

DECRETO 723 DE 1997

(marzo 14)

por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.

Nota 1: Derogado por el Decreto 4747 de 2007, artículo 30.

Nota 2: Derogado parcialmente por el Decreto 50 de 2003.

Nota 3: Modificado por el Decreto 783 de 2000 y por el Decreto 46 de 2000.

Nota 4: Citada en la Revista de la Universidad del Norte. División de Ciencias Jurídicas. No. 44. Derechos Laborales y de la Seguridad Social para las mujeres en Colombia en cumplimiento de la Ley 1257 de 2008. María Isabel Lopera Vélez, Lina Marcela Estrada Jaramillo.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades conferidas en el ordinal 11 del artículo 189 de la [Constitución Política](#), y en los artículos 153 numeral 9º, 154 y 179 de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º. Objeto y campo de aplicación. Las normas contenidas en el presente Decreto tienen por objeto regular algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales,

las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.

Para efectos de la aplicación de lo dispuesto en el presente Decreto, siempre que se refiera a entidades promotoras de salud, se entenderán incluidas las entidades adaptadas y las administradoras del régimen subsidiado (ARS).

CAPITULO II

Relaciones entre las entidades promotoras de salud y los prestadores de Servicios de salud.

Artículo 2º. De los contratos entre las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud. Las entidad promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud podrán convenir la forma de contratación y pago que más se ajuste a sus necesidades e intereses, tales como la capitación, el pago por conjunto de atención integral (protocolos), el pago por actividad, o la combinación de cualquier forma de éstas. En todo caso deberán establecer la forma de presentación de las facturas, con sujeción a lo dispuesto en el artículo 5º del Decreto 183 de 1997, los términos para el pago de los servicios una vez éstas se presenten y un procedimiento para la resolución de objeciones a las cuentas.

Artículo 3º. Del pago por conjunto de atención integral o pago por actividad. Cuando en los contratos se pacte por conjunto de atención integral o por actividad y no se establezcan los términos para el pago, deberá observarse el siguiente procedimiento:

1. A partir de la fecha de entrada en vigencia del presente Decreto, las entidades promotoras de salud deberán comunicar a los prestadores de servicios el periodo del mes en el cual recibirán las facturas o cuentas de cobro. Este periodo será de diez (10) días calendario.
2. La entidad promotora de salud tendrá un plazo de veinte (20) días calendario, contados a

partir del vencimiento del periodo anterior, para revisar integralmente la cuenta y aceptarla u objetarla.

3. En caso de no objeción, la entidad promotora de salud deberá cancelar la cuenta dentro de los diez (10) días calendario siguientes al vencimiento del plazo estipulado en el numeral precedente.

Nota: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 23 de noviembre de 2005. Expediente: 14501(04501). Actor: Jairo Alberto Abril Corzo. Ponente: Ramiro Saavedra Becerra. Ver Auto del 2 de febrero de 1998. Expediente: 4459. Actor: Jairo Alberto Abril Corzo. Ponente: Jesús María Carrillo.

Artículo 4º. Modificado por el Decreto 46 de 2000, artículo 8º. Pago a las instituciones prestadoras de servicios de salud y pago de objeciones. Las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza como entidades sujetas a lo previsto en el Decreto 723 de 1997, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades que administren planes adicionales, las entidades que administren recursos del seguro obligatorio de tránsito y las demás que administren recursos de la seguridad social, deberán cancelar íntegramente la parte de las cuentas que no hubieran sido glosadas, en los términos contractuales, como condición necesaria para que la institución prestadora de servicios de salud esté obligada a tramitar y dar alcance a las respectivas glosas formuladas de la cuenta, siempre que la factura cumpla con las normas establecidas por la Dirección de Impuestos Nacionales. Se considera práctica no autorizada la devolución de una cuenta de cobro o factura de servicios sin el correspondiente pago de la parte no glosada, en los términos contractuales. La fecha de radicación de la factura debe corresponder a la fecha en la que esta se presentó por primera vez, ajustada a los requisitos formales antes mencionados, a partir de esta fecha correrán los términos establecidos en el Decreto 723 de 1997 para aceptar o glosar las facturas.

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

Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán la obligación de aclarar ante las entidades promotoras de salud y demás a que aluden el inciso anterior, las glosas debidamente fundamentadas, dentro de los veinte (20) días siguientes a su comunicación formal. El saldo frente a las correspondientes glosas será cancelado en la medida en que estas sean aclaradas.

Parágrafo 1°. Derogado por el Decreto 50 de 2003, artículo 52. En ningún caso podrá entenderse que el no cumplimiento de los plazos establecidos en el presente decreto y demás disposiciones, exonera a la entidad promotora o entidad que administra planes adicionales, de cancelar los servicios efectivamente prestados ni a la institución prestadora de servicios de salud el restituir aquellos dineros facturados y objetados o no debidos, que hubieren sido entregados por las entidades promotoras de salud y demás entidades a que se refiere la presente disposición.

