



ABECÉ

Decreto 441 de 2022

1. ¿Quiénes son los integrantes del SGSSS que deben cumplir estas normas?

Las disposiciones de este Decreto deben ser cumplidas por parte de:

- Entidades responsables de pago: entidades promotoras de salud –EPS, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos laborales en su actividad en salud y las entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas
- Prestadores de servicios de salud: instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y el transporte especial de pacientes) y;
- Proveedores de tecnologías en salud: toda persona natural o jurídica que realice la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas actividades.
- También aplica a las entidades que administran u operan los Regímenes Especial y de Excepción y al Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, cuando celebren acuerdos de voluntades con los prestadores de servicios de salud o con proveedores de tecnologías en salud.

2. ¿Cuál es el objetivo del Decreto?

Este Decreto tiene por objeto regular algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, celebrados entre dos o más personas naturales o jurídicas para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, en sus etapas **precontractual, contractual y post contractual**, establecer **mecanismos de protección a los usuarios y regular aspectos relacionados con la facturación y pago de los servicios, y tecnologías en salud**.

3. ¿Debo documentar la etapa precontractual en todas las negociaciones, aunque estas no se concreten?

Sólo se deberá conservar la evidencia de la etapa precontractual cuando las partes **suscriban** el acuerdo de voluntades.

4. ¿Todos los acuerdos de voluntades que realice deben incluir los servicios y tecnologías de las Rutas Integrales de Atención en Salud?

No, éstos solo deberán ser incluidas en los acuerdos de voluntades **cuyo objeto** sea la prestación de servicios para las Rutas Integrales de Atención en Salud.

5. Si el acuerdo de voluntades incluye múltiples condiciones, servicios o tecnologías en salud, ¿debo anejar todas las guías y protocolos?

No, en el acuerdo de voluntades no se debe anejar el documento de las guías o protocolos, sino el **listado** de aquellas que apunten a las condiciones objeto del acuerdo.

6. ¿Debo construir nota técnica en la capitación?

Sí, la modalidad de pago por capitación es prospectiva, en consecuencia, los acuerdos de voluntades bajo esta modalidad de pago **deberán incluir** su nota técnica.

7. ¿Puedo pactar modalidades de pago diferentes a las indicadas en el Decreto?

Las partes pueden **escoger y pactar libremente** una o varias modalidades de pago, de acuerdo con el objeto contractual y las obligaciones a cargo para los servicios y tecnologías en salud incluidos en el Plan de Beneficios de Salud o en el Plan de Intervenciones Colectivas. Para ello, podrán acordar las modalidades que se indican en el artículo 2.5.3.4.2.3 del Decreto 780 de 2016 u otras modalidades de pago.

Si se pactan modalidades diferentes a las establecidas el artículo 2.5.3.4.2.3 del Decreto 780 de 2016, debe verificarse que no correspondan a los criterios de las que están definidas en la norma. En el caso que la modalidad cumpla con los criterios de definición normativos, se deberá denominar en los términos establecidos en el Decreto.

8. ¿La modalidad de pago descrita en la literatura como fee for service, es una modalidad adicional a las descritas en el Decreto?

No, la modalidad de pago descrita en la literatura como “fee for service” (“pago por servicio” en su traducción literal al castellano), es conocida en nuestro país como “pago por evento”, término comúnmente utilizado en el sistema de salud colombiano y ampliamente conocido desde hace varios años, por lo cual, se entiende como la adaptación local al término previamente mencionado de la literatura. Para las modalidades que se pacten y cuenten con las características que se describen para el “pago por evento”, se deberá utilizar esta denominación.

9. ¿La atención integral sin mediación de la autorización sólo está permitida para las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS?

Este mecanismo se contempla como obligatorio para las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS obligatorias y aquellas priorizadas, así mismo, aplica para todos los casos que por norma se determine la eliminación de la autorización, tales como cáncer infantil, cáncer de adultos y VIH.

Adicionalmente, **las partes podrán pactar** la no autorización para la prestación o provisión de un conjunto de servicios y tecnologías en salud relacionados con la atención de un evento, condición en salud o conjunto de condiciones en salud además de los mencionados.

