTURAS.***



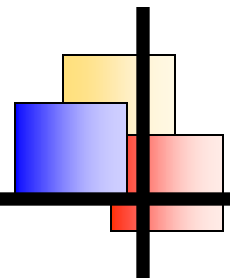
# Facturas devueltas (Inc. 3º, Art. 23º, Decreto 4747 de 2007).

Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas.



# **Facturas devueltas (Inc. 5º, art. 57 Ley 1438 de 2011; Inc. 4º, Art. 23º, Decreto 4747 de 2007).**

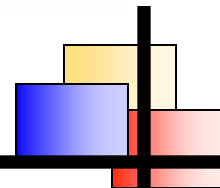
**Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.**





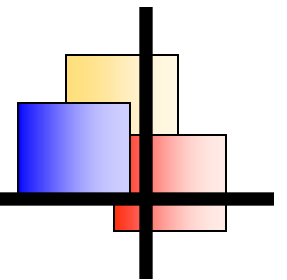
# **Reconocimiento de Intereses (Inc. 1º, Art. 24º, Decreto 4747 de 2007).**

*En el evento en que las devoluciones no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el inciso 3º, del artículo 7º del Decreto Ley 1281 de 2002.*



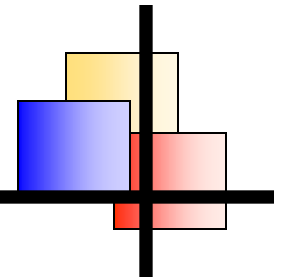
---

# ***GLOSAS DE LAS FACTURAS.***



---

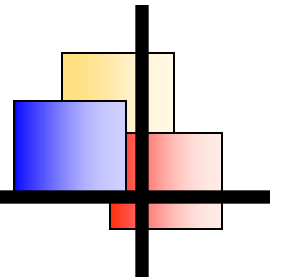
# ***FORMULACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LAS GLOSAS.***




---

***RECLAMO CONTRA EL CONTENIDO DE  
LA FACTURA EN LOS ACUERDOS DE  
VOLUNTADES PARA LA PRESTACION  
DE SERVICIOS DE SALUD, MEDIANTE  
ESCRITO DIRIGIDO AL PSS.***

---



**RECLAMO EN CONTRA DE LA FACTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE ESCRITO DIRIGIDO AL PSS (ART. 773, DECRETO 410 DE 1971, MODIFICADO POR EL INC. 3º, ART. 2º, DE LA LEY 1231 DE 2008, MODIFICADO POR EL ART. 86, DE LA LEY 1676 DE 2013; INC. 1, ART. 57 LEY 1438 DE 2011))**

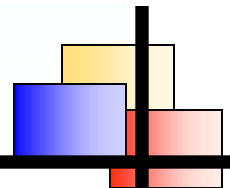


Podrá existir reclamo en contra del contenido de la factura,

- ✦ Bien mediante escrito dirigido al prestador de servicios de salud, (objeción o glosa), dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes.

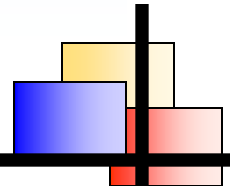
*Trámite de Glosas (Inc. 1º, art. 57 Ley 1438 de 2011; Inc. 1º, Art. 23º, Decreto 4747 de 2007, art. 773, Decreto 410 DE 1971, modificado por el inc. 3º, art. 2º, de la Ley 1231 de 2008; modificado por el artículo 86 de la Ley 1676 de 2013)*

*Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente.*



# **Manual Unico de Glosas, Devoluciones y Respuestas (Art. 22º, Decreto 4747 de 2007).**

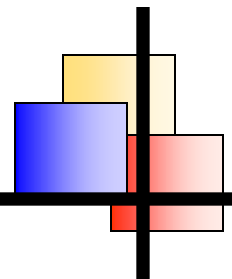
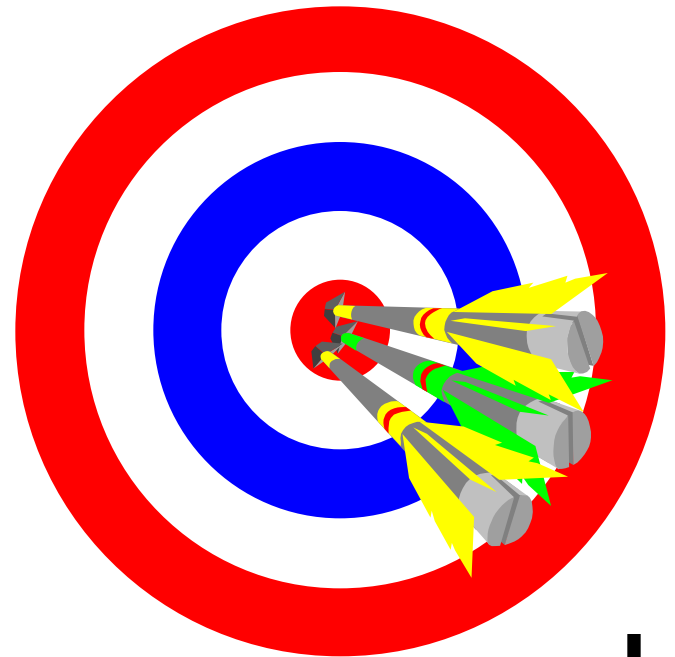
**El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**



# ***Manual único de glosas, devoluciones y respuestas (Art. 14º, Resolución 3047 de 2008).***

---

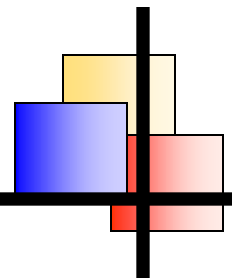
*La denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007, serán las descritas en el Anexo Técnico No. 6, el cual forma parte integral de la Resolución.*





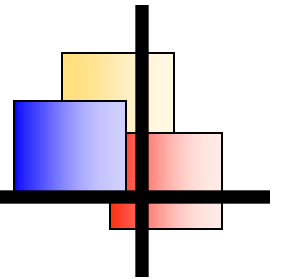
**Trámite de Glosas (Inc. 1º, art. 57, Ley 1438 de 2011; Inc. 1º, art. 57 Ley 1438 de 2011; inc 1º, Art. 23º, Decreto 4747 de 2007).**

Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.




---

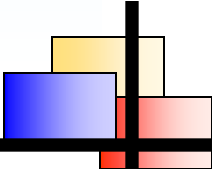
***ACEPTACION TACITA DE LA FACTURA  
EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES  
PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD.***



ACEPTACION DE LA FACTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD  
(ART. 773, DECRETO 410 DE 1971, MODIFICADO POR EL INC. 3º, ART. 2º, DE  
LA LEY 1231 DE 2008, MODIFICADO POR EL ART. 86, DE LA LEY 1676 DE  
2013; INC. 1, ART. 57 LEY 1438 DE 2011; LITERAL C,  
PARA. 1º, ARTÍCULO 6º, DECRETO 3260  
DE 2004)

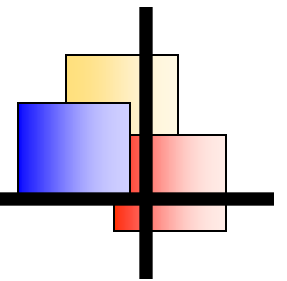


La factura se considerará irrevocablemente aceptada por la entidad responsable del pago, si no reclamare en contra de su contenido, mediante escrito (objeción o glosa) dirigido al prestador de servicios de salud, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes.



---

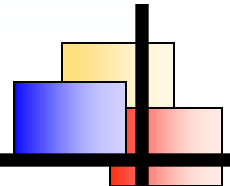
# ***CONTESTACIÓN DE LAS GLOSAS.***



# Trámite de Glosas

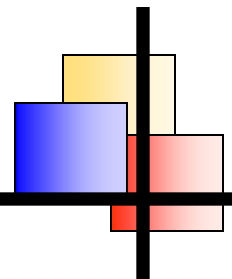
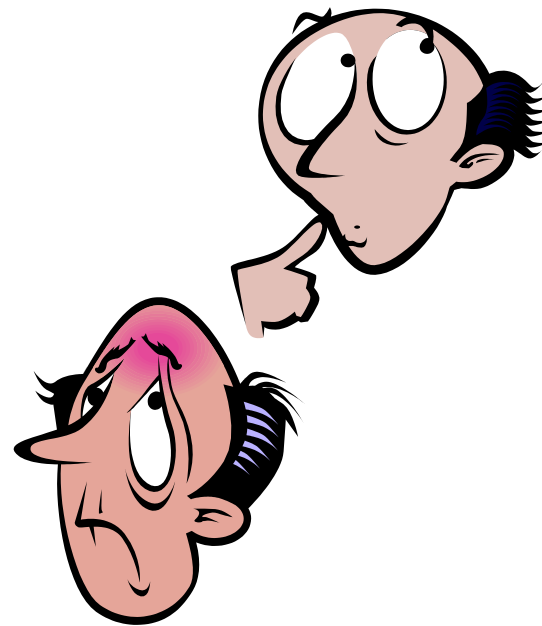
(Inc. 2º, art. 57 Ley 1438 de 2011; Inc. 2º, Art. 23º, Decreto 4747 de 2007).

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar.



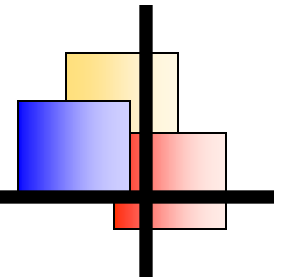
# Trámite de las cuentas presentadas por los prestadores de servicios de salud. (Inc 2º, Art. 7º, Decreto Ley 1281 de 2002).

