

La vigencia del marco normativo de los tiempos de pago de facturas por la prestación de servicios de salud

Fabiola Alba Muñoz ¹

A propósito de la situación de flujo de recursos y de las dificultades que enfrentan las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) para radicar, revisar o conciliar las facturas por prestación de servicios de salud, vale la pena recordar la importancia del cumplimiento de la normatividad establecida para este proceso. Como hemos mencionado en otras ocasiones, las condiciones y el procedimiento están reglamentados, pero infortunadamente no se cumple ese marco normativo y, en cambio, prácticas no autorizadas y “procedimientos informales” se han convertido en regla.

Aunque se trata de una relación negocial y que, por lo mismo, debiera tener condiciones equilibradas entre el prestador y la entidad promotora de salud (EPS), el incumplimiento de la normatividad y las funciones atribuidas al asegurador, hacen que el prestador esté en desventaja en dicha relación. En efecto, según el tipo de contrato y la atención de la que se trate, está descrito el trámite por seguir.

Así, por ejemplo, para la atención del servicio de urgencias, frente al cual no se requiere contrato o condición alguna entre la EPS y la IPS, la ley

estableció en cuanto a la forma y los tiempos para el pago lo siguiente:

Artículo 168. Atención Inicial 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 independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, en los casos previstos en el artículo anterior, o por la entidad promotora de salud al cual este afiliado en cualquier otro evento” (Ley 100 de 1993).

En el mismo sentido, la ley orgánica en materia de recursos y competencias de la nación y las entidades territoriales establece el plazo para el pago de estas atenciones:

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*

¹ Jefe Jurídica de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).

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. [énfasis añadido] (Ley 715 del 2001)

La Ley 1122 del 2007, que regula el flujo y la protección de los recursos del sistema de seguridad social en salud, estableció que

Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

[...] 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

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.

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. [énfasis añadido] (Ley 1122 del 2007, art. 13)

A su vez, la Ley 1438 del 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones, dispone acerca de los pagos a los prestadores de servicios de salud lo siguiente:

Artículo 56. Pagos a los prestadores de servicios de salud. Las Entidades Promotoras de Salud 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.



Las entidades a que se refiere este artículo 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.

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).

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.

Las entidades a que se refiere este artículo 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.

También se entienden por recibidas las facturas que hayan sido enviadas por los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud a través de correo certificado, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1122 de 2007, *sin perjuicio del cobro ejecutivo que podrán realizar los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud en caso de no cancelación de los recursos.* [énfasis añadido]

El Decreto 4747 del 2007 establece los *requisitos mínimos* por tener en cuenta para la suscripción de los contratos de prestación de servicios de salud. La IPS debe: tener los servicios habilitados, una capacidad instalada suficiente para la población por atender, un modelo de prestación de servicios definido e indicadores de calidad en la prestación de sus servicios. Las EPS, por su parte, deben tener como mínimo: la información general de la población objeto del contrato, un modelo de atención definido, una red diseñada con ubicaciones y complejidades, difusión a su red, indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento, diseño y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia.

Por su parte, el Decreto 441 del 2022 también regula aspectos de los acuerdos de voluntades, en especial sobre elementos mínimos de negociación entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, *en las etapas precontractual, contractual y poscontractual*; este decreto constituye un marco importante que no solo busca facilitar el relacionamiento, sino que su debido acatamiento es garantía y protección frente a las obligaciones de EPS e IPS.

Elementos comunes para las partes son los indicadores de calidad, las rutas de atención, modelos de auditoría y revisoría de cuentas, sistemas de información, el registro y el seguimiento del contrato y la identificación de riesgos previsibles según la modalidad



CELEBRAMOS

14 **ANIVERSARIO**
años

**VISTIENDO PROFESIONALES,
DOTANDO INSTITUCIONES**

WWW.HEALTHCOMPANY.CO



En el proceso de facturación y pago debe tenerse en cuenta: los RIPS como soporte obligatorio de la factura electrónica de venta, la aceptación tácita o expresa de la factura de venta o de las glosas, la factura de venta como título valor y los tiempos de pago definidos en la normatividad vigente.

de contrato adoptada. Los plazos de pago deben darse conforme a las disposiciones de la Ley 1122 del 2007, la Ley 1438 del 2011 y la Ley 2024 del 2020, en los eventos que corresponda. Según las modalidades de contrato, el Decreto 441 define las modalidades de pago así:

Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta: Es un modelo prospectivo. En este se acuerda el pago por anticipado de una suma fija, como valor a reconocer por cada caso atendido, ligado a un evento, condición o condiciones en salud relacionados.