A partir de la fecha en que la Institución Prestadora de Servicios de Salud responda formalmente a la glosa ante la entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado o administradora de los recursos de la seguridad social esta tendrá un plazo máximo de treinta días para informar a la institución prestadora de servicios de salud si acepta o no las explicaciones dadas a la glosa, con independencia de la fecha establecida para el pago. En el evento en que la entidad promotora o administradora de planes adicionales no se pronuncie dentro del plazo mencionado, estará obligada a constituir la correspondiente provisión para el pago de la cuenta dentro del mes siguiente. Los recursos de esta provisión con pleno efecto contable, fiscal y tributario, deberán reservarse en inversiones de alta liquidez con el fin de garantizar el pago oportuno a la institución prestadora de servicios de salud.

Parágrafo 2°. Las disposiciones establecidas en el Decreto 723 de 1997, aplicarán a las

entidades que deban administrar recursos de la seguridad social y deban cancelar en su relación contractual o legal, obligaciones a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Parágrafo 3°. Las entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado y entidades que administren planes adicionales, deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, durante 20 días del mes, incluido el mes de diciembre.

Parágrafo 4°. Modificado por el Decreto 783 de 2000, artículo 20. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes adicionales, deberán constituir una provisión sobre el ciento por ciento de los servicios hospitalarios autorizados y no cobrados provisión, en caso de no existir la correspondiente factura de cobro. La provisión, la cual tendrá plenos efectos contables, fiscales y tributarios se constituirá dentro del mes siguiente a que se emita la autorización y se llevará al costo médico. Esta provisión deberá estar plenamente constituida al 1° de diciembre del año 2000, siendo obligatorio iniciar su constitución a partir del 1° de febrero del mismo año. De esta forma, las entidades deberán afectar su estado de pérdidas y ganancias con la constitución y reversión de provisiones en los términos expuestos. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes adicionales, podrán utilizar en forma alternativa instrumentos técnicos para el cálculo de la provisión debidamente aprobados por la revisoría fiscal que reflejen en forma plena el criterio expuesto en este parágrafo, con demostrada eficacia a la luz de la realidad operativa, financiera y contable de la institución.

Parágrafo 5°. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes adicionales, deberán adelantar una revisión íntegra de la cuenta, antes de proceder a sus glosas.

Parágrafo 6°. Las autorizaciones que emita la entidad promotora de salud o entidad que administre planes adicionales son de su plena responsabilidad frente al período que se

emite, sin que sean procedentes correcciones retroactivos que afecten a la institución prestadora frente a servicios prestados.

Parágrafo 7°. Derogado por el Decreto 506 de 2005, artículo 7°. Las entidades promotoras de salud que autoricen la atención hospitalaria de un usuario, son responsables del pago de la cuenta mientras el usuario deba permanecer hospitalizado como consecuencia de la respectiva autorización. En el evento en que durante el proceso de atención hospitalaria derivada de la autorización otorgada por la Entidad Promotora de Salud, el empleador deje de cumplir con su obligación de cotizar, la entidad promotora de salud no podrá eludir el pago de sus obligaciones contraídas frente a la institución prestadora de servicios de salud o trasladar a la Institución Prestadora de Servicios de Salud la responsabilidad de cobro al empleador. La entidad promotora de salud tendrá acción de repetición conforme las disposiciones legales. En ningún caso será procedente el pago de sumas frente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por parte de la Entidad Promotora de Salud con fecha anterior a la establecida en la autorización expedida por la entidad Promotora de Salud, sin perjuicio de las normas especiales en materia de atención inicial de urgencias..

Texto inicial del artículo 4º.: “Pago en caso de objeciones. A partir de la vigencia del presente Decreto, las entidades promotoras de salud pagarán al prestador de servicios de salud cuando la factura sea objetada total o parcialmente, el 60% del monto objetado, dentro del término estipulado en el numeral 3u del artículo anterior, salvo que se pacte otra forma de pago. El saldo será cancelado una vez se aclare por parte del prestador del servicio las observaciones efectuadas por la entidad promotora. Las sumas no objetadas deberán ser canceladas en su totalidad.

Los prestadores de servicios de salud tendrán la obligación de aclarar ante las entidades promotoras de salud las observaciones que éstas hagan dentro de los veinte (20) días siguientes a su comunicación. Si los prestadores no cumplen con la obligación de aclarar, se entiende que aceptan la reclamación y en consecuencia se efectuarán los ajustes

correspondientes. Si hay lugar a restitución de la cantidad ya cancelada o parte de ella, dicha suma se podrá descontar de futuras facturaciones.

