



Alternativas poco exploradas en la recuperación de la cartera

Julio Mario Orozco Africano

MD, MSc. Dirección y Gestión de Servicios de Salud

Especialista en Seguridad Social, Gerencia en Salud

Docente de Derecho Sanitario Facultad de Derecho Universidad de Cartagena



Juegan las negras y dan mate cuando les da la gana....

**¿DE QUÉ CARTERA
VAMOS A HABLAR?**

Resumen Cartera IPS en Colombia

TIPO DEUDOR	30	31-60	61-90	>91	TOTAL	% PART.
ESTADO	117.153	87.533	48.233	459.850	712.769	29%
EPS - RC	236.996	117.984	56.323	228.835	640.138	26%
EPS - RS	84.209	50.726	42.122	234.398	411.455	17%
OTROS	215.975	102.506	43.102	293.227	654.810	27%
TOTAL	654.333	358.749	189.780	1.216.310	2.419.172	100%

Datos en miles de millones

Fuente: Estudios de Cartera, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), **30junio2008** (reporte de 110 IPS y ESEs afiliadas)

Análisis Específico de la Cartera: Entes territoriales

TIPO DEUDOR	30	31-60	61-90	>91	TOTAL
ET	74918	51311	38984	342352	507565
% PART.	15%	10%	8%	67%	100%

- **Datos en miles de millones**
- **Fuente:** Estudios de Cartera, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), 30junio2008 (reporte de 110 IPS y ESEs afiliadas)
- **Consideraciones Especiales:**
 - Constitución 1991 (artículos 356 y 357)
 - Ley 715 de 2001 (artículo 67 “Atención de Urgencias”; artículo 96 “Sanciones”)
 - Sentencia T-760 de 2008 (CC) / NO POS
 - Resolución 05334 del 2008 / NO POS
- **Programa RMRP MPS**
 - **Caso:** Liquidación de ESE’s Atlántico, Magdalena y Bolívar (alta complejidad)
 - Migración de pacientes a IPS privadas
 - Defensa de las IPS (Decreto 1281 de 2002)

Análisis Específico de la Cartera en Colombia: OPERADOR FIDUCIARIO DEL FOSYGA

TIPO DEUDOR	30	31-60	61-90	>91	TOTAL
FOSYGA	7594	3517	3808	79067	93986
% PART.	8%	4%	4%	84%	100%

- **Datos en miles de millones**
- **Fuente:** Estudios de Cartera, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), **30junio2008** (reporte de 110 IPS y ESEs afiliadas)



Cartera mayor a 60 días

Millones de \$ contantes 2007

Tipo deudor	2005	2006	2007 jun	2007	2008 jun	%
R. subsidiado	388.793	508.174	522.370	578.595	710.946	41%
R. contributivo	155.161	165.934	145.410	128.829	155.645	9%
Departamentos	248.447	275.600	332.413	293.617	423.922	25%
Municipios y Distritos	79.240	65.686	113.949	133.232	118.386	7%
SOAT-ECAT	95.413	96.858	103.393	97.845	108.402	6%
Otros deudores	246.991	317.606	208.609	252.583	205.932	12%
Total	1.214.045	1.429.858	1.426.145	1.484.702	1.723.233	100%



Arsenal normativo para el recaudo de cartera

- Ley 715 de 2001 (aplicable a Entidades Territoriales y demás pagadores públicos)
- Decreto 046 de 2000
- Decreto 1281 de 2002
- Decreto 050 de 2003 (aplicable a EPS del régimen subsidiado)
- Decreto 882 de 1998
- Decreto 3260 de 2004 (aplicable a EPS del régimen contributivo y también del régimen subsidiado)
- Ley 1122 de 2007 (aplicable a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud)
- Decreto 4747 de 2007 (aplicable a entidades territoriales, EPS del régimen contributivo y también del régimen subsidiado, Administradoras de riesgos profesionales e IPS)
- Resolución 3047 de 2008
- Ley 1231 de 2008

Ley 715 de 2001

ARTÍCULO 67. ATENCIÓN DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los tres (3) meses siguientes a la radicación de la factura de cobro.

DECRETO 882 DE 1998

Margen de solvencia

- Artículo 1. Margen de solvencia para asegurar la liquidez de las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado.
- Para efecto de lo dispuesto en este decreto, se entiende por margen de solvencia, la liquidez que debe tener una Entidad Promotora de Salud y/o Administradora del Régimen Subsidiado, cualquiera sea su forma legal, para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean estos proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios.
- Se entenderá por liquidez la capacidad de pago que tienen las Entidades Promotoras de Salud y/o las Administradoras del Régimen Subsidiado para cancelar, en un término no superior a 30 días calendario, a partir de la fecha establecida para el pago, las cuentas de los proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios.