Si las glosas no son resueltas por parte del PSS, en los términos establecidos por el reglamento, **no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias, y por ningún motivo implica la Aceptación de la Glosa.**



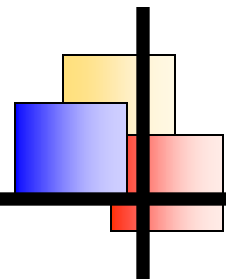
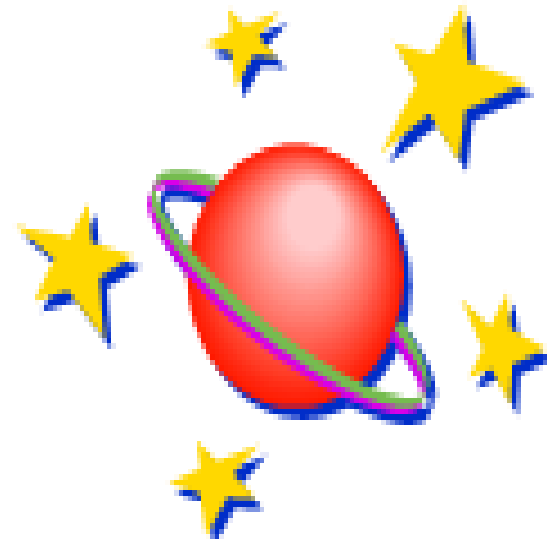
---

# ***GLOSAS SUBSANABLES.***



# **Trámite de Glosas (In. 3º, art. 57 Ley 1438 de 2011; Inc. 2º, Art. 23º, Decreto 4747 de 2007).**

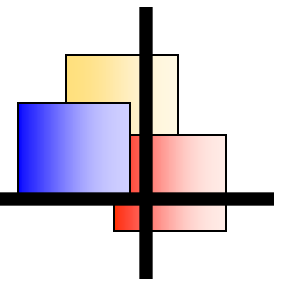
**Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.**





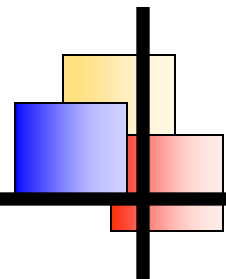
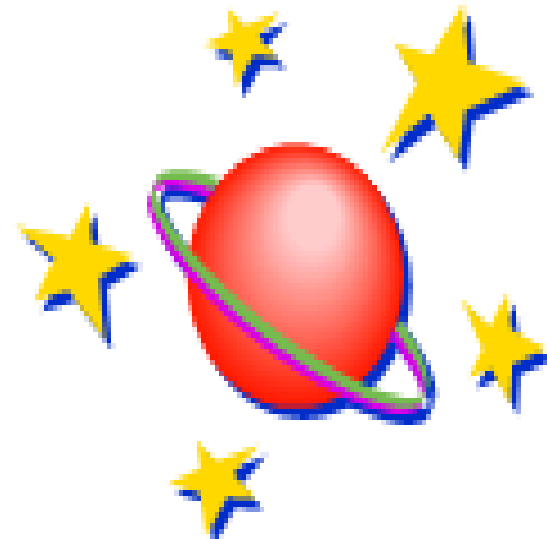
---

***LEVANTAMIENTO O NO DE LAS  
GLOSAS.***



# Trámite de Glosas (In. 2º, art. 57 Ley 1438 de 2011; Inc. 2º, Art. 23º, Decreto 4747 de 2007).

La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.



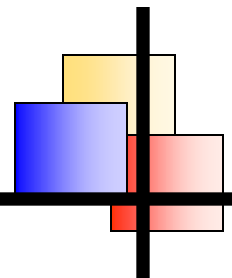
---

# ***PAGO DE LAS GLOSAS LEVANTADAS.***



# **Trámite de Glosas (Inc. 4º, art. 57 Ley 1438 de 2011; Inc. 2º, Art. 23º, Decreto 4747 de 2007).**

**Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.**



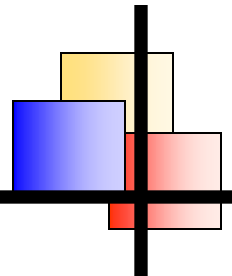
---

***DESACUERDO EN LAS GLOSAS.***



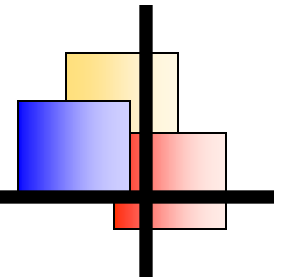
# Trámite de Glosas (Inc. 5º, art. 57 Ley 1438 de 2011; Inc. 4º, Art. 23º, Decreto 4747 de 2007).

Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.



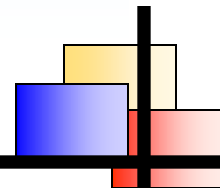
---

***PAGO DE INTERESES POR GLOSAS  
INFUNDADAS O INJUSTIFICADAS.***



# **Reconocimiento de Intereses (Inc. 1º, Art. 24º, Decreto 4747 de 2007).**

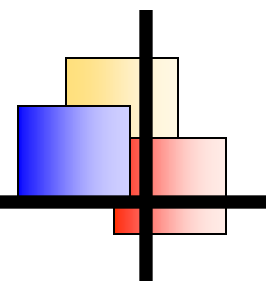
*En el evento en que las glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el inciso 3º, del artículo 7º del Decreto Ley 1281 de 2002.*





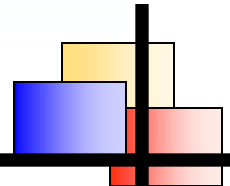
---

***PAGOS EN EL EVENTO QUE LA GLOSA  
FORMULADA RESULTE JUSTIFICADA.***



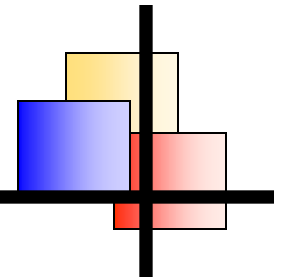
# **Reconocimiento de Intereses (Inc. 2º, Art. 24º, Decreto 4747 de 2007).**

**En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.**



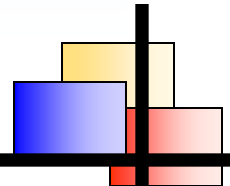
---

***GLOSAS POR FACTURACION EN EL  
PAGO POR CAPITACION.***



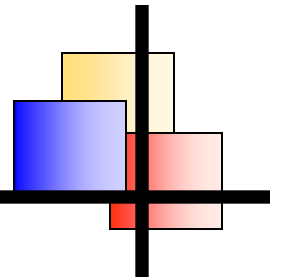
## **Se presentan Glosas por facturación en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de:**

- ✦ *Recobros por servicios prestados por otro prestador (según anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008) (Numeral 6º literal b artículo 5º, numeral 7º artículo 6º, párrafo 2º artículo 6º , párrafo 1º artículo 7º, párrafo 2º artículo 14º Decreto 4747 de 2007)*
- ✦ *Cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita (según anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008) (numerales 6 y 7, artículo 7º del Decreto 4747 de 2007)*
- ✦ *Las metas pactadas e incumplidas, conforme a lo definido por el artículo 8º de la Resolución 3253 de 2009.*



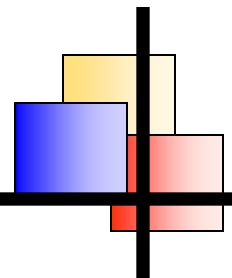
---

***FLUJO DE RECURSOS EN LOS  
ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA  
PRESTACION DE SERVICIOS.***



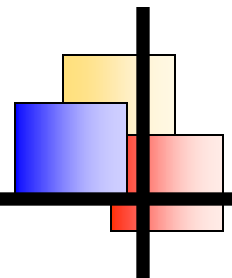
# Flujo y protección de los recursos de Recursos en el mecanismo de pago por capitación (Lit. d, art. 13º, Ley 1122 de 2007)

Las ERP, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, **mes anticipado en un 100% a la presentación de la factura si los contratos son por capitación.**



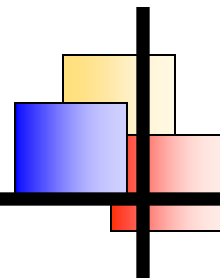
## **Flujo de recursos en los mecanismos de pago distintos a la capitación (Art. 13, Lit d, Ley 1122 de 2007).**

En los mecanismos de pago distintos a la capitación, **se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días (hábiles) posteriores a su presentación. El otro 50% quedará sujeto a la existencia o no de glosas a la facturación.**



**Trámite de las cuentas presentadas por los prestadores de servicios de salud. (Inc 2º, Art. 7º, Decreto Ley 1281 de 2002).**

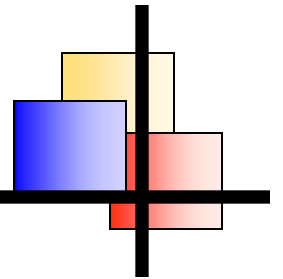
**Quando** en el trámite de las cuentas por prestación de servicios de salud **se presenten glosas,** **se efectuará el pago de lo no glosado.**





---

***PAGOS EN CASO DE NO PRESENTARSE  
GLOSA.***

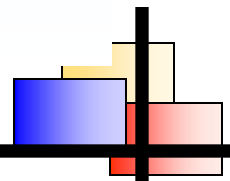


**PAGO DE LOS SALDOS EN MECANISMOS DE PAGO  
DISTINTOS A LA CAPITACION.**

**(ART. 13, LIT. b,  
LEY 1122 DE 2007).**



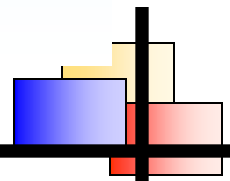
En caso de no presentarse  
objeción o glosa alguna, en los  
mecanismos de pago distintos a  
la capitación, el saldo se pagará  
dentro de los treinta días (30)  
(hábiles) siguientes a la  
presentación de la factura.



**PAGO DE SALDOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN MECANISMOS DE PAGO DISTINTOS A LA CAPITACIÓN. (ART. 13, LIT. b, LEY 1122 DE 2007).**

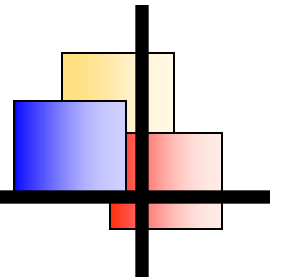


En el régimen subsidiado, en caso de no presentarse **objeción o glosa alguna**, en los mecanismos de pago distintos a la capitación, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) (hábiles) siguientes a la presentación de la factura, **siempre y cuando la EPSS, haya recibido los recursos del ente territorial**. De lo contrario, la EPSS pagará dentro de los quince (15) días (hábiles) posteriores a la recepción del pago.