Cuando un prestador de servicios de salud no dé respuesta satisfactoria a las objeciones en tres (3) oportunidades sucesivas, perderá, por un periodo de tres meses el derecho al pago del 60% objetado dentro de los términos estipulados en el primer inciso, en las siguientes facturaciones.

Parágrafo. En ningún caso podrá entenderse que el no cumplimiento de los plazos aquí estipulados exonera a la entidad promotora de salud de cancelar los servicios efectivamente prestados, ni al prestador de los servicios de salud de restituir aquellos dineros entregados por las entidades promotoras para la cancelación de servicios facturados y objetados o no debidos.”.

Nota: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 23 de noviembre de 2005. Expediente: 14501(04501). Actor: Jairo Alberto Abril Corzo. Ponente: Ramiro Saavedra Becerra. Ver Auto del 2 de febrero de 1998. Expediente: 4459. Actor: Jairo Alberto Abril Corzo. Ponente: Jesús María Carrillo.

Artículo 5º. Procedimiento para el pago y las objeciones cuando las instituciones prestadoras de servicios de salud subcontraten. Los procedimientos contemplados en los artículos 3º y 4º del presente Decreto, serán también aplicables a las instituciones prestadoras de servicios de salud que subcontraten la prestación de servicios con otras entidades, grupos de profesionales o profesionales.

Artículo 6º. Capitación. La contratación y pago por capitación se sujetará a las siguientes reglas, de conformidad con la Ley 100 de 1993:

a) En ningún caso los contratos por capitación podrán implicar el traslado de las responsabilidades que por ley les corresponden a las entidades promotoras de salud, 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;

b) Las entidades promotoras de salud no contratarán con instituciones de prestación de servicios 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;

c) En el contrato deberá especificarse con toda claridad cuáles son los servicios, programas, metas y coberturas pactadas que conforman el objeto de la capitación;

d) La entidad promotora de salud 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 la prestadora de servicios la oportuna y adecuada atención. De igual manera las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán disponer de un mecanismo de atención al usuario con el mismo propósito;

e) Los contratos deberán sujetarse a los criterios de calidad y oportunidad y deberán tener en consideración la facilidad de acceso del afiliado a una institución prestadora de servicios de salud. 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.

CAPITULO III

De las relaciones entre las entidades territoriales y las entidades administradoras del régimen subsidiado.

Artículo 7º Pagos. El pago de los contratos de aseguramiento en salud deberá efectuarse por

anticipado, con la periodicidad que de común acuerdo establezcan las partes, de tal manera que se garantice la prestación de servicios a los afiliados al sistema, en los términos de la Ley 100 de 1993

Artículo 8º. Obligación de suministrar información por parte de las entidades territoriales. Las entidades territoriales deberán disponer y suministrar a las entidades administradoras del régimen subsidiado y a los eventuales beneficiarios de subsidios, como mínimo la información que se describe a continuación, sin perjuicio de las demás exigencias contenidas en las diferentes normas:

- Lista de beneficiarios del régimen subsidiado conforme a la priorización fijada por las normas y la disponibilidad de recursos, actualizada dentro de los primeros cinco días de cada mes, estableciendo la entidad administradora a la cual se encuentran afiliados.

- Lista de espera de las personas identificadas como potenciales beneficiarias del régimen subsidiado, con el nivel de Sisben o su equivalente, actualizadas dentro de los cinco primeros días de cada mes.

CAPITULO IV

Otras disposiciones

Artículo 9º. De la contratación con prestadores públicos. De conformidad con el parágrafo del artículo 22 de la Ley 344 de 1996, las administradoras del régimen subsidiado destinarán para la contratación de servicios de salud con prestadores de carácter público, como mínimo, el 40% del monto total de sus ingresos recibidos por concepto de UPCS y destinados efectivamente a la prestación de servicios de salud.

Artículo 10. Intereses de mora. Las entidades promotoras de salud reconocerán a los prestadores de servicios de salud, cuando a ello haya lugar, los intereses de mora

consagrados en las disposiciones legales. De igual manera los prestadores de servicios reconocerán estos intereses de conformidad con la ley, en los casos de las restituciones consagradas en el artículo 4º del presente Decreto. I

Artículo 11. Transición. Las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios tendrán un plazo de un mes para modificar los contratos que se encuentren perfeccionados en el momento de entrada en vigencia del presente Decreto, de tal manera que se incluyan los términos de pago y los procedimientos para la resolución de conflictos. En caso de que no se pacten dentro de dicho término, se aplicará lo dispuesto en esta norma.

Artículo 12. Vigencia. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santa Fe de Bogotá, a los 14 de marzo de 1997.

ERNESTO SAMPER PIZANO

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

José Antonio Ocampo Gaviria.

La Ministra de Salud,

María Teresa Forero de Saade.