DECRETO 882 DE 1998

Artículo 2. De las cuentas por pagar superiores a 30 días calendario.

Las Entidades Promotoras de Salud y/o Administradoras del Régimen Subsidiado con cuentas por pagar superiores a 30 días calendario, contados a partir de la fecha prevista para su pago, no podrán:

- 1º. Realizar nuevas afiliaciones, salvo los beneficiarios de aquellos afiliados que se encontraban cotizando tratándose de régimen contributivo y los recién nacidos en el régimen subsidiado.
- 2º. Realizar mercadeo de sus servicios con el objeto de obtener nuevas afiliaciones o traslado de afiliados.
- 3º. Afectar el flujo de ingresos provenientes de la Unidad de Pago por Capitación para cancelar obligaciones provenientes de la amortización de inversiones en infraestructura asistencial o administrativa.
- 4º. Realizar cualquier operación de compra o arrendamiento financiero con opción de compra sobre bienes inmuebles y realizar inversiones de cualquier naturaleza como socio o asociado. Estas entidades adoptarán, dentro de su organización, los procedimientos y mecanismos que garanticen la observancia de lo dispuesto en el presente artículo e informarán de tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud.

DECRETO 882 DE 1998

Artículo 3. De las cuentas por pagar superiores a 60 días calendario.

Cuando las entidades a que se refiere el presente decreto, tengan cuentas por pagar por bienes y servicios de salud superiores a 60 días calendario, a partir de la fecha establecida para el pago, además de las medidas antes mencionadas, los afiliados dentro del régimen contributivo quedarán en libertad de trasladarse a otra Entidad Promotora de Salud, sin sujetarse al régimen de movilidad general, siempre que se encuentren al día en el pago de sus obligaciones y surtan los trámites formales dispuestos en las normas legales.

Cuando se trate de entidades administradoras del régimen subsidiado, **estarán obligadas a realizar la cesión de sus contratos** a cualquiera de las administradoras del régimen que tenga capacidad para ello y le trasladarán inmediatamente los recursos del aseguramiento por los meses que faltan hasta la terminación del contrato. Cuando la entidad se abstenga de realizar estas operaciones, la Superintendencia Nacional de Salud podrá ordenar la cesión, de conformidad con las normas vigentes.

DECRETO 882 DE 1998

- **Artículo 2. Parágrafo.** Esta disposición no será aplicable respecto a las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado en tanto estas no reciban los recursos correspondientes por parte de los entes territoriales.

DECRETO 3260 de 2004

- **Artículo 3. Giro directo SGP y Fosyga PARÁGRAFO 2o.** Cuando la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) no solicite el giro directo de los recursos en el caso del numeral 1 del presente artículo, no podrá acogerse a lo previsto en el parágrafo del artículo 2o. del Decreto 882 de 1998.

Resolución 581 de 2004

Estándares de habilitación de ARS (EPS-S)

RESOLUCION NUMERO 1189 DE 2004

- Su incumplimiento acarreará la revocatoria de la autorización sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y penal a que hubiere lugar.

DECRETO NUMERO 046 DE 2000

Por el cual se adiciona el decreto número 882 de 1998, sobre margen de solvencia, se modifica el artículo 4° del **Decreto 723 de 1997**, los artículos 2° y 19 del Decreto 1804 de 1999 y se dictan otras disposiciones para garantizar la correcta aplicación y destino de los recursos del sistema de seguridad social en salud.

DECRETO NUMERO 046 DE 2000

- **Artículo 3°. Flujo de recursos hacia la red de prestadores.** Sin perjuicio de lo dispuesto en el Decreto 882 de 1998, las entidades administradoras del régimen subsidiado deberán cancelar sus obligaciones con la red de prestadores, en un, salvo los casos en los cuales no se hubiera presentado la respeplazo **que no podrá ser superior a 30 días contados a partir de la fecha en que hubiera recibido las UPC correspondientes**ctiva cuenta de cobro por la institución prestadora.
- En este evento deberá reservar en inversiones de alta liquidez, los recursos necesarios para garantizar el pago oportuno de las cuentas no presentadas y no podrá apropiar más del porcentaje máximo previsto para gastos administrativos, estimados para tal efecto en el 15% del valor de la UPC. Esta disposición empezará a aplicarse a partir del 1° de marzo del año 2000.