---

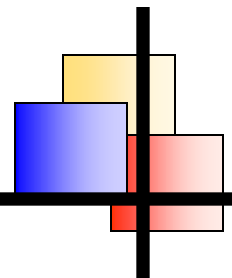
***PAGOS EN CASO DE PRESENTARSE  
GLOSA.***



# **Facturas con Glosas (Lit. b, Art. 13º, Ley 1122 de 2007).**

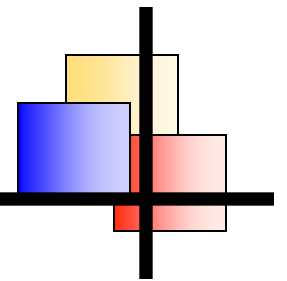
---

Las facturas que presenten glosas deberán quedar canceladas dentro de los 60 días (hábiles) posteriores a la presentación de la factura;



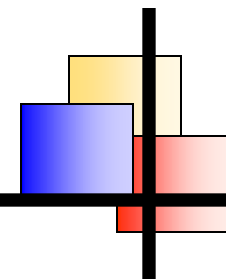
---

# ***INTERESES MORATORIOS.***



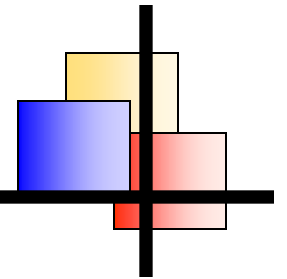
# **Intereses de Mora** **(In. 2º, art. 56, Ley 1438 de 2011)**

**El no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).**



---

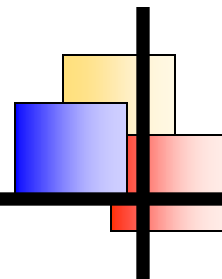
***REGISTRO CONJUNTO DE  
TRAZABILIDAD.***





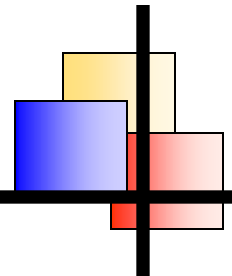
# Registro conjunto de trazabilidad de la factura (Art. 25º, Decreto 4747 de 2007).

**Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.**



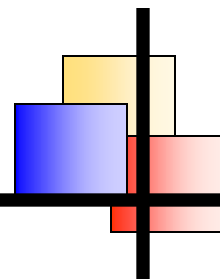
# Registro conjunto de trazabilidad de la factura.

Entendido como un **documento electrónico** que registra todos los hechos que afectan la factura, desde la **autorización** de servicios **hasta su cancelación** total dentro de la etapa de arreglo directo



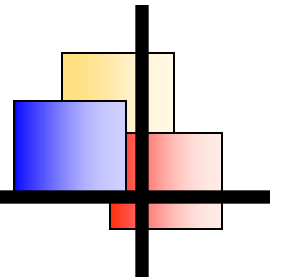
# **Registro conjunto de trazabilidad de la factura. (Art. 15º, Resolución 3047 de 2008)**

*Para la implementación del Registro conjunto de trazabilidad de la factura de que trata el artículo 25 del Decreto 4747 de 2007, se adopta la estructura contenida en el Anexo Técnico No. 8, el cual forma parte integral de la Resolución.*



---

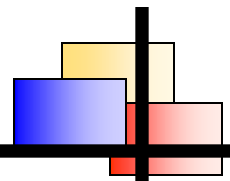
***INCLUSION PRIVILEGIADA EN LA RED  
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE  
IPS ACREDITADAS.***



**INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ACREDITADAS EN SALUD  
(ART. 9º, DECRETO 4747 DE 2007)**

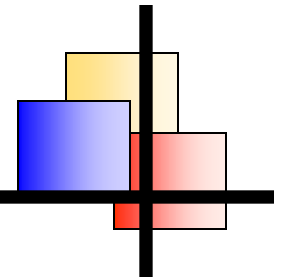


**Las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado que tengan afiliados en el área de influencia de una institución prestadora de servicios de salud acreditada en salud, privilegiarán su inclusión en la red de prestación de servicios para lo cual suscribirán los acuerdos de voluntades correspondientes, siempre y cuando la institución acreditada lo acepte.**



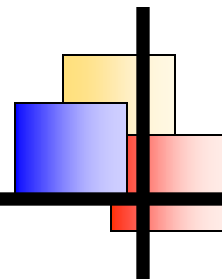
---

***RESPONSABILIDAD DEL RECAUDO DE  
COPAGOS CUOTAS MODERADORAS.***



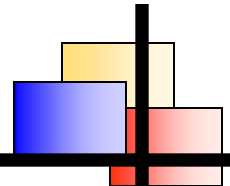
# ***Responsabilidad del recaudo de las Cuotas moderadora y los Copagos. (Art. 26 Decreto 4747 de 2007)***

*La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud.*



# **Responsabilidad del recaudo de copagos y cuotas moderadoras (Art. 26º, Decreto 4747 de 2007).**

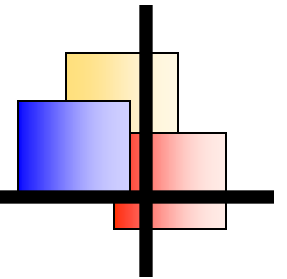
**En el caso en que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de los mismos por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerarse como parte del pago a los prestadores cuando exista un recaudo efectivo de su valor.**





---

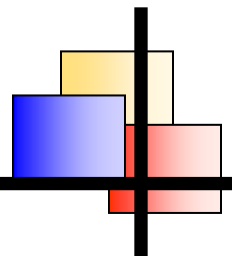
***AUDITORIA MEDICA, CONTABLE Y  
FINANCIERA.***



# ***Reglas adicionales a las cuales se deben sujetar los acuerdos de voluntades (Art. 5º, Decreto 1725 de 1999).***

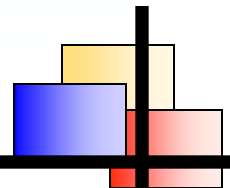
---

*El PSS deberá permitir a la ERP ejercer permanentemente las auditorias médica, contable y financiera para efectos de verificar la correcta y eficiente ejecución del contrato, en consecuencia facilitará los documentos que permitan el desarrollo de la función de auditoria.*



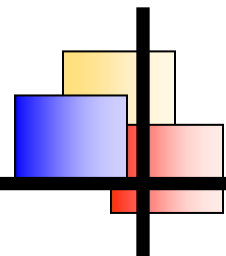
# **REGLAS ADICIONALES A LAS CUALES SE DEBEN SUJETAR LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES.**

*El PSS deberá permitir a la ERP el acceso a la información relacionada con el estado de salud del Usuario y la prestación de los servicios de salud, suministrando fotocopia de la historia clínica y demás documentos que requiera la ERP para fines exclusivos de auditoria de conformidad con la Ley 23 de 1981, el Decreto 3380 de 1981 y 1725 de 1999 y demás normas que los modifiquen, aclaren, sustituyan o adicionen. Para tales efectos, cuando se verifique el ingreso de un usuario de la ERP a las instalaciones de el PSS, el PSS deberá suministrarle al usuario el anexo de Autorización para expedición de copia de la Historia Clínica a favor de la ERP, para que este lo diligencie y lo suscriba.*



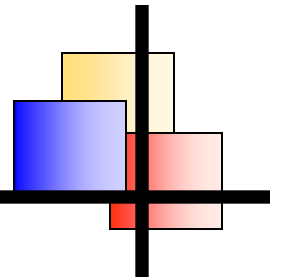
# ***Reglas adicionales a las cuales se deben sujetar los acuerdos de voluntades (Art. 5º, Decreto 1725 de 1999).***

*La ERP, tiene derecho a acceder a la historia clínica y sus soportes, dentro de la labor de auditoría que le corresponde adelantar, en armonía con las disposiciones generales que se determinen en materia de facturación.*



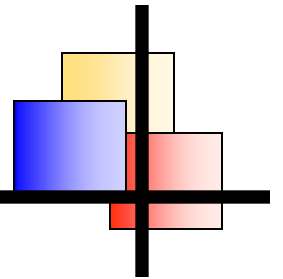
---

***DESACUERDO ENTRE ENTIDADES PAGADORAS DE  
SERVICIOS DE SALUD Y PRESTADORES DE SERVICIOS  
DE SALUD Y MECANISMOS PARA OBTENER EL PAGO DE  
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR PARTE  
DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD***



---

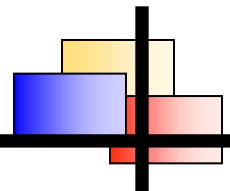
***FACULTADES DE CONCILIACION DE LA  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE  
SALUD.***



# **Conciliación ante la SNS.(Art. 38º, Ley 1122 de 2007; art. 135, Ley 1438 de 2011)**

La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud.

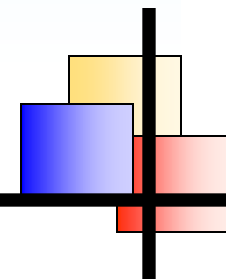
La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora de oficio o a petición de parte en los conflictos que surjan entre el administrador del Fosyga, las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios, las compañías aseguradoras del SOAT y entidades territoriales.



# **Conciliación ante la SNS. (Art. 38º, Pará, Ley 1122 de 2007)**

**Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.**

**En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas generales de la conciliación previstas en la Ley 640 de 2001.**





# Conciliación ante la SNS.

---

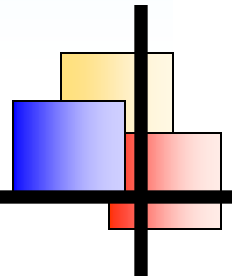
*De esta manera, si el Prestador de Servicios de Salud decide optar por el mecanismo alternativo de resolución de conflictos de conciliación podrá, realizarse previo el lleno de los siguientes requisitos:*

*1. Escrito de solicitud de audiencia de Conciliación, mediante el cual se individualizan las partes y su representante si fuere el caso; cuando se trate de personas jurídicas, debe acreditar su existencia y representación legal.*

*2. Síntesis de los hechos.*

*3. Las peticiones.*

*4. La estimación de la cuantía.*

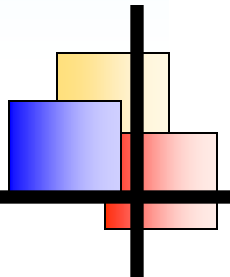


# Conciliación ante la SNS.

---

*5. Relación de las pruebas que pretenda hacer valer (Original y/o fotocopia de las facturas objeto de la solicitud de conciliación que se encuentren en su poder, o certificación expedida por el representante legal y su contador o su revisor fiscal si fuere el caso, en todo caso dicha certificación deberá contener la relación detallada de la facturación objeto de conciliación), adjuntando copia de la cédula y tarjeta profesional de quien avale la relación y certificación.*

*6. Constancia de radicación de copia de la solicitud llevada a la parte convocada.*

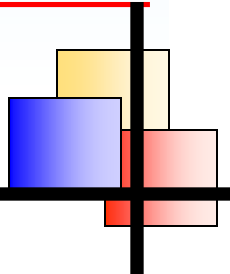


# Conciliación ante la SNS.

---

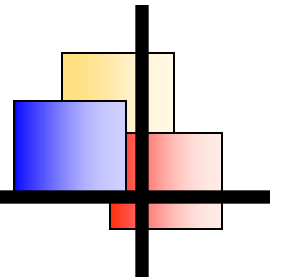
Ahora bien, en el caso que nos ocupa, la conciliación que realiza la Superintendencia Nacional de Salud, constituye un mecanismo alternativo para la solución de conflictos, que se lleva a cabo mediante la intervención de un conciliador, investido por excepción para administrar justicia en un caso determinado, y es voluntaria, y no puede ser entendida como obligatoria en la medida en que se puede conciliar pero no se impone aceptar dicho medio.

