

## **DECRETO 723 DE 1997**

### **MINISTERIO DE SALUD**

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.

### **EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA 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 1 993.

#### **DECRETA:**

#### **CAPITULO I. DISPOSICIONES GENERALES**

**ARTICULO 1o. OBJETO Y CAMPO DE APLICACION.** 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**

**ARTICULO 2o. DE LOS CONTRATOS ENTRE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.** Las entidades 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. de 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.

**ARTICULO 3o. DEL PAGO POR CONJUNTO DE ATENCION INTEGRAL O PAGO POR ACTIVIDAD.** Cuando en los contratos se pacte por conjunto de

atención integral por actividad y no se establezcan los términos para el pago, deberá observarse el siguiente procedimiento:

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.

**ARTICULO 4o. PAGO A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y PAGO DE OBJECIONES.** <Artículo modificado por el artículo **8** del Decreto 46 del año 2000. El nuevo texto es el siguiente:> 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.

**PARAGRAFO 1o.** <Parágrafo derogado por el artículo **52** del Decreto 50 de 2003>

**PARAGRAFO 2o.** 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.

**PARAGRAFO 3o.** 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.

**PARAGRAFO 4o.** <Parágrafo modificado por el artículo **5** del Decreto 783 de

2000. El nuevo texto es el siguiente:> 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 1o. de diciembre del año 2000, siendo obligatorio iniciar su constitución a partir del 1o. 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 párrafo, 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.

**PARAGRAFO 5o.** 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.

**PARAGRAFO 6o.** 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 retroactivas que afecten a la institución prestadora frente a servicios prestados.

**PARAGRAFO 7o.** 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.

**ARTICULO 5o. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO Y LAS OBJECIONES CUANDO LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**

**SUBCONTRATEN.** Los procedimientos contemplados en los artículos tercero y cuarto 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.

**ARTICULO 6o. CAPITACION.** 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 residen 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 REGIMEN SUBSIDIADO**

**ARTICULO 7o. PAGOS.** El pago de los contratos de aseguramiento en salud deberá ereduarse por anticipado, con la periodicidad que do 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.

**ARTICULO 8o. OBLIGACION DE SUMINISTRAR INFORMACION 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, actualizada dentro de los cinco primeros días de cada mes.

#### **CAPITULO IV. OTRAS DISPOSICIONES**

**ARTICULO 9o. DE LA CONTRATACION CON PRESTADORES PUBLICOS.** De conformidad con el párrafo 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 UPC-S y destinados efectivamente a la prestación de servicios de salud.

**ARTICULO 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 cuarto del presente decreto.

**ARTICULO 11. TRANSICION.** 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.

**ARTICULO 12. VIGENCIA.** El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

#### **PUBLIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en Santafé de Bogotá, a los

(Firmado en el original por:)  
**JOSE ANTONIO OCAMPO GAVIRIA**  
Ministro de Hacienda y Crédito Público

(Firmado en el original por:)  
**MARIA TERESA FORERO DE SAADE**  
Ministra de Salud