Pago global prospectivo: Como su nombre lo indica, es un modelo prospectivo, pero por grupo de personas determinadas. En esta modalidad se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido. La frecuencia se ajusta según el nivel de riesgo en salud y la cantidad de población estimada en el contrato.

Pago por capitación: Modalidad de pago prospectiva que se da cuando se contrata la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad; en esta modalidad se acuerda el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un periodo de tiempo determinado.

Pago por evento: Es una modalidad de pago retrospectiva que se usa en la prestación y la provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija *por cada unidad suministrada* para la atención en salud de una persona.

Un aspecto fundamental de la relación contractual y que infortunadamente no se ejecuta con el rigor debido, es el seguimiento a la ejecución del contrato. Como referíamos, deben evaluarse los indicadores de calidad, gestión y resultados en salud, así como la auditoría a las cuentas médicas aplicando la normatividad vigente del Manual Único de Glosas y Devoluciones y Respuestas, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), y el monitoreo y la evaluación de las notas técnicas.

En el proceso de facturación y pago debe tenerse en cuenta: los RIPS como soporte obligatorio de la factura electrónica de venta, la aceptación tácita o expresa de la factura de venta o de las glosas, la factura de venta como título valor y los tiempos de pago definidos en la normatividad vigente.

El Decreto 441 estableció que dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que se realice el giro de los recursos por parte de la EPS o a través de la ADRES, la entidad responsable de pago debe informar a la IPS o al proveedor el detalle de las facturas de venta a las cuales se debe aplicar el valor girado sin que este pueda ser modificado posteriormente, excepto frente aquellas facturas frente a las cuales se haya formulado glosas.

Es de anotar que la aceptación de la glosa por parte de la IPS puede ser expresa o tácita: es expresa cuando le informa a la EPS de este hecho, y tácita si transcurridos los días previstos en la

Ley 1438 del 2011 la IPS no se pronuncia sobre las glosas formuladas².

Otro asunto de especial importancia es el relacionado con el reintegro de recursos que se contempla en los modelos de pago prospectivos que establecen que, si al hacer el seguimiento del contrato suscrito se determina que la IPS ha incumplido de forma injustificada servicios que requieren determinadas frecuencias o periodicidad, la EPS puede hacer descuentos al contrato para garantizar el cumplimiento con otra IPS de la red.

Así mismo, pese a que la norma señala que se debe establecer el término de duración de los contratos, la inclusión de fórmulas para actualizar los valores pudiendo acudir al incremento porcentual de la unidad de pago por capitación (UPC), previa actualización de la nota técnica, levantando un acta de liquidación en las que consten los niveles de cumplimiento del objeto contratado y la liquidación de los contratos en un plazo de cuatro meses a partir de la finalización; este seguimiento no se cumple y podría decirse que es una de las grandes razones de la falta de claridad y actualización de los servicios que se tienen contratados y, en especial, de los resultados en salud que debiera ser la verdadera discusión en el relacionamiento entre EPS e IPS.

Estas condiciones establecidas en la normatividad exigen tanto de las EPS como de las IPS rigor y seguimiento en los objetos contractuales, so pena

Otro asunto de especial importancia es el relacionado con el reintegro de recursos que se contempla en los modelos de pago prospectivos que establecen que, si al hacer el seguimiento del contrato suscrito se determina que la IPS ha incumplido de forma injustificada servicios que requieren determinadas frecuencias o periodicidad.

no solo de afectar a los usuarios, sino de que se vean avocadas a aceptaciones y validaciones tácitas. Las IPS han enfrentado históricamente dificultades en el proceso de cobro, desde la radicación hasta el reconocimiento y el pago final. Si se logra la radicación y luego de demoras —muchas injustificadas— para el reconocimiento y el pago se llega a argumentarles la prescripción de las facturas, es importante en ese sentido recordar que las facturas por prestación de servicios de salud son títulos ejecutivos a los cuales se les aplica la prescripción ordinaria de cinco años o extraordinaria de diez años. También es importante recordar que la ley 1797 del 2016 dispone que “la prescripción de las obligaciones contenidas en facturas de servicios de salud *solo podrá alegarse por el deudor cuando este acredite haber adelantado la gestión correspondiente para la conciliación o aclaración de cuentas*” (Ley 1797, 2016, Art., 9).

Conforme a lo anterior, el llamado es a cumplir la ley y a que su incumplimiento también tenga la validez y las consecuencias en ella establecidas. 

² La EPS debe formular las glosas dentro de los veinte días hábiles siguientes a la presentación de la factura; la IPS debe responder dentro de los quince días hábiles siguientes y la EPS dentro de los diez días hábiles siguientes decidirá si las acepta, levanta total o parcialmente. Si la IPS considera que la glosa es subsanable, debe hacerlo dentro de los siete días hábiles siguientes y enviar nuevamente las facturas a la EPS.