Es así, como dicho mecanismo no constituye un requisito previo para acudir a la vía judicial y lejos de convertirse dicha solución de conflictos en un requisito de procedibilidad ya que lo que se busca con el mismo, es descongestionar la administración judicial.



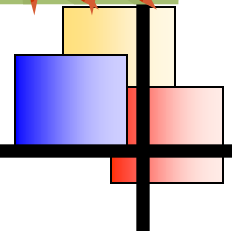
---

***FACULTADES JURISDICCIONALES DE  
LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE  
SALUD.***



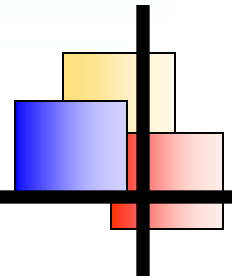
# Función Jurisdiccional de la SNS. (Art. 41º, Ley 1122 de 2007)

Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:



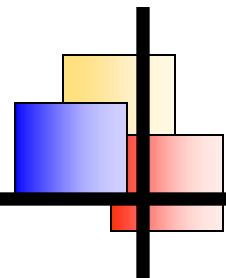
# **FUNCION JURISDICCIONAL DE LA SNS. (Art. 41, Ley 1122 de 2007)**

- a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su **negativa** por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, **ponga en riesgo o amenace la salud del usuario;**
- b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado **por concepto de atención de urgencias** en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS **cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica** y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios;



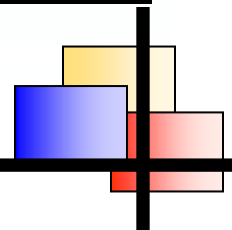
## **FUNCION JURISDICCIONAL DE LA SNS. (Art. 41, Ley 1122 de 2007)**

- c) **Conflictos que se susciten en materia de multifiliación** dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- d) **Conflictos relacionados con la libre elección** que se susciten **entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud** y **conflictos relacionados con la movilidad** dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



## **FUNCION JURISDICCIONAL DE LA SNS. (Art. 41, Ley 1122 de 2007; art. 126, Ley 1438 de 2011)**

- e) **Sobre las prestaciones excluidas del Plan de Beneficios que no sean pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo;**
- f) **Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud;**
- g) **Conocer y decidir sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador.**

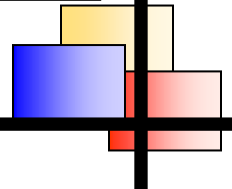




**FUNCION JURISDICCIONAL DE LA SNS. (Par. 1º, inc. 1º, par. 2º, art. 41, Ley 1122 de 2007; art. 126, Ley 1438 de 2011)**

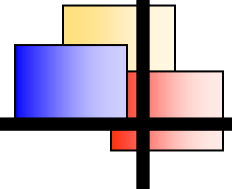
La Superintendencia Nacional de Salud sólo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento preferente y sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción.



## **FUNCION JURISDICCIONAL DE LA SNS. (Inc. 2º, par. 2º, art. 41, Ley 1122 de 2007; art. 126, Ley 1438 de 2011)**

La solicitud dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud, debe expresar con la mayor claridad, la causal que la motiva, el derecho que se considere violado, las circunstancias de tiempo, modo y lugar, así como el nombre y residencia del solicitante. La acción podrá ser ejercida, sin ninguna formalidad o autenticación, por memorial, telegrama u otro medio de comunicación que se manifieste por escrito, para lo cual se gozará de franquicia. No será necesario actuar por medio de apoderado. Dentro de los diez días siguientes a la solicitud se dictará fallo, el cual se notificará por telegrama o por otro medio expedito que asegure su cumplimiento. Dentro de los tres días siguientes a la notificación, el fallo podrá ser impugnado. En el trámite del procedimiento jurisdiccional prevalecerá la informalidad.

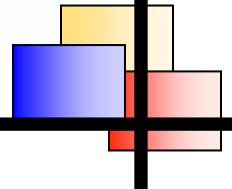


# **FUNCION JURISDICCIONAL DE LA SNS. (Inc. 2º, par. 2º, art. 41, Ley 1122 de 2007; art. 126, Ley 1438 de 2011)**

*La Superintendencia Nacional de Salud, deberá:*

1. **Ordenar, dentro del proceso judicial, las medidas provisionales para la protección del usuario del Sistema.**
2. **Definir en forma provisional la Entidad a la cual se entiende que continúa afiliado o atendido el demandante mientras se resuelve el conflicto que se suscite en materia de afiliación múltiple y movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

**Para tal efecto, el funcionario competente en ejercicio de las funciones jurisdiccionales consultará, antes de emitir su fallo definitivo o la medida cautelar, la doctrina médica, las guías, los protocolos o las recomendaciones del Comité Técnico-Científico, según sea el caso**



---

***FACTORING COMO OPCION EN LA COMPRA DE  
FACTURAS DE LOS PSS A LOS PAGADORES DE  
SERVICIOS DE SALUD.***

***LEY 1231 DE 2008 O LEY DEL FACTORING***

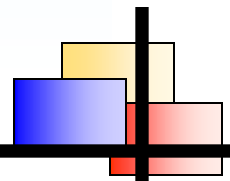
---



# **FACTORING EN EL AREA DE LA SALUD**

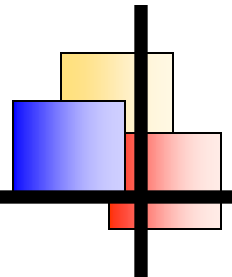


En el área de la salud es innegable el gran desarrollo tecnológico que se ha dado, como es de esperarse, en el ámbito administrativo y financiero, ha logrado entrar en la economía global, agregándole un interesante matiz de simultaneidad, eliminando barreras geográficas y físicas, poniendo en el mismo plano y con las mismas posibilidades para todo tipo de empresa, relacionado con el tamaño de la misma. **Estos avances en la globalización económica han propiciado el ambiente para una valiosa herramienta surja, el factoring, dando mayor dinamismo y transparencia al proceso de negociación de las facturas.**



# El Factoring.

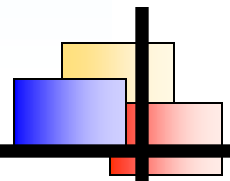
El factoring se considera como una alternativa de financiación, ya que a través de la venta de facturas a un tercero, llamado factor, la empresa puede obtener liquidez, teniendo como costo, el descuento financiero que pueda otorgar al factor.



# **TECNICA FINANCIERA DEL FACTORING.**



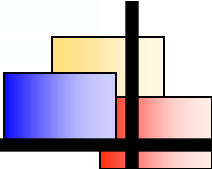
Esta técnica financiera se ha desarrollado principalmente en Estados Unidos de Norte America, pero desde hace varios años se ha extendido lentamente hacia otros países, generando expectativas prometedoras; así pues ha llegado a nuestro país y es usado en los sectores de papeles, cueros, maderas, aluminio, llantas, textiles, confecciones, químicos y en la construcción.



# **FACTORING COMO OPERACION COMERCIAL EN EL SECTOR SALUD.**



Hoy en día se observa que sigue creciendo como operación comercial. Aquí vemos claramente, la importancia del ingreso del factoring en el sector salud, pues facilitaría el crecimiento empresarial del sector, permitiendo la entrada comercial para competir en mercados internacionales; sin embargo es necesario definir las empresas que están interesadas en introducir el factoring en su gestión, generalmente son sociedades cuya gestión representa una carga alta o genera improductividad por la falta de recursos, para entidades con estas características, va dirigido el factoring, es decir, constituye un método de racionalización y simplificación de procesos.

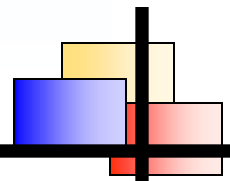




# **FACTORING NOVEDOSA Y UTIL OPERACION.**

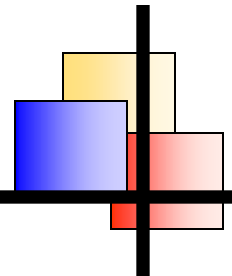


La figura del factoring se acomoda a las necesidades del cliente o del sector para este caso garantizando flujo de caja, liberación de capital de trabajo y aumentando la posibilidad de atención oportuna a pacientes, lo que varia facilitando el aumento de ingresos, siendo así el factoring es una formula comercial y financiera para anticipar el cobro de los servicios; se impone en el sector como una novedosa y muy útil operación.



# La Ley del Factoring en el sector de la Salud.

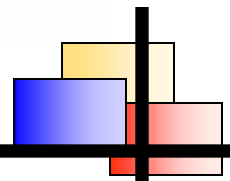
Todos sabemos que hoy por hoy en el sector salud hay mucha plata pero además de que los intermediarios se quedan con buena parte de ella la que llega a los prestadores llega muy tarde. La 1231 o ley del "factoring" facilita la venta de facturas



# **TRAMITE DE LAS CUENTAS EN SALUD.**



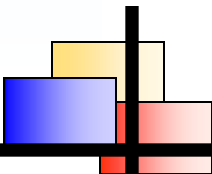
El estudio de Gilberto Barón sobre cuentas de salud dice que antes de la ley 100 de cada peso que entraba al sector al prestador llegaban 85 centavos y hoy solo llegan 65 y hay que agregar: hoy llega menos plata pero ¿Cuándo tarda? Todo profesional o IPS sabe que si hoy presta un servicio de salud, en los siguientes 8 o 15 días hace la factura, a veces solo la puede radicar ante el pagador el mes siguiente y este se toma 30 días para estudiarla y luego le dice: le pago una parte ahora y el resto a 30, 60 o 90 días, eso sin contar que el trámite de las glosas puede durar otro tanto. Todo lo anterior suponiendo que el pagador no tiene problemas de solvencia y liquidez ante lo cual hay que recurrir al cobro jurídico.