DECRETO NUMERO 046 DE 2000

Artículo 4°. Giro sin situación de fondos. Para los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado que se celebren a partir del 1° de abril del año 2000, cuando las entidades administradoras del régimen subsidiado hubieren recibido en forma oportuna los recursos del ente territorial y retarden sus obligaciones en los términos previstos en el artículo 2° del Decreto 882 de 1998, el ente territorial podrá girar directamente a la red prestadora de servicios de salud contratada por la Administradora del Régimen Subsidiado los recursos correspondientes en la forma establecida en el presente decreto, siempre y cuando exista un pronunciamiento previo de la Superintendencia Nacional de Salud con vigencia no inferior a 15 días, en relación con el incumplimiento del margen de solvencia y notificación del mismo a la entidad administradora del régimen subsidiado, observando las normas vigentes en relación con el tema.

DECRETO 1281 DE 2002

- ARTÍCULO 7o. TRÁMITE DE LAS CUENTAS PRESENTADAS POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Además de los requisitos legales, quienes estén obligados al pago de los servicios, no podrán condicionar el pago a los prestadores de servicios de salud, a requisitos distintos a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera, y a la demostración efectiva de la prestación de los servicios.
- Cuando en el trámite de las cuentas por prestación de servicios de salud se presenten glosas, se efectuará el pago de lo no glosado. Si las glosas no son resueltas por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, en los términos establecidos por el reglamento, no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.
- En el evento en que las glosas formuladas resulten infundadas el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro.
- Las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones ante las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, 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.

DECRETO 1281 DE 2002

- ARTÍCULO 12. APLICACIÓN DEL GIRO DIRECTO DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR PARTE DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES. En los casos en que se giren directamente los recursos del régimen subsidiado a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, la entidad territorial podrá utilizar la información que ellas suministren y la de los contratos de prestación de servicios, para aplicar la medida.
- Cuando la administradora del régimen subsidiado no suministre en los términos y condiciones previstas en las normas vigentes la información necesaria para efectuar el giro, será responsable del pago de lo no debido que, como consecuencia del incumplimiento de los deberes de información, llegare a realizar la entidad territorial.

DECRETO 1281 DE 2002

ARTÍCULO 16. PAGO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA. 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 en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Las reglas para el pago a las instituciones con las que exista convenio y/o contrato serán las mismas establecidas para los pagos de las Administradoras del Régimen Subsidiado a las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS.

DECRETO 050 de 2003

FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

- **ARTÍCULO 36.- Efectos de la mora de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) frente a la red prestadora de servicios.** Además del pago de intereses moratorios y de las sanciones que se contemplan en el presente decreto, en aquellos eventos en que las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) hayan incurrido en mora superior a SIETE(7) días calendario respecto de las cuentas debidamente aceptadas, habiendo recibido oportunamente los recursos correspondientes a las UPC-S de su población afiliada, la entidad territorial podrá abstenerse de celebrar nuevos contratos de aseguramiento o de renovar los ya existentes con las correspondientes Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), en el siguiente periodo de contratación.
- Si la mora se presenta en dos (2) períodos de pago dentro de la misma vigencia contractual y equivale como mínimo al 5% del pasivo corriente de la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS), la entidad territorial dará por terminado el contrato de administración de recursos del régimen subsidiado. Esta causal se incorporará al respectivo contrato celebrado entre la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) e impedirá que la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) contrate con la misma entidad territorial para el siguiente período de contratación.
- En estos casos, de acuerdo con el procedimiento establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se efectuará el traslado de la población afiliada, garantizando la continuidad en la afiliación.

DECRETO 050 de 2003

FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

- ARTÍCULO 38.- Recepción de facturas. El numeral 1 del artículo 3º del Decreto 723 de 1997 en lo que se refiere a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) quedará así:
- “Las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud como mínimo durante los veinte (20) primeros días calendario del mes siguiente al que se prestaron los servicios, incluido el mes de diciembre, de conformidad con la jornada habitual de trabajo de sus oficinas administrativas en los días y horas hábiles. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma.
- Para la radicación y presentación de facturas, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), no podrán imponer restricciones que signifiquen requisitos adicionales a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera y la demostración efectiva de la prestación de los servicios en salud”.

