

DECRETO 46 DE 2000

(enero 19)

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.

Nota 1: Ver Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Nota 2: Derogado parcialmente por el Decreto 506 de 2005 y por el Decreto 50 de 2003.

Nota 3: Modificado por el Decreto 783 de 2000.

Nota 4: Citado 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 constitucionales y legales, en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la [Constitución Política](#) y por los artículos 154, 180 numeral 5°, 183 parágrafo 1° y 230 parágrafo 1° de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

Artículo 1°. Derogado por el Decreto 50 de 2003, artículo 52. Correcta aplicación de los recursos de la seguridad social. Para efecto de garantizar la correcta aplicación de los recursos de la seguridad social dentro del régimen subsidiado, se seguirán las siguientes

reglas:

1ª Las entidades que tengan deudas con las instituciones prestadoras de servicios de salud, con plazo superior a 45 días, contados a partir de la fecha de presentación oportuna de la cuenta o la convenida para el pago, deberán destinar del total del flujo de recursos derivados de recuperación de cartera como de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, el 87% al pago de las instituciones prestadoras, sólo estando habilitadas para apropiar el 13% de la acreencia recuperada o el valor de la Unidad de Pago por Capitación como gasto administrativo, hasta tanto regularicen sus pagos con la red de prestadores, fecha a partir de la cual podrán apropiar los porcentajes adicionales, dentro de los límites legales. Con cargo a estos recursos las entidades que administran el régimen subsidiado deberán cancelar sus obligaciones pendientes y aquellas necesarias para garantizar la adecuada prestación de servicios de salud a su población afiliada. Para este efecto, el representante legal y la junta u órgano administrativo, deberán adoptar las medidas correspondientes, y

2ª Para efecto de la aplicación del numeral anterior, se tomará el porcentaje de participación de la red externa en la contratación y facturación de la Entidad Promotora de Salud o Administradora del Régimen Subsidiado según los tres niveles de atención, garantizando que se destina del total de los ingresos mencionados, el porcentaje equivalente de participación, más un 15% de los recaudos se deben dirigir a las instituciones prestadoras de servicios de salud que no tengan ninguna clase de relación de subordinación, en cualquier vía, con la entidad administradora del régimen subsidiado, hasta tanto la entidad no se encuentre al día con la red de terceros encargada de la prestación de servicios de salud. Esta disposición se aplicará a partir del 1º de marzo del año 2000.

Parágrafo. El incumplimiento de esta disposición dará lugar a la revocatoria del certificado de funcionamiento.

Artículo 2°. Derogado por el Decreto 50 de 2003, artículo 52. Operaciones con entidades subordinadas. Las entidades que administren el régimen subsidiado o simultáneamente el régimen subsidiado y contributivo, conforme las disposiciones legales, se deberán abstener de realizar operaciones que deriven en una desviación de recursos de la seguridad social en cualquiera de los dos regímenes.

Se entiende como desviación de recursos de la seguridad social, la celebración de un contrato en condiciones de pérdida para las entidades que administren el régimen subsidiado o simultáneamente el régimen subsidiado y contributivo con una entidad subordinada, como la entrega por capitación de usuarios a la red de prestadores, en condiciones de desventaja frente al mercado, llevando a las entidades administradoras de que trata el presente artículo a una situación de pérdida en la operación al no permitir un margen positivo. Las entidades que realicen esta clase de conductas, perderán su capacidad de afiliación en ambos regímenes por un término de un año, a partir de la verificación de la conducta.

Parágrafo 1°. Modificado por el Decreto 783 de 2000, artículo 6°. Las entidades de que trata el presente artículo que se encuentren realizando operaciones a pérdida con entidades con las que exista relación de subordinación, deberán informarlo a la Superintendencia Nacional de Salud y acreditar su desmote en un término no superior a treinta (30) días.

Texto inicial del parágrafo 1°: “Las entidades de que trata el presente artículo que se encuentren realizando operaciones a pérdida con entidades con las que exista relación de subordinación, deberán informarlo al Ministerio de Salud, Dirección General de Seguridad Social o la dependencia que haga sus veces y acreditar su desmote en un término no superior a treinta (30) días.”.

Parágrafo 2°. Para efecto del presente decreto se entiende que las entidades a que se refiere el presente artículo tienen una relación de subordinación, cuando se cumplan

cualquiera de las hipótesis previstas en el artículo 261 del Código de Comercio bien frente a la entidad administradora o bien frente a la red de instituciones prestadoras de servicios y demás personas con las cuales se celebren otro tipo de contratos.

Artículo 3°. Derogado por el Decreto 50 de 2003, artículo 52. 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 plazo que no podrá ser superior a 30 días contados a partir de la fecha en que hubiera recibido las UPC correspondientes, salvo los casos en los cuales no se hubiera presentado la respectiva 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.

Artículo 4°. Derogado por el Decreto 50 de 2003, artículo 52. 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.