# **ENTIDADES SUPUESTAMENTE FINANCIERAS EN EL SECTOR SALUD.**



De todas maneras el ingenioso sistema de seguridad social en salud que tenemos crea unas entidades supuestamente financieras y que deberían correr con el riesgo financiero pero las ERP en los hechos están subsidiadas o financiadas por los prestadores porque estos corren inicialmente con los costos de los servicios pero solo recuperan su valor tres meses más tarde como mínimo y sin cobrar intereses.

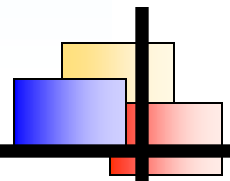


# **MORATORIA EN LOS PAGOS EN EL SECTOR SALUD.**



**Todos los intermediarios llámense EPS, Fosyga o Secretarías de Salud les interesa retener y demorar los recursos porque mientras tanto pueden ponerlos a “rendir” y así obtener unos ingresos complementarios.**

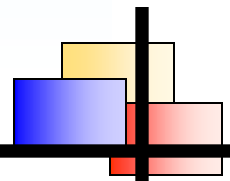
*Esta injusta situación pretendió ser modificada por el Decreto Ley 1281 de 2002 y la Ley 1122 de 2007 en las cuales se estableció que todos los actores que incurrieran en mora en el pago oportuno de los recursos de salud deberían pagar también intereses de mora. **No obstante la pregunta es ¿a cuántos prestadores les han pagado intereses de mora por el retraso en los pagos? O bien ¿Qué prestador se atreve a exigir intereses de mora ante el todo poderoso pagador?***



# ***LEY 1231 DE 2008 SUSTITUYE LAS REGLAS DE PAGO DE LA LEY 1122 DE 2007.***



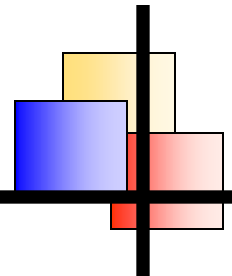
***La expedición de la ley 1231 que convierte las facturas en títulos valor y facilita las operaciones de “factoring” o venta de facturas, además sustituye las reglas de pago de la ley 1122 de salud y crea un contexto legal favorable para la realización de las operaciones financieras con base en la compra de facturas o crédito sobre facturas en el sector salud. El sistema de “factoring” puede ser una opción de agilización del flujo de recursos entre actores.***



# ***La liquidez del Factoring en el sector salud.***

---

**La liquidez disponible por este método le puede permitir a los actores y especialmente a las clínicas y hospitales pagar en forma oportuna y con descuento a los proveedores, recuperando por este medio cualquier costo del factoring.**



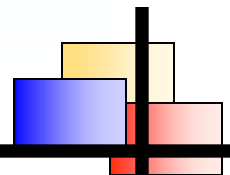
# ***EL FACTOR EN EL FACTORING.***



Es una forma como los prestadores y proveedores se pueden quitar de encima el costo de cobro de cartera y el desgaste administrativo que esto genera.

Adicionalmente se le entrega al “factor” (así llamado el comprador de la cartera) el cobro de intereses de mora y posiblemente los costos de los cobros jurídicos.

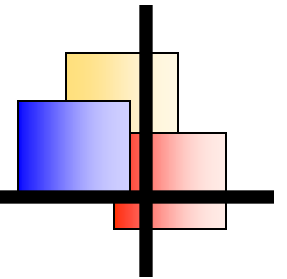
Es claro que si el “factor” es un banco la discusión con las EPS, Fosyga y Secretarías de Salud es entre “tiburones” no entre tiburón y pececitos como es ahora la relación entre aseguradores e IPS o IPS y profesionales.





---

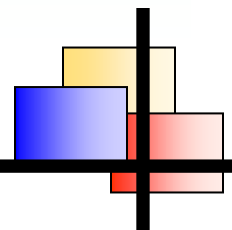
***MECANISMO ALTERNATIVO DE RESOLUCIÓN DE  
CONFLICTOS, ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO  
DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD***



# **Mecanismo Alternativo de resolución de conflictos administrativo y sancionatorio de IVC de la SNS.**

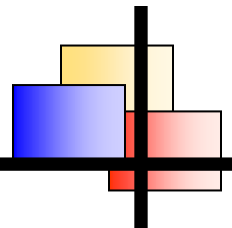
No obstante, los anteriores mecanismo de resolución de conflictos, es necesario tener en cuenta que el incumplimiento injustificado en los pagos por parte de las EPS, sean estas del régimen contributivo como del régimen subsidiado, será causal de la aplicación de multas entre 100 y 2.500 salarios mínimos legales mensuales vigentes, y en caso de que el comportamiento de la estas sea reiterativo, podrá dar lugar a la pérdida de su acreditación tal como lo establece el artículo 133 de la Ley 1438 de 2011.

“ARTÍCULO 133°. MULTAS POR NO PAGO DE LAS ACREENCIA POR PARTE DEL FOSYGA O LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas entre cien y dos mil quinientos 100 y 2.500 salarios mínimos mensuales vigentes cuando el FOSYGA, injustificadamente, no gire oportunamente de acuerdo con los tiempos definidos en la ley, fas obligaciones causadas por prestaciones o medicamentos o cuando fa Entidad Promotora de Salud no gire oportunamente a una Institución Prestadora de Salud las obligaciones causadas por actividades o medicamentos. En caso de que el comportamiento de las Entidades Promotoras de Salud sea reiterativo será causal de pérdida de su acreditación.”



# **Mecanismo Alternativo de resolución de conflictos administrativo y sancionatorio de IVC de la SNS.**

Así mismo, el no reconocimiento y pago de las EPS y EPSS, teniendo el deber legal de hacerlo, puede ser considerado como una conducta que vulnera el SGSSS y el derecho a la salud, conforme lo contemplado en los numerales 130.3, 130.4 y 130.7 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011



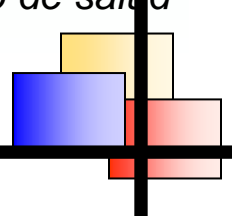
# **Mecanismo Alternativo de resolución de conflictos administrativo y sancionatorio de IVC de la SNS.**

“ARTÍCULO 130. CONDUCTAS QUE VULNERAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud, impondrá multas en las cuantías señaladas en la presente ley o revocará la licencia de funcionamiento, si a ello hubiere lugar, a las personas naturales y jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de su vigilancia, así como a título personal a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quien haga sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado de las entidades vigiladas por dicha Superintendencia, cuando violen las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras, por incurrir en las siguientes conductas:”

130.3 Impedir u obstaculizar la atención inicial de urgencias.

130.4 Poner en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional.

130.7 Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.



# **Mecanismo Alternativo de resolución de conflictos administrativo y sancionatorio de IVC de la SNS.**

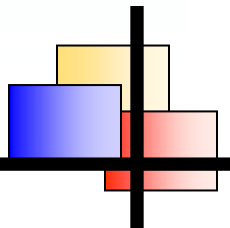
Lo que acarreará:

## **I. Multas en las cuantías señaladas en el artículo 131 de esta Ley, esto es:**

“ARTÍCULO 131. VALOR DE LAS MULTAS POR CONDUCTAS QUE VULNERAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD.

**Las multas a las personas jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud se impondrán hasta por una suma equivalente a dos mil quinientos (2.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.**

**Las multas se aplicarán sin perjuicio de la facultad de revocatoria de la licencia de funcionamiento cuando a ello hubiere lugar.”**

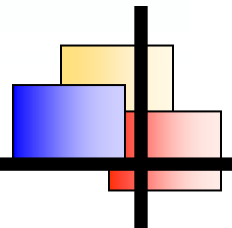


# **Mecanismo Alternativo de resolución de conflictos administrativo y sancionatorio de IVC de la SNS.**

---

*II. O la posible revocatoria de la licencia de operación o de la habilitación de estas, si a ello hubiere lugar, conforme a lo descrito por el artículo 130 de la Ley en comento.*

*Por lo que, cualquier incumplimiento a las obligaciones causadas en la prestación de los servicios de salud, para estos eventos, deberá ser puesta en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, para que se adelanten las investigaciones pertinentes y se apliquen las sanciones a que haya lugar, aquí establecidas.*



---

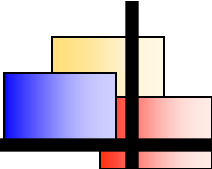
# ***GIRO DIRECTO DE RECURSOS.***



***Giro Directo de los Recursos de Salud (art. 13º,  
Pará 1º, Ley 1122 de 2007, Decreto 3260 de 2004,  
Resolución 3104 de 2007  
del MPS)***



***El Gobierno Nacional tomará todas las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del Sistema, utilizando de ser necesario, el giro directo y la sanción a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos.***

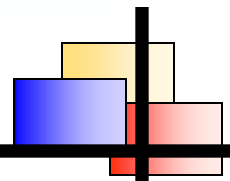




**Giro Directo de los Recursos de Salud (Art. 13º, Parágrafo 2º, Ley 1122 de 2007, Decreto 3260 de 2004, Resolución 3104 de 2007 del MPS)**

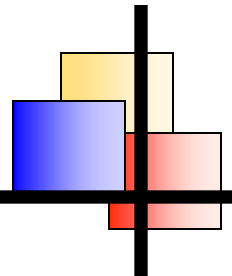


Los giros correspondientes al Sistema General de Participaciones para Salud, destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, **se podrán efectuar directamente a los actores del Sistema, en aquellos casos en que alguno de los actores no giren oportunamente.** Este giro se realizará en la forma y oportunidad que señale el reglamento que para el efecto expida el Gobierno Nacional.