DECRETO 050 de 2003

FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

- **ARTICULO 39.- Trámite de facturas.** El numeral 2º del artículo 3º del Decreto 723 de 1997, en lo que se refiere a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), quedará así:
- “Una vez radicada y presentada la factura, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) revisarán y pagarán las cuentas no glosadas dentro de los términos contractuales pactados, sin exceder de 30 días calendario contados a partir de la radicación. Dentro del mismo término y efectuada la revisión integral de la factura, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) glosarán hasta por una sola vez la cuenta y la notificarán a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS).
- Las glosas deberán ser resueltas y pagadas por las partes dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha en que fueron notificadas. En caso de que no se logre el acuerdo dentro del término anterior, se debe recurrir a mecanismos como la conciliación, arbitraje, amigables componedores u otros”.
- PARAGRAFO 1: Se considera práctica insegura ejercer presión frente al prestador de los servicios para que presente sus cuentas por fuera de los plazos pactados.
- PARAGRAFO 2: Los pagos de las facturas y cuentas de cobro se podrán realizar a través de consignación en cuentas.

DECRETO 050 de 2003

FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

- **ARTÍCULO 41.- Contratos de capitación y correcta aplicación de los recursos de la seguridad social.** Los contratos por capitación que celebren las entidades promotoras de salud o Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con las instituciones prestadoras de servicios de salud, 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.
- ...
- Se considera práctica insegura, la contratación que realice una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) o una Entidad Promotora de Salud (EPS) con una institución o persona natural o jurídica para que ésta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios.
- Será solidariamente responsable la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) y la Entidad Promotora de Salud (EPS) de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación, cuando haya sido autorizada para el efecto.
- ...
- PARAGRAFO 2.- Ninguna Entidad Promotora de Salud (EPS) ni Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) podrá contratar por capitación la totalidad de los servicios de más de dos niveles de atención con una misma institución prestadora de servicios de salud.

Ley 1122 de 2007

ARTÍCULO 13. FLUJO Y PROTECCIÓN DE LOS RECURSOS. Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

a) El gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a lo establecido en la ley. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público girará por trimestre anticipado los recursos que por Presupuesto Nacional le correspondan al Fosyga;

b) Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social.

Las cuentas maestras deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo [2o](#) de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley;

Ley 1122 de 2007

- c) Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS del régimen subsidiado se harán bimestre anticipado dentro de los primeros 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo [617](#) del Estatuto Tributario;
- d) Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura;
- <Jurisprudencia Vigencia>
- e) Los municipios y distritos destinarán hasta el 0,4% de los recursos del régimen subsidiado, para financiar los servicios de interventoría de dicho régimen. La interventoría sólo podrá ser contratada con entidades previamente habilitadas departamentalmente y del Distrito Capital, a través de concursos de méritos, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social. Adicionalmente, los municipios y distritos destinarán el 0,2% de los recursos del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia el presente inciso, será reglamentado por el Gobierno Nacional, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley;

Ley 1122 de 2007

f) Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, manejarán los recursos en cuentas maestras separadas para el recaudo y gasto en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social. Sus rendimientos deberán ser invertidos en los Planes Obligatorios de Salud.

PARÁGRAFO 1o. 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.

PARÁGRAFO 2o. 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. Los mecanismos de sanción y giro oportuno de recursos también se deben aplicar a las EPS que manejan el régimen contributivo.

PARÁGRAFO 3o. El Gobierno Nacional, antes de seis meses de la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá los mecanismos que busquen eliminar la evasión y la elusión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO 4o. El Ministerio de la Protección Social ejercerá las funciones propias del Consejo de Administración del Fosyga.

PARÁGRAFO 5o. Cuando los Entes Territoriales o las Entidades Promotoras de Salud, EPS o ARS no paguen dentro de los plazos establecidos en la presente ley a las Instituciones Prestadoras de Servicios, estarán obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras.

Decreto 3260 de 2004

Giro excepcional de recursos

ARTÍCULO 6o. GIRO EXCEPCIONAL DE UPS Y GIRO DIRECTO A LAS IPS CUANDO EXISTAN CONTRATOS POR CAPITACIÓN. Siempre y cuando se encuentren al día en sus obligaciones con las ARS, las entidades territoriales, mediante acto administrativo debidamente motivado, en los casos que lo ameriten, de acuerdo con el presente artículo, adoptarán las siguientes medidas:

1. Girar a las Administradoras del Régimen Subsidiado, solamente el porcentaje de la UPC destinado al pago de la prestación de los servicios en salud, sin perjuicio de lo previsto en el Decreto 882 de 1998. Esta medida se levantará cuando la administradora del régimen subsidiado acredite el pago de las obligaciones que dieron lugar a la misma.

2. Girar directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el valor correspondiente cuando existan contratos por capitación entre la ARS y las IPS, con cargo a las UPC que el municipio deba pagar a la respectiva ARS. Esta medida sólo podrá levantarse en los periodos contractuales siguientes al periodo contractual durante el cual se inició su aplicación, cuando la administradora del régimen subsidiado acredite el pago de las obligaciones que dieron lugar a la misma.