10. ¿Qué significa que la atención de las RIAS de obligatorio cumplimiento y aquellas priorizadas por la ERP, las consultas, toma de muestras y dispensación de medicamentos que hagan parte de la misma fase de prestación, deban garantizarse en el mismo lugar de atención o en el lugar de residencia del afiliado?

Significa que, teniendo en cuenta la fase de prestación, es decir, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, deberá garantizarse la continuidad y la integralidad en el mismo lugar de atención o en el lugar de residencia del afiliado, con el fin de **evitar desplazamientos del usuario** que lleven a demoras o pérdidas en la oportunidad en la atención.

11. ¿Qué significa que el traslado de pacientes con condiciones crónicas y de alto costo, deba ser gradual?

Con el fin de evitar la interrupción en el proceso de atención, teniendo en cuenta los tiempos que se requieren para garantizar al usuario el conocimiento de las novedades frente a quien presta el servicio y la continuidad de su tratamiento, las partes deberán organizar el traslado sin que genere traumatismos para los usuarios en cuanto al acceso a los servicios y a los Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud entrantes y salientes en la prestación de los mismos.

La gradualidad **dependerá de la condición y el tratamiento de cada usuario**, evitando en cualquier circunstancia interrupciones de terapias dialíticas, quimioterapias, tratamiento farmacológico, y

otras, que puedan llevar a la aparición de complicaciones, aumento en la severidad o generación de resistencias al tratamiento.

12. Si soy un proveedor de tecnologías en salud, que sólo realiza la entrega de medicamentos, ¿debo pactar indicadores?

De conformidad con lo pactado en el objeto contractual, deberá incluirse como mínimo indicadores de calidad de la atención, de gestión y de resultados en salud. Siendo así, si un Proveedor de Tecnologías en Salud es contratado para la entrega de medicamentos, dispositivos médicos o insumos, los acuerdos de voluntades deberán **incluir los indicadores** mencionados, con relación a la actividad a desarrollar, por ejemplo, entrega completa de la prescripción, entregas realizadas a domicilio de los medicamentos que no esté disponibles al momento de la dispensación, adherencia al tratamiento, atención a PQRS, entre otros.

13. ¿De qué manera se puede hacer uso de la información producto del seguimiento de nota técnica?

El seguimiento de nota técnica permite determinar el **cumplimiento o desviación** en cuanto a población susceptible, frecuencias y valores y a partir de ello generar mecanismos de ajuste de riesgo.

14. ¿En qué modalidades de pago es obligatoria la presentación de los RIPS?

La presentación de los RIPS es obligatoria en **todas las modalidades de pago**. Los RIPS son soporte de cobro obligatorio que acompañan las facturas de venta en el sector salud, independiente de la modalidad de pago pactada.

15. ¿Los Prestadores de Servicios de Salud o Proveedores de Tecnologías en Salud y las Entidades Responsables de Pago en el acuerdo de voluntades pueden acordar soportes diferentes o adicionales a los establecidos por el Minsalud?

Las partes **NO pueden acordar la entrega de soportes adicionales o diferentes** a los establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

16. ¿Cuándo se da la aceptación de una glosa?

La aceptación de la glosa por parte del Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud puede ser expresa o tácita, así:

Aceptación expresa: Ocurre cuando el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud, dentro de los términos para dar respuesta a las glosas formuladas, establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, informa a la Entidad Responsable de Pago que está de acuerdo con la glosa generada, procediendo a expedir la respectiva nota crédito que afecta la factura de venta conforme a lo glosado.

Aceptación tácita: Ocurre cuando, una vez vencidos los términos para dar respuestas a las glosas formuladas, conforme a lo previsto en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud no se pronunció sobre las glosas formuladas por la Entidad Responsable de Pago.

17. ¿Cuándo se da la aceptación de una factura de venta?

La aceptación de la factura de venta en salud, por parte de la Entidad Responsable de Pago, puede ser expresa o tácita, así:

Aceptación expresa: Ocurre cuando la Entidad Responsable de Pago, dentro de los plazos previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, informa al Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud la aceptación de la factura.

Aceptación tácita: Ocurre cuando, una vez vencidos los términos previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, la Entidad Responsable de Pago no se pronunció sobre la formulación de posibles glosas o del levantamiento total o parcial de estas. Vencidos estos plazos y ante el silencio de la Entidad Responsable de Pago, se entiende que ha aceptado tácitamente los correspondientes valores de las facturas.