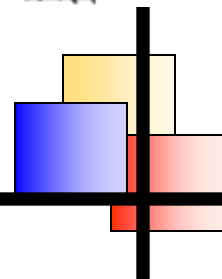
# ***Giro Directo de los Recursos en el Régimen Contributivo. (Art. 13º, Pará 2º, Ley 1122 de 2007, Decreto 3260 de 2004, Resolución 3104 de 2007 )***

**Los mecanismos de sanción y giro oportuno de recursos también se deben aplicar a las EPS que manejan el régimen contributivo.**



## ***Giro Excepcional de UPCS y Giro Directo de los Recursos en el Régimen Subsidiado. (Art. 6º, 7º y 8º, Decreto 3260 de 2004)***

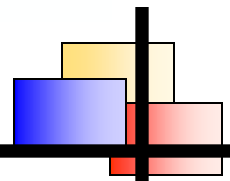
**La adopción de las medidas de giro excepcional de la UPC-S y de giro directo a las IPS procederá únicamente cuando la EPSS no realice el pago de las cuentas debidamente aceptadas por concepto de prestación de servicios de salud a cualquier PSS que hace parte de su red de prestación de servicios, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en la cual debe efectuarse el pago.**



## **Giro Directo de los Recursos de Salud (Art. 29 Ley 1438 de 2011)**



El artículo 29 de la **Ley 1438 de 2011**, a través de su inciso 2º establece que, el Ministerio de Salud y Protección Social girará directamente a nombre de las entidades territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las EPS y podrá hacer pagos directos a los Prestadores de Servicios de Salud, con fundamento en el instrumento jurídico que para el efecto defina el Gobierno Nacional

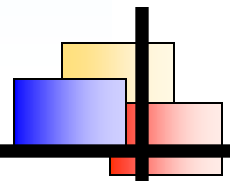


# ***Giro Directo de los Recursos de Salud (Dto. 971 de 2011)***



En cumplimiento de lo anterior y en concordancia con lo señalado en el artículo 1º, el **Decreto 971 de 2011 define el instrumento jurídico y técnico a través del cual el Ministerio de Salud y de Protección Social podrá efectuar el giro directo a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado.**

El artículo 6º de la norma en comento, **establece como requisito previo para el giro de recursos por parte del Ministerio de Salud y de Protección Social a nombre de la Entidad Territorial, la obligación por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de reportar la información de los recursos contratados por capitación para el giro de los mismos.**

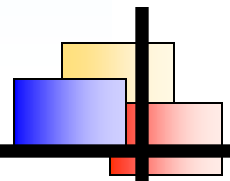


# ***Giro Directo de los Recursos de Salud (Dto. 971 de 2011)***



En cumplimiento de lo anterior y en concordancia con lo señalado en el artículo 1º, el **Decreto 971 de 2011 define el instrumento jurídico y técnico a través del cual el Ministerio de Salud y de Protección Social podrá efectuar el giro directo a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado.**

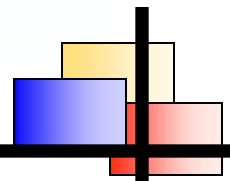
El artículo 6º de la norma en comento, **establece como requisito previo para el giro de recursos por parte del Ministerio de Salud y de Protección Social a nombre de la Entidad Territorial, la obligación por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de reportar la información de los recursos contratados por capitación para el giro de los mismos.**



## **Giro Directo de los Recursos de Salud (Dto. 971 de 2011)**



Por su parte, el artículo 12 del Decreto 971 de 2011, establece el **giro directo de recursos para los Prestadores de Servicios de Salud (PSS)**, dentro del marco del plan piloto definido por el Ministerio de Salud y la Protección social, en virtud del cual las Entidades Promotoras de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, reportarán en la fecha establecida, la **certificación del monto a girar al prestador de servicios de salud debidamente habilitado**, y en cumplimiento de las reglas y los requisitos establecidos por la **Resolución 2320 de 2011 para el giro directo de recursos a los Prestadores de Servicios de Salud**.

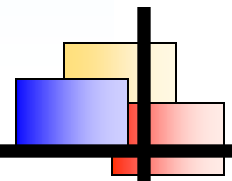




## **Giro Directo de los Recursos de Salud (Dto. 971 de 2011)**



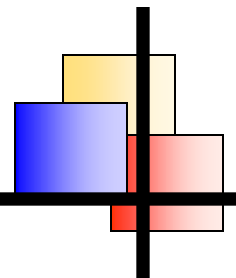
Por su parte, el artículo 12 del Decreto 971 de 2011, establece el **giro directo de recursos para los Prestadores de Servicios de Salud (PSS)**, dentro del marco del plan piloto definido por el Ministerio de Salud y la Protección social, en virtud del cual las Entidades Promotoras de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, reportarán en la fecha establecida, la **certificación del monto a girar al prestador de servicios de salud debidamente habilitado**, y en cumplimiento de las reglas y los requisitos establecidos por la **Resolución 2320 de 2011 para el giro directo de recursos a los Prestadores de Servicios de Salud**.



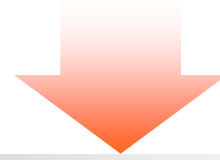


## ***Giro Directo de los Recursos en el Régimen Subsidiado. (Resolución 2320 de 2011)***

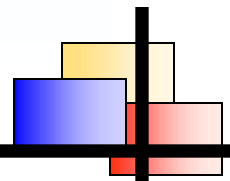
***La Resolución 2320 de 2011. en su artículo 2°, establece los Requisitos para el registro de las cuentas de los Prestadores de Servicios de Salud.***



## ***Giro Directo de los Recursos de Salud (Resolución 2320 de 2011)***



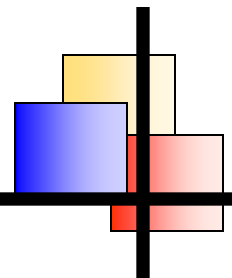
Conforme a lo dispuesto en el artículo 6o de la Resolución 2320 de 2011, las Entidades Promotoras de Salud deben reportar al Ministerio de la Protección Social hoy de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) primeros días hábiles de cada mes, a través de la plataforma electrónica dispuesta para tal fin y conforme con la estructura definida en el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 2320 de 2011, el monto a girar a cada prestador en el respectivo mes.



## ***Giro Directo de los Recursos en el Régimen Subsidiado. (Resoluciones 2320 y 2977 de 2011)***

---

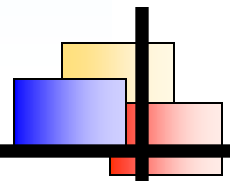
*Es por esto qué para minimizar errores de estructura en los datos contenidos en los archivos remitidos por las Entidades Promotoras de Salud, es fundamental realizar validaciones de los mismos y por tanto se hizo necesario modificar el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 2320 de 2011, mediante la Resolución 2977 de 2011.*



## **Giro Directo de los Recursos de Salud (Resolución 2320, y 4182 de 2011)**

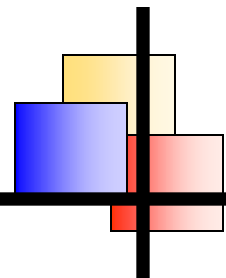


Efectuado el registro de las cuentas ante el Ministerio de Salud y Protección Social, previo cumplimiento de los requisitos ya mencionados, y en los plazos establecidos, éste procederá a **publicar el listado de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de las cuales se haya registrado la cuenta en legal forma**, y que en consecuencia quedan habilitadas para el giro directo de los recursos del régimen subsidiado, de conformidad con lo establecido por el artículo 4º de la Resolución 2320 de 2011, modificado por **el artículo 1º de la Resolución 4182** del mismo año. Publicado el listado de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, las **Entidades Promotoras de Salud reportarán a el Ministerio de Salud y de Protección Social a través de los mecanismos diseñados para tal fin y en cumplimiento de lo señalado en el anexo técnico 2 de la Resolución en comento, el monto a girar a cada prestador** de conformidad con lo dispuesto en el artículo 6º de la Resolución 4182 de 2011.



## ***Giro Directo de los Recursos en el Régimen Subsidiado. (Resolución 4182 de 2011)***

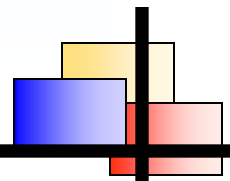
*El Ministerio de Salud y de Protección Social, procederá al Giro directo de Recursos a los Prestadores de Servicios de Salud de conformidad con las reglas señaladas para el efecto, por el artículo 3º de la Resolución 4182 de 2011.*



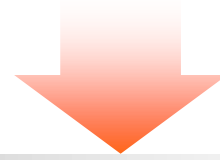
## **Giro Directo Sancionatorio de los Recursos de Salud (Art. 15, Decreto 971 de 2011)**



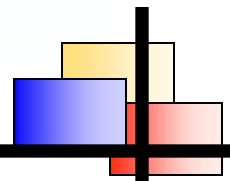
Si bien, conforme lo anterior citado, el giro directo constituye **un mecanismo de recaudo y flujo de recursos para los diferentes actores del sistema**, los cuales podrá girar de manera directa el Ministerio de Salud y Protección Social a las Entidades Promotoras de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud, específicamente, el **artículo 15º de la Resolución 971 de 2011**, determina el giro directo a las **Prestadores de Servicios de Salud** que deberá efectuar El Ministerio de Salud y Protección Social, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, como consecuencia del **incumplimiento de las obligaciones contraídas por la EPS con la red de prestadores**, cuando en virtud del mismo se ponga en **grave riesgo el acceso a los servicios de salud de los afiliados**.



## *Giro Directo Sancionatorio de los Recursos de Régimen Subsidiado.*



*La pregunta sería, bajo qué mecanismos y cómo el municipio haría el giro directo? En este caso el Ministerio de Salud y Protección Social y en defecto de la reglamentación en este punto, podría dar aplicación a los artículos 6, 7 y 8 del Decreto 3260 de 1994, procedimiento que sólo se podría realizar cuando la EPSS no realice el pago de las CUENTAS DEBIDAMENTE ACPETADAS por concepto de prestación de servicios de salud dentro de los 10 días siguientes a la fecha en la cual debe efectuarse el pago.*

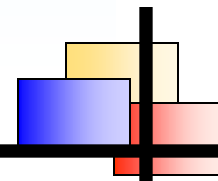




## *Giro Directo de los Recursos de Salud - Giro Voluntario.*



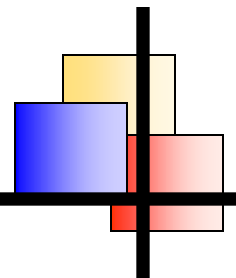
*Es importante aclarar que el giro directo de que trata el inciso segundo del artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, los Decretos 971 y 3830 de 2011 y las Resoluciones 2320, 2977 y 4182 de 2011, está reglamentada como voluntaria por parte de las EPS S, y no como obligatoria ya que este debe ir acorde a lo dispuesto para el pago de la prestación de los servicios de salud por el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el Decreto 4747 de 2007, las Resoluciones del Ministerio de Salud y de Protección Social 3047 de 2008, 416 de 2009 y 3253 de 2009 que continúan vigentes, esto, en la medida que no exista disposición que establezca lo contrario, esto es, que lo deben hacer y que si no lo hacen habrá sanción, por ello.*