La adopción de las medidas de giro excepcional de la UPC-S y de giro directo a las IPS procederá únicamente cuando la Administradora del Régimen Subsidiado no realice el pago de las cuentas debidamente aceptadas por concepto de prestación de servicios de salud a cualquiera de las IPS que hacen 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.

Decreto 3260 de 2004

Giro excepcional de recursos

ARTÍCULO 6o. GIRO EXCEPCIONAL DE UPS Y GIRO DIRECTO A LAS IPS CUANDO EXISTAN CONTRATOS POR CAPITACIÓN.

PARÁGRAFO 1o. Para efectos de lo previsto en el presente artículo **se entenderá que una cuenta está debidamente aceptada** en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Cuando la ARS ha reconocido la factura o cuenta de cobro correspondiente;
- b) 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;
- c) Cuando se hayan vencido los plazos contractuales o legales para glosar la cuenta sin que la ARS lo haya hecho;
- d) Cuando se formulen glosas parciales por parte de la ARS, en cuyo caso se entiende aceptada la parte no glosada de la respectiva cuenta;
- e) Cuando se hayan resuelto las glosas y resulte un pago a favor de la Institución Prestadora de Servicios de Salud;
- f) Cuando en los contratos por capitación, no se efectúe el pago dentro del término previsto en el presente Decreto.

¿Complicado, No ?

Ley 1231 de 2008

- ARTÍCULO 2o. El artículo [773](#) del Decreto 410 de 1971, Código de Comercio, quedará así: *Aceptación de la factura*. 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.
- El comprador o beneficiario del servicio 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. Igualmente, deberá constar el recibo de la mercancía o del servicio por parte del comprador del bien o beneficiario del servicio, en la factura y/o en la guía de transporte, según el caso, indicando el nombre, identificación o la firma de quien recibe, y la fecha de recibo. El comprador del bien o beneficiario del servicio no podrá alegar falta de representación o indebida representación por razón de la persona que reciba la mercancía o el servicio en sus dependencias, para efectos de la aceptación del título valor.
- La factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si no reclamare en contra de su contenido, bien sea mediante devolución de la misma y de los documentos de despacho, según el caso, o bien mediante reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del título, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a su recepción. En el evento en que el comprador o beneficiario del servicio no manifieste expresamente la aceptación o rechazo de la factura, y el vendedor o emisor pretenda endosarla, deberá dejar constancia de ese hecho en el título, la cual se entenderá efectuada bajo la gravedad de juramento.

RESOLUCIÓN 3042 DE 2007

Fondos Territoriales de Salud

ARTICULO 19. REGLAS DE OPERACIÓN DE LA CUENTA MAESTRA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA.

Para efectos de los pagos que se deben efectuar desde la cuenta maestra de la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se deberán cumplir las siguientes reglas:

1. Registro del nombre o razón social de los beneficiarios de la cuenta maestra.
2. Registro del tipo y número de las cuentas de los beneficiarios.
3. Pago por transferencia electrónica a la cuenta del beneficiario.

Sólo podrán ser beneficiarios de las cuentas maestras de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los prestadores de servicios de salud con quienes la entidad territorial tenga suscrito contrato, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios, y con los que no tenga contrato para la prestación de servicios de urgencias.

PARÁGRAFO. Cuando por orden judicial se presten servicios de salud por instituciones prestadoras de servicios de salud con las cuales no se tenga convenio o contrato, para efectos del pago, la entidad territorial registrará en la cuenta maestra el beneficiario del pago y la cuenta a la cual se hará la transferencia electrónica de fondos. Este registro será temporal hasta la realización del pago.

RESOLUCIÓN 3042 DE 2007

Fondos Territoriales de Salud

• **ARTÍCULO 32. HECHOS SANCIONABLES.** Sin perjuicio de los demás hechos sancionables fiscal, disciplinaria y penalmente, los representantes legales de los departamentos, distritos y municipios, directores de salud o quien haga sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del sector salud en las entidades territoriales, se harán acreedores a las sanciones previstas en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, cuando incurran en las conductas señaladas en el artículo 17 del Decreto Ley 1281 de 2002 y el artículo 96 de la Ley 715 de 2001, o en las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, y que disponen:

...

4. No organicen y manejen los fondos departamentales, distritales y municipales de salud, conforme a lo previsto en la ley, en el presente decreto y demás normas que lo adicionen o modifiquen.
5. Incumplan lo establecido en el Decreto Ley 1281 de 2002 sobre la aplicación de los recursos del fondo de salud.
6. Desatiendan las previsiones legales referentes al flujo de recursos del sector salud y al adecuado, oportuno y eficiente recaudo, administración, aplicación y giro de ellos.
7. Desvíen, retarden u obstaculicen el uso de los recursos del Sistema General de Participaciones. Estas conductas se tienen como falta disciplinaria gravísima.