Una vez en firme el pronunciamiento de la Superintendencia Nacional de Salud, la entidad territorial está autorizada para retener por un período no mayor a tres meses los recursos a que tendría derecho la Administradora del Régimen Subsidiado por concepto de Unidad de Pago por Capitación, y los girará a las diferentes entidades contratadas conforme las siguientes reglas:

a) La entidad territorial con base en la contratación efectuada por la entidad administradora del régimen subsidiado administrará el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación que va destinado a garantizar la contratación por capitación y aquel destinado al pago por facturación, respetando las condiciones de los contratos celebrados;

b) Del porcentaje destinado a garantizar el pago por capitación, la entidad territorial procederá a cancelar las obligaciones con las instituciones prestadoras de servicios de salud contratadas bajo esta modalidad, haciendo los pagos a prorrata de los valores recibidos y los montos correspondientes a cada uno de los contratos, en los términos y condiciones pactados en los mismos. En ningún caso la entidad territorial podrá privilegiar el pago a la red pública sobre la red privada o viceversa o desconocer los términos o condiciones pactados en los contratos;

c) Del porcentaje destinado a garantizar el pago por facturación la entidad territorial cancelará aquellas cuentas presentadas por la red de la administradora que hubieran sido aceptadas por la entidad administradora de régimen subsidiado y hubieran sido presentadas a esta última en forma oportuna y completa conforme las normas vigentes. Una vez aceptadas las facturas, estas deberán ser remitidas de inmediato a la entidad territorial para que esta proceda a su pago;

d) La entidad territorial girará durante este período un porcentaje equivalente al 10% de la Unidad de Pago por Capitación a la entidad administradora del régimen subsidiado, con el fin de permitir a esta el cumplimiento de sus obligaciones y la cabal ejecución de sus funciones

de aseguramiento y organización de la prestación de los servicios de salud y la realización de las labores de auditoría médica y de facturación, entre otras. El saldo, en caso de que exista, se entregará a la administradora una vez atendidos en forma integral los pagos a la red de prestadores.

En los pagos que realice la entidad territorial se tendrá en cuenta la regla prevista en el numeral 2° del artículo 1° del presente decreto.

Si durante este período el contrato de aseguramiento finaliza, se liquidará el contrato conforme las reglas generales y los recursos correspondientes al saldo una vez canceladas las obligaciones con la red contratada, se girarán a la administradora del régimen subsidiado.

Si transcurridos los tres meses, la entidad administradora del régimen subsidiado no ha acreditado el cumplimiento de las obligaciones derivadas de los contratos de aseguramiento que celebren a partir del 1° de abril del año 2000 ante la Superintendencia Nacional de Salud, la entidad territorial estará autorizada a realizar el mismo procedimiento establecido en el presente artículo por un período igual. Para efectos de la demostración del margen de solvencia no se tendrá en cuenta la deuda que debe cancelarse con cargo a los recursos retenidos por la entidad territorial cuando esta no se encuentre cumpliendo con la oportunidad en el pago.

Parágrafo 1°. La entidad administradora del régimen subsidiado deberá certificar ante la entidad territorial el porcentaje de capitación contratado con la red prestadora de servicios de salud, anexar copia de los contratos respectivos y acreditar si existe o no relación de subordinación con la red o parte de esta, a través del revisor fiscal y el representante legal, dentro de los cinco (5) días siguientes a la solicitud del ente territorial. De igual manera deberá presentar una relación detallada sobre las cuentas pendientes de pago en relación con cada uno de los contratos.

Parágrafo 2°. Los representantes legales de las entidades territoriales responderán civil, penal, administrativa, disciplinaria y fiscalmente por la indebida aplicación de lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 5°. Derogado por el Decreto 50 de 2003, artículo 52. Giro de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y requisitos previos. A más de los requisitos previstos en el artículo 24 del Decreto 1283 de 1996, el equivalente a una tercera parte del valor anual de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada por cada uno de los afiliados, será girada en forma anticipada por el Fosyga, cada cuatro meses a los Fondos Seccionales y Distritales de Salud, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Que el respectivo ente territorial acredite que ha cancelado en forma completa sus obligaciones con las Administradoras del Régimen Subsidiado al corte del mes anterior al mes en que procede el giro por parte del Fosyga. Esta disposición se aplicará a partir del 1° de marzo del año 2000. No obstante, para los recursos que se giren en fecha anterior al 1° de marzo del año 2000, se exigirá que no se tengan obligaciones en mora con período superior a un año, a cargo del ente territorial, frente a las entidades administradoras del régimen subsidiado;
- b) Para los giros que se realicen a partir del 1° de junio del año 2000, remitir copia del acuerdo u ordenanza del ente u órgano competente en el que se precise, dada la destinación específica de los recursos de la seguridad social, que los recursos se entenderán incorporados en los presupuestos dentro de los 30 días siguientes a su recepción efectiva sin necesidad de forma o requisito especial;
- c) Si al momento del giro la entidad territorial no ha certificado que está al día con la Administradora del Régimen Subsidiado, el Ministerio de Salud girará a las Administradoras del Régimen Subsidiado el valor de la cuota parte según los porcentajes de cofinanciación convenidos en cada contrato. Para tal efecto el Ministerio de Salud requerirá a la entidad

territorial el estado de cuentas de cada contrato.

Artículo 6°. Derogado por el Decreto 50 de 2003, artículo 52. Instituciones prestadoras de servicios de salud contratadas por capitación. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán cumplir como un requisito para continuar operando un margen de liquidez frente a los pagos que deben realizar a sus proveedores, una vez han recibido los recursos relacionados con los servicios o bienes contratados y efectivamente prestados o suministrados, consistente en la obligación de cancelar dentro de los 45 días siguientes las obligaciones derivadas del contrato frente a los terceros acreedores bien sea en calidad de proveedores o prestadores.

Artículo 7°. Derogado por el Decreto 506 de 2005, artículo 7°. Autorización capacidad de afiliación. Las entidades que se encuentren al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios, tanto en el régimen contributivo, como en el régimen subsidiado, se entenderán autorizadas sin necesidad de requisito previo o trámite especial, para aumentar su capacidad de afiliación, siempre que mantengan esta condición en su relación de pagos.

No obstante deberán informar de tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los treinta (30) días siguientes al aumento de su capacidad de afiliación, informando, cuando ello sea pertinente la nueva red con la cual garantizará el acceso a los servicios de salud de la nueva población.

Parágrafo. Cuando, como consecuencia del desconocimiento de las normas sobre margen de solvencia, una entidad quede inhabilitada para realizar nuevas afiliaciones, es deber de los administradores proceder a la correcta y efectiva aplicación de la restricción de la afiliación, dentro de los quince (15) días siguientes a que se verifique la conducta. Lo anterior, no excluye el deber de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar la suspensión de la capacidad de afiliación, dentro de los 30 días siguientes a que tenga conocimiento de los

hechos, hubiera o no procedido la restricción por parte de la entidad, sin perjuicio de las sanciones personales a que deban estar sujetos los administradores en caso de que se hubieran abstenido de aplicar la restricción.

Artículo 8°. Modifícase el artículo 4° del Decreto 723 de 1997, el cual quedará así:

“Artículo 4°. 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 5°. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes de medicina prepagada y planes complementarios, deberán constituir una provisión sobre el ciento por ciento de los servicios hospitalarios autorizados y no cobrados hasta por un plazo de cinco (5) meses, fecha a partir de la cual se desmontará la 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 de que trata este artículo, 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.

Las entidades de medicina prepagada deberán acreditar el margen de solvencia establecido en el Decreto 882 de 1998 y ajustarse a la provisión consagrada en el presente artículo.

Texto inicial del parágrafo 4°: “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 párrafo, 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.

Artículo 9°. Modifícase el artículo 2° del Decreto 1804 de 1999, el cual quedará así:

“Artículo 2°. Con el fin de garantizar la accesibilidad de los afiliados a los servicios de salud, las entidades que administran el régimen subsidiado deberán contratar prioritariamente con la red del ente departamental en donde se encuentra ubicado el afiliado. De igual manera y una vez girados los recursos correspondientes a la UPCS por parte del ente territorial se priorizará el pago de las obligaciones contraídas con las instituciones que atienden a la población por la cual se recibe el recurso.

Parágrafo. Lo dispuesto en el presente artículo no aplicará cuando en el ente departamental no se disponga de oferta de servicios suficiente en los niveles de complejidad necesarios de acuerdo con los contenidos del POS-S; cuando la no contratación obedezca a la baja calidad en la prestación de servicios o cuando por razones geográficas con el fin de garantizar la atención oportuna a los usuarios deba utilizarse la red prestadora ubicada en otro departamento por ser más cercana. Cuando se dé alguna de las circunstancias previstas en este parágrafo las entidades territoriales y las ARS deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que verifique los hechos y de no encontrarlos ajustados a las normas, aplique los correctivos o sanciones correspondientes”.

Artículo 10. El artículo 19, del Decreto 1804 de 1999, quedará así:

“Artículo 19. Para efecto de los pagos a cargo de las entidades integrantes del sistema de Seguridad Social en Salud frente a los entes territoriales, cuando exista la correspondiente obligación conforme las disposiciones constitucionales y legales, se entiende por ingreso bruto, el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación, cotizaciones y demás ingresos, conforme la naturaleza y clase de la entidad, que se tengan asignados como gasto administrativo promedio, fijándose para efecto de este artículo el 20% de los ingresos totales de la entidad”.

Nota, artículo 10: Ver artículo 2.3.1.19 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único

Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 11. De la vigencia. El presente decreto rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santa Fe de Bogotá, D. C., a 19 de enero de 2000.

ANDRES PASTRANA ARANGO

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Juan Camilo Restrepo Salazar.

El Ministro de Salud,

Virgilio Galvis Ramírez.