## ***Giro Directo Sancionatorio de los Recursos en el Régimen Subsidiado.***

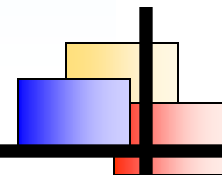
*Así mismo, es definido el giro directo en modalidad de sanción a quien no paga lo que debe pagar, giro directo que autoriza la Superintendencia Nacional de Salud al Ministerio de Salud y Protección Social una vez se verifique por la Superintendencia Nacional de Salud que el incumplimiento en los pagos pone en grave riesgo el acceso a los servicios de salud a los afiliados.*



## ***Giro Directo Sancionatorio de los Recursos de Salud.***



*Es importante anotar que esta última modalidad de giro directo sancionatorio, no se encuentra reglada y ante la ausencia de este reglamento por interpretación analógica podrá darse aplicación a lo establecido para este evento en el Decreto 3260 de 1994, aclarando esto sí, que dicho giro directo sancionatorio, tan solo podría operar cuando la EPS no realice el pago de CUENTAS DEBIDAMENTE ACEPTADAS, ya que mal haría la Superintendencia Nacional de Salud autorizar el giro, y el propio Ministerio de Salud y Protección Social de pagar cuentas no aceptadas, teniendo en cuenta que las cuentas de cobro o facturas están sometidas a unas reglas, claras, precisas y específicas para su reconocimiento y pago establecido en el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el Decreto 4747 de 2007, las Resoluciones del Ministerio de Salud y de Protección Social 3047 de 2008, 416 de 2009 y 3253 de 2009 y los respectivos contratos de prestación de servicios de salud celebrados, que no se pueden dejar de observar u obviar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, y que se entienden, son ley para las partes, so pena de no incurrir en prevaricato u otro tipo de actuaciones administrativas no debidas en el sector.*

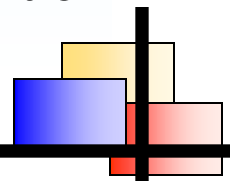


# **Giro Directo de los Recursos en el Régimen Contributivo, en EPS en medida de Vigilancia Especial, Intervención o Liquidación.**



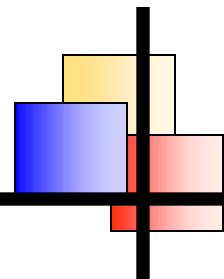
A través de la Ley 1608 de 2013 se adoptaron medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud.

El inciso primero del artículo 10 de la precitada ley dispone que las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren en medida de vigilancia 'especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia competente, girarán como mínimo el 80% de las Unidades de Pago por Capitación reconocidas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, directamente desde el Fosyga o desde el mecanismo de recaudo y giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011.



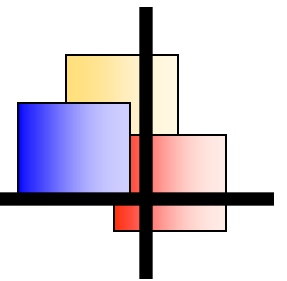
## ***Giro Directo de los Recursos en el Régimen Contributivo, en EPS en medida de Vigilancia Especial, Intervención o Liquidación.***

*El gobierno estableció el Decreto 2462 de 2013, cuyo objeto, según su artículo 1º, es definir el procedimiento para el giro directo a los Prestadores de Servicios de Salud, en nombre de las Entidades Promotoras de Salud -EPS del Régimen Contributivo, de los valores que se les reconoce a través del FOSYGA, por concepto de Unidad de Pago por Capitación -UPC, en el caso en que la EPS se encuentre en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación.*



---

# ***CUENTAS DEBIDAMENTE ACEPTADAS.***



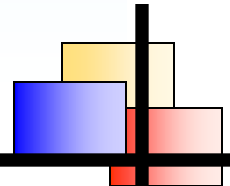
# *Aceptación de la Factura .*

*Se entenderá que una cuenta está debidamente aceptada:*

*1. Cuando la EPS ha reconocido expresamente a factura o cuenta de cobro correspondiente.*

*2. Cuando de conformidad con las disposiciones legales o reglamentarias, o los contratos deban efectuarse anticipos sobre las cuentas de cobro o facturas radicadas por los prestadores de servicios de salud.*

*3. Cuando se hayan vencido los plazos contractuales o legales para glosar la cuenta sin que la EPS S lo haya hecho.*



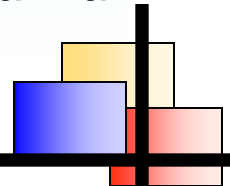
# *Aceptación de la Factura .*

*Se entenderá que una cuenta está debidamente aceptada:*

*4. Cuando se formulan glosas parciales por parte de la EPS S, en cuyo caso se entiende aceptada la parte no glosada de la respectiva cuenta.*

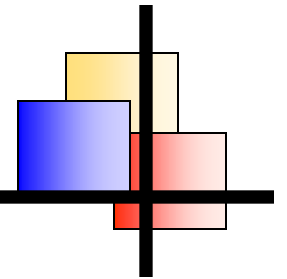
*5. Cuando se hayan resuelto las glosas y resulte un pago a favor del prestador de servicios de salud.*

*6. Cuando se incumplan las conciliaciones por parte de las EPS de que tratan los artículos 38 de la Ley 1122 de 2007 y 135 de la Ley 1438 de 2011 que otorgaron facultades conciliatorias a la Superintendencia Nacional de Salud,*



---

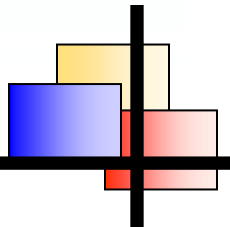
***PROCESO EJECUTIVO EN LA  
PRESTACION DE SERVICIOS DE  
SALUD.***





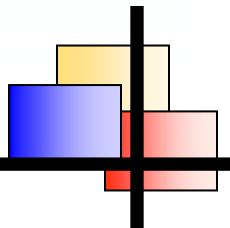
# **Título Ejecutivo Complejo en servicios contratados.**

Quando se presenta como título de recaudo el contrato de prestación de servicios de salud, el título ejecutivo es complejo en la medida en que **está conformado** no solo por el contrato, en el cual consta el compromiso de pago, sino por otros documentos, normalmente **facturas y aceptación de las mismas**, elaboradas por el contratista, en las cuales conste el cumplimiento de la obligación a cargo de este último y de los que se pueda deducir de manera clara y expresa el contenido de la obligación y la exigibilidad de la misma a favor de una parte y en contra de la otra.



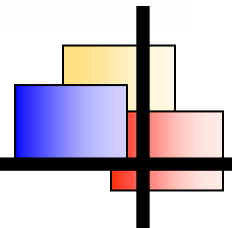
# **Título Ejecutivo Complejo en servicios contratados.**

Quando se presenta como título de recaudo la factura de prestación de servicios de salud, el título ejecutivo es complejo en la medida en que **está conformado** no solo por la factura, en la cual consta el servicio prestado, sino por otros documentos, normalmente contratos de prestación de servicios de salud elaborados por el contratante y el contratista, y la aceptación de las facturas generada por el contratante, en los cuales conste el compromiso de pago, el compromiso de los servicios, el cumplimiento de la obligación a cargo de las partes, y de los que se pueda deducir de manera clara y expresa el contenido de la obligación y la exigibilidad de la misma a favor de una parte y en contra de la otra.



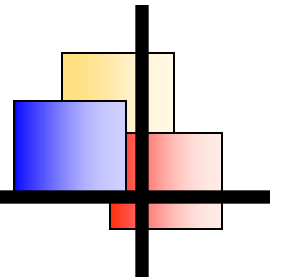
# ***Título Ejecutivo Complejo en urgencias no contratadas.***

*Cuando se presenta como título de recaudo la factura de prestación de servicios de salud, el título ejecutivo es complejo en la medida en que está conformado no solo por la factura, en la cual consta el servicio prestado, sino por otros documentos, normalmente la aceptación de las facturas generada por el contratante, en los cuales conste el compromiso de pago, el compromiso de los servicios, el cumplimiento de la obligación a cargo de las partes, y de los que se pueda deducir de manera clara y expresa el contenido de la obligación y la exigibilidad de la misma a favor de una parte y en contra de la otra.*



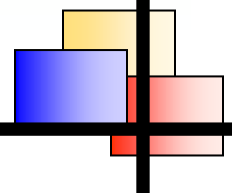
---

***INSTRUMENTOS JURÍDICOS, POR MEDIO DE  
LOS CUALES LOS ACTORES PUEDEN  
PROCURAR LA CONSECUCCIÓN Y  
RECUPERACIÓN DE LOS RECURSOS  
ADEUDADOS.***



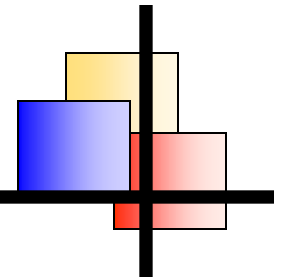
# **Instrumentos Jurídicos para la Consecución de Recursos.**

*Como se observa en virtud de todo lo expuesto, el Sistema de Salud Colombiano, ha contemplado instrumentos administrativos y judiciales, por medio de los cuales los actores pueden procurar la consecución y recuperación de los recursos adeudados, a través de acuerdo conciliatorio o a través de la vía jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud, o bien a través del factoring de la factura de servicios de salud o de la solicitud del Giro Directo de los mismos. Mecanismos, cuyo ejercicio le corresponde ejercer de manera directa a las Entidades Pagadoras de los Servicios de Salud en lo que respecta a la conciliación la vía jurisdiccional y el giro directo de recursos, y a los Prestadores de Servicios de Salud en lo que respecta a la conciliación, la vía jurisdiccional, del factoring de la factura de servicios de salud, del giro directo de recursos, y del cobro judicial a través del proceso ejecutivo, para su sostenibilidad financiera, cuando producto de la misma se pueda poner en grave riesgo la prestación de los servicios de salud de los usuarios afiliados.*



---

***ACUERDOS DE VOLUNTADES DE PRESTACION  
DE SERVICIOS PARA LA ATENCION DE LA  
POBLACION POBRE NO ASEGURADA.***

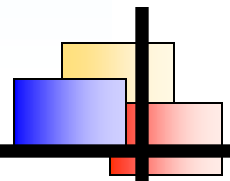


**PAGO A LOS PSS POR LA ATENCION DE LA POBLACION POBRE  
NO ASEGURADA (ART. 16°,  
DECRETO LEY 1281 DE 2002, LITERAL B,  
ART. 3° DECRETO 4747 DE 2007.)**




No olvidar que las entidades territoriales son una clase de ERP, y como tal deberán ajustarse a lo establecido por el reglamento en materia de contratación de servicios de salud.