DENUNCIE EN LA PROCURADURÍA

Decreto 4747 de 2007

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de la Protección Social, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.

Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 22. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. 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.

Decreto 4747 de 2007

Artículo 23. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) 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 el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el Registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando éste sea implementado. 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.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. 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. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud.

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.

Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirán a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

Ley 1122 de 2007

ARTÍCULO 38. CONCILIACIÓN ANTE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. 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. 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.

Decreto 4747 de 2007

Artículo 24. Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o 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 Artículo 7° del Decreto Ley 1281 de 2002.

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.

Decreto 4747 de 2007

Artículo 26. Responsabilidad del recaudo de copagos y cuotas moderadoras. La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. 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 de servicios de salud cuando exista un recaudo efectivo de su valor.

Resolución 3047 de 2008

- **Artículo 3.** En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados de envío del reporte a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, dentro del término establecido en el inciso anterior, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable del pago devolver la factura o generar glosa con el argumento de que la atención inicial de urgencias no le fue informada oportunamente.

Resolución 3047 de 2008

Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.

La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud..

La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argumento de que no le fue solicitada la autorización oportunamente.

Resolución 3047 de 2008

Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 13. Revisión y visado previo a la presentación y/o radicación de facturas o cuentas. Entre las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de servicios de salud se podrán acordar mecanismos de revisión y visado de las facturas o cuentas al interior de los prestadores, para que se realicen de manera previa a la presentación y/o radicación de las mismas. De no existir este acuerdo, la entidad responsable del pago no podrá exigir como requisito para la presentación y/o radicación de la factura o cuenta, la revisión o visado previo de las mismas.

Artículo 14. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. La denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo 22 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán las establecidas en el Anexo Técnico No. 6, el cual forma parte integral de la presente resolución.

Las entidades responsables del pago no podrán crear nuevas causas de glosa o de devolución; las mismas sólo podrán establecerse mediante resolución expedida por el Ministerio de la Protección Social.

Resolución 416 de 2009

- **Artículo 1.** Adicionar al artículo 2° de la Resolución 3047 de 2008 los siguientes párrafos:

"Parágrafo 3. En caso de detectare la presunta inconsistencia, el prestador deberá realizar la admisión, la identificación de la historia clínica y la factura con los datos reales que se encuentran en el documento de identidad exhibido por el usuario. Las entidades responsables de pago, no podrán glosar las facturas con el argumento de que el usuario no existe en su base de datos, a menos que determinen que no existe la inconsistencia y se trata de dos personas distintas. En este último caso, dentro de las 8 horas hábiles siguientes a la recepción del informe de la posible inconsistencia la entidad responsable de pago deberá informar tal sustitución para que el prestador proceda a identificar el responsable del pago."

Muchos dirán...

¿cómo aplicar estas normas?

Son letra muerta

Denuncio y nadie hace nada

La SNS menos...

Acciones constitucionales

- Derecho de petición
- Acción de tutela
- Acciones populares
- Acción de cumplimiento

Acción Tutela

- Artículo 86 Constitución: reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública.

Subsidiariedad

- Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquélla se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

Características

- Objeto
- Informalidad
- Ágil, breve
- Preventiva
- Actual
- Preferente
- Cumplimiento inmediato
- Doble instancia

Acciones populares

- Artículo 88 Constitución
- Protección derechos colectivos: patrimonio, el espacio, la seguridad, la salubridad pública, el ambiente, la libre competencia...
- Derecho gozar ambiente sano: No derecho Fundamental

Derecho colectivos

- Aquellos reconocidos a toda la comunidad
- Interés general
- Fin acción: evitar los perjuicios que el patrimonio común pueda sufrir: por ser un interés colectivo
- No busca reparación

- Existe un interés común dañado o amenazado
- Quien la propone debe hacer parte de la comunidad afectada por el hecho que atenta contra los intereses colectivos
- Contra: particular o autoridad pública viola o amenaza el derecho colectivo

Tiempo

- Proponerse durante el tiempo que subsista la amenaza al derecho colectivo.
- Juez competente: Autoridad pública: Juez Contencioso Aactivo
- Particular: Jueces Civiles
- Procedimiento: Demanda-Contestación(10días), Audiencia especial (pacto de cumplimiento), Pruebas- (20 días) Alegatos (5 días) Sentencia (20 días)

Característica

- Preventivo
- Preferencial
- No contenido económico
- Reconocimiento a quien la ejerce de manera altruista (10 y 150 smlv)
- Prevalece derecho fundamental sobre los derechos colectivos
- Desacato: multa hasta 50 smlmv

Acción cumplimiento

- Toda persona podrá acudir ante la autoridad judicial para hacer efectivo el cumplimiento de una ley o un acto administrativo
- Contra quien ejerza funciones públicas que incumpla ejecute actos o hechos de normas con fuerza de ley o actos administrativos.
- Podrá ejercitarse en cualquier tiempo

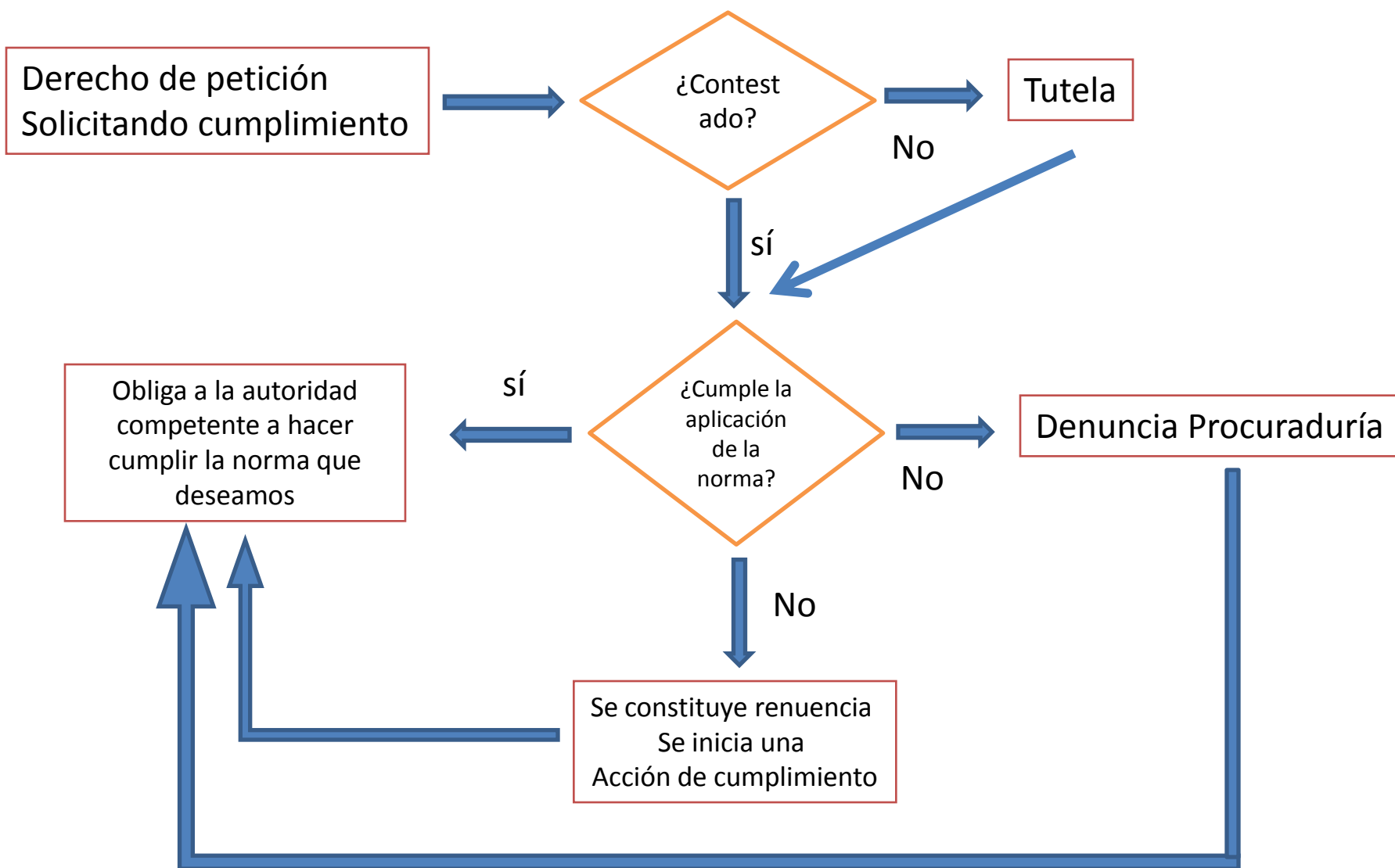
Requisito previo

- El accionante debe haber reclamado el cumplimiento del deber legal o administrativo y la autoridad debió ratificarse en su incumplimiento o no haber contestado dentro de los diez (10) días siguientes a la presentación de la solicitud.