18. ¿Cuándo una factura de venta en el sector salud se constituye como un título valor?

La constitución de la factura de venta en salud como título valor, se da cuando esta sea aceptada expresa o tácitamente y se cumpla lo establecido en el artículo 617 del Estatuto tributario, la Resolución 015 de 2021 de la DIAN, y los artículos 772, 773 y 774 del Código de Comercio en lo aplicable a las facturas de venta en el sector salud, según corresponda.

19. ¿El trámite de glosas definido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 es de obligatoria aplicación a los Proveedores de Tecnologías en Salud?

A los Proveedores de Tecnologías en Salud les es aplicable el trámite de glosas definido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, si de común acuerdo las partes (Proveedor y Entidad Responsable de Pago) así lo han establecido en el acuerdo de voluntades, de no ser así, les será aplicable las normas establecidas en el Código de Comercio en relación con la factura de venta.

20. ¿En el acuerdo de voluntades se pueden establecer conceptos de devoluciones o glosas no contemplados en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por el Minsalud?

No se podrán establecer ni aplicar conceptos de devoluciones o glosas diferentes a los determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas.

21. ¿Cuándo debo informar el detalle de pagos de las facturas de venta a las cuales aplica el giro realizado?

Cuando el pago sea realizado con posterioridad a la radicación de la factura de venta, la Entidad Responsable de Pago deberá informar al Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud, **dentro de los tres (3) días hábiles siguientes** al pago, el detalle de las facturas de venta a las cuales les será aplicado.

22. ¿Qué pasa si la Entidad Responsable de Pago no informa en el término establecido el detalle de pagos de las facturas de venta a las cuales corresponde el giro realizado?

Si la Entidad Responsable de Pago no informa el detalle de pagos dentro del término establecido, el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud podrá aplicar el pago a las facturas de venta que ya han sido aceptadas expresa o tácitamente, informando de dicha aplicación a la Entidad Responsable de Pago **dentro de los quince (15) días hábiles.**

23. ¿Cómo se aplican los pagos realizados antes de la radicación de las facturas de venta?

Dichos pagos serán aplicados conforme al detalle comunicado por la Entidad Responsable de Pago dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la radicación de la factura de venta. En caso de no informar en este plazo, el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud podrá aplicar el pago a las facturas de venta que ya han sido aceptadas expresa o tácitamente, informando de dicha aplicación a la Entidad Responsable de Pago **dentro de los 15 días hábiles siguientes.**

24. Si la Entidad Responsable de Pago envió un detalle de pagos errado, ¿puede corregirlo?

La relación de pagos no debe ser modificada con posterioridad a su publicación o envío al Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud, sin embargo, para aquellos casos en los que se presente se acepten las glosas formuladas luego de haberse realizado el pago correspondiente, el detalle de pagos puede ser objeto de modificación y aclaración, siempre que el valor girado **sea superior** al saldo final de la factura, una vez descontada la glosa definitiva.

El ajuste generado aplicará solo al valor excedente del valor girado frente a lo glosado, y no podrá eliminarse del detalle de pagos la factura original, excepto si hubo una glosa del 100 %.

25. ¿Qué ocurre cuando no hay recaudo efectivo del valor de los pagos compartidos?

En caso de haber sido pactado el recaudo de pagos compartidos por intermedio del Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud, y de no realizarse su recaudo efectivo, el **reconocimiento de dicho valor al Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud estará a cargo de la Entidad Responsable de Pago.**

En todo caso, el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud deberá informar a la Entidad Responsable de Pago el no recaudo del pago compartido.

26. La Entidad Responsable de Pago me realiza descuentos por usuarios fallecidos, sin embargo, fue atendido en el mes que falleció, ¿ese descuento es adecuado?

En acuerdos de voluntades que incluyan las modalidades de pago prospectivas, el descuento por usuarios fallecidos que fueron atendidos en el mes que fallecieron debe ser proporcional de acuerdo con el valor pactado y la fecha de fallecimiento del afiliado, para el periodo comprendido y los valores girados.

27. ¿Qué ocurre si el servicio o tecnología fue realizado por otro Prestador de Servicios de Salud diferente al contratado?

En el caso que otro Prestador de Servicios de