Las entidades territoriales garantizarán el flujo mensual de caja de los recursos destinados a financiar la prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada. Las reglas para el pago a los PSS con las que exista convenio y/o contrato serán las establecidas por el Decreto 4747 de 2007 para los pagos a los Prestadores de Salud, es decir se pueden aplicar los distintos mecanismos de pago aquí definidos.

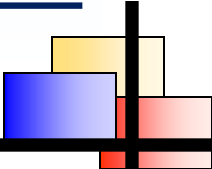




**PAGO A LOS PSS POR LA ATENCIÓN DE LA POBLACION POBRE NO  
ASEGURADA (INC. 1o, ART. 156  
LEY 1450 DE 2011; NL. 5º, ART. 2º,  
DECRETO 3003 DE 2005)**



**El pago que las entidades territoriales competentes realicen a los Prestadores de Servicios de Salud públicos o privados, por la prestación del servicio de salud a la población pobre no afiliada y a aquellos afiliados en lo no cubierto con subsidios a la demanda, deberá soportarse en la compra de servicios de salud mediante modalidades de pago que sean consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados, en los términos convenidos en los respectivos contratos.**

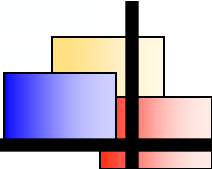




**TRANSFERENCIA DE RECURSOS (INC. 2º, ART. 156 LEY 1450 DE 2011; NL. 5º, ART. 2º, DECRETO 3003 DE 2005)**



**La transferencia de recursos no constituye modalidad de pago. Solo podrán transferirse recursos cuando procuren garantizar los servicios básicos por entidades públicas donde las condiciones del mercado sean monopólicas y las entidades prestadoras no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, conforme las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.**

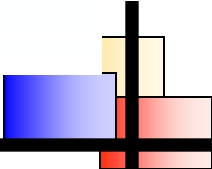


# **DE LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES PUBLICAS (ART. 26º, PARA. 1º, LEY 1122 DE 2007)**



Quando por las condiciones del mercado de su área de influencia, las ESE PSS no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferir a estas recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, en las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.

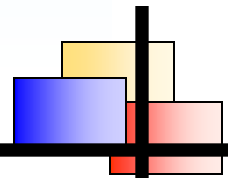
Reglamento que aún no se ha establecido, por lo que a la fecha no pueden existir transferencias directas a las ESE IPS PSS.



**PAGO A LAS ESE PSS POR LA ATENCION DE LA POBLACION POBRE NO ASEGURADA (NL. 5º, ART. 2º, DECRETO 3003 DE 2005)**

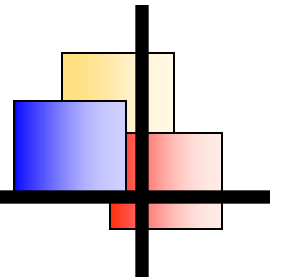


Al no existir reglamento alguno que permita las transferencias directas a las ESE PSS, los pagos a estas, deberán soportarse en la compra de servicios de salud mediante modalidades de pago, que sean consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados, en los términos convenidos en los respectivos contratos, aplicando los distintos mecanismos de pago aquí definidos. No obstante, podrá utilizarse también, la figura de Convenios de desempeño para el reconocimiento de recursos, bajo los parámetros que establezcan las normas del caso.



---

***CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DEL  
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC.***

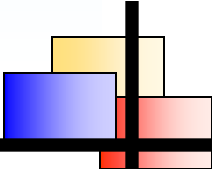


# **PAGO DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENIONES COLECTIVAS PIC.**



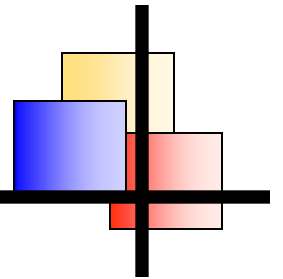
No olvidar que las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas, corresponden a acciones administrativas, de vigilancia y control, más no a acciones de prestación de servicios de salud, como tal, no deberán ajustarse a lo establecido por el reglamento en materia de contratación de servicios de salud.

Las entidades territoriales garantizarán el flujo mensual de caja de los recursos destinados a financiar las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas. **Las reglas para el pago a los PSS de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas serán las establecidas en los respectivos contratos.**



---

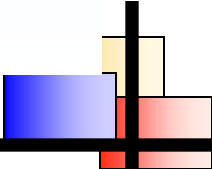
***PAGO A LAS ESE POR LA ATENCIÓN DE LA  
POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA Y POR LAS  
ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES  
COLECTIVAS PIC.***



**PAGO A LAS ESE PSS POR LA ATENCIÓN DE LA POBLACION POBRE NO ASEGURADA, Y DE LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA.**



*El pago, podrá realizarse:*

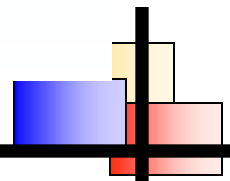
- + En dinero.*
  - + En especie, con la entrega de equipos biomédicos, de tecnología, de transporte de pacientes, de obras, bienes muebles o inmuebles entre otros que harán parte del valor del acuerdo o que consituirán el valor total del acuerdo de voluntades que suscriban con las ET y contra los cuales deberán soportar los servicios de salud contratados, entendiendo que estos se pagaran con los equipos, bienes u obras en comento y no con dinero en efectivo.*
- 

**ENTREGA DE EQUIPOS, BIENES TRANSPORTE, OBRAS  
ENTRE OTROS A LAS ESE PSS, PARA LA REALIZACION  
DE SUS LABORES.**



Los equipos biomédicos, de tecnología, de transporte de pacientes, de obras, bienes muebles o inmuebles entre otros podrán ser entregados a las ESE PSS:

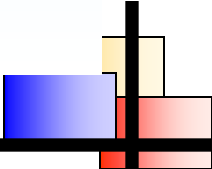
- ✚ *En especie, como parte del valor del contrato o como valor total del contrato que suscriban con las ET, contra los cuales las ESE deberán soportar los servicios contratados, entendiendo que estos se pagaran con los equipos, bienes u obras en comento y no con dinero en efectivo.*





**ENTREGA DE EQUIPOS, BIENES TRANSPORTE, OBRAS ENTRE OTROS A LAS ESE PSS, PARA LA REALIZACION DE SUS LABORES.**



- ✚ **En comodato de uso**, evento en el cual la ESE se obligará al mantenimiento y repuestos del bien, equipo, transporte, terreno en comento que se le entrega.
  - ✚ **En donación** que haga el ET, previa autorización del concejo municipal o de la asamblea departamental respectiva, para el evento.
- 

**PAGO A LAS ESE PSS POR LA ATENCION DE LA POBLACION POBRE NO ASEGURADA, Y DE LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA.**

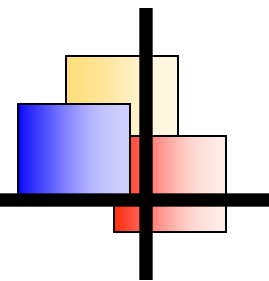


**Podrá utilizarse también, la figura de Convenios de desempeño para el reconocimiento de recursos, bajo los parámetros que establezcan las normas del caso.**



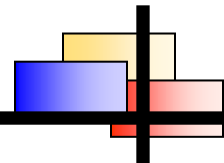
---

***LA LEY 1150 DE 2007 DECRETO 1510 DE 2013 Y LOS  
CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS A LA  
POBLACION POBRE NO ASEGURADA, Y DE LAS  
ACCIONES DE SALUD PUBLICA.***



## **Contratación para la prestación de servicios a la Población Pobre no asegurada, y las actividades del Plan Nacional de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.**

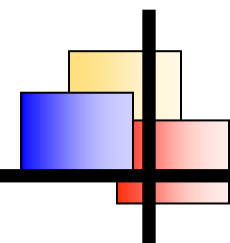
*La contratación que realice la Entidad Territorial, para contratar la prestación de los servicios de salud de la población pobre no asegurada, y las actividades del Plan Nacional de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, se desarrollará bajo los parámetros establecidos en la Ley 1150 de 2007 y decretos reglamentarios.*



# ***Reforma de la Ley 80 de 1993.***

*Con la nueva Ley, se elimina todo el numeral 1º, del artículo 24 de la Ley 80 de 1993 de contratación directa, la cual es sustituida por Contratación de Selección Abreviada. Las nuevas modalidades de contratación son:*

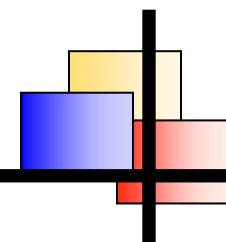
- Licitación Pública.*
- Selección Abreviada.*
- Contratación Directa diferente a la que existe.*
- Concurso de Méritos.*



# **Contratación de Prestación de Servicios de salud.**

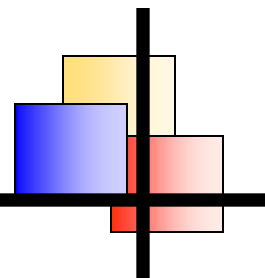
*Por contratación Directa (Literal c, numeral 4, artículo 2 Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 92 de la Ley 1474 de 2011; artículo 76 Decreto 1510 de 2013), cuando se trate de Convenios Interadministrativos, esto es contratación con PSS de carácter público, siempre que haya relación directa con el objeto de la entidad ejecutora.*

*Por Selección Abreviada de menor cuantía (Literal c, numeral 2, artículo 2 Ley 1150 de 2007; art. 59 y 60 Decreto 1510 de 2013) cuando se trate de contratación de PSS de carácter privado*



---

***GRACIAS.***





# WILLIAM JAVIER VEGA VARGAS

---

ABOGADO

ESPECIALISTA Y MASTER EN SEGURIDAD SOCIAL

Universidad Externado de Colombia,

OISS - Universidad de Alcalá España.

ASESOR EXPERTO EN EL SECTOR SALUD

Kra. 56A No.137B – 60. Torre 1. Apto. 508. Bogotá.

Celular: 3104760952 o 3125553307

E-mail: [wjvega@gmail.com](mailto:wjvega@gmail.com)