Características

- Subsidiario
- La acción no persigue el cumplimiento de normas que establezcan gastos ni fines indemnizatorios
- Trámite preferencial
- Fallo: 20 días
- Cumplimiento inmediato (plazo: 10 días)
- Desacato

Algoritmo de Acciones constitucionales

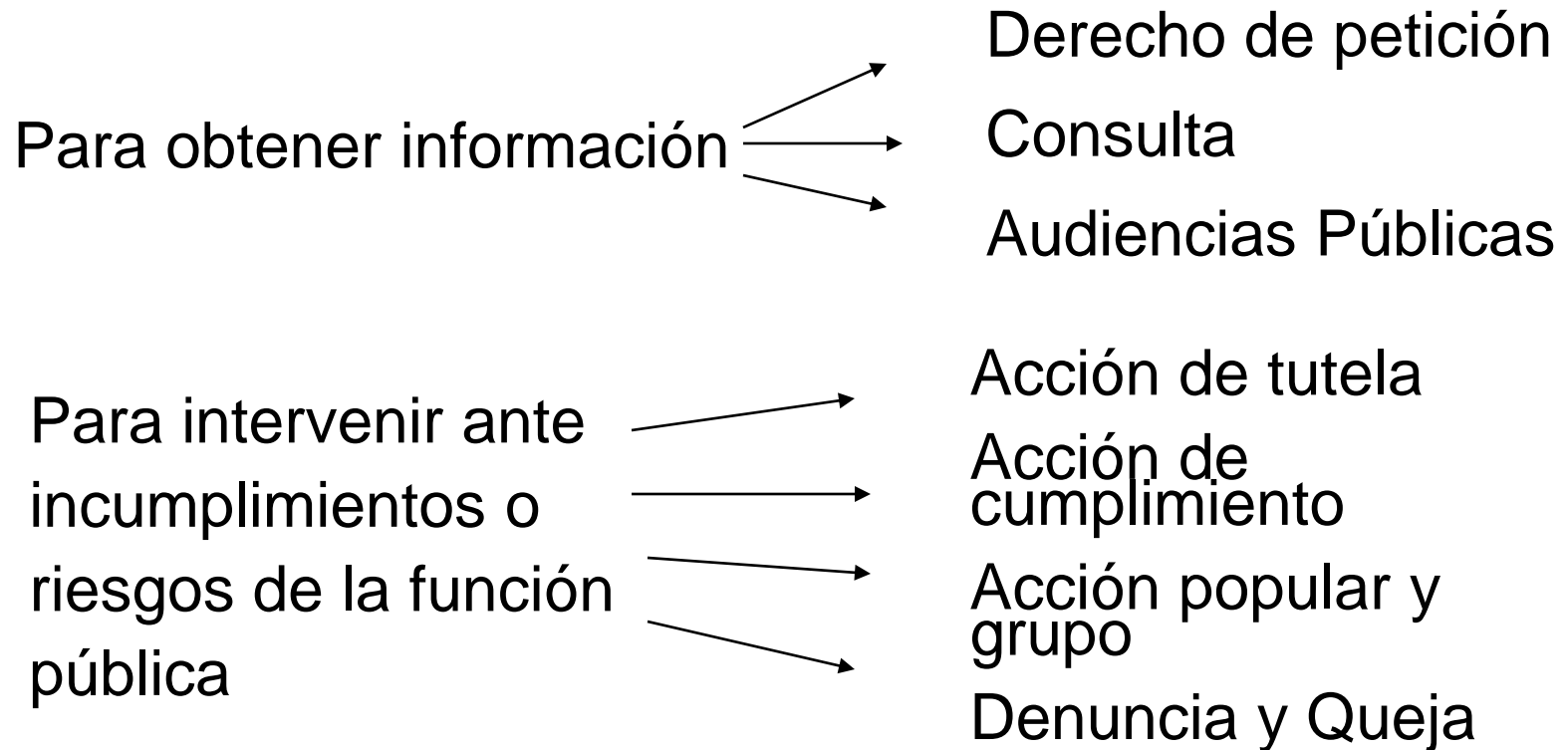


**¿LE PREOCUPA EL COSTO POLÍTICO?
¿O QUE LA EPS O DTS LE quite el
CONTRATO?**

Herramientas de Control social

Veeduría ciudadanas (Ley 850 de 2003)

Alianzas de usuario (Decreto 1757 de 2004)





Muchas gracias

Julio Mario Orozco Africano

Cel. 3205653545

Juliomario.orozco@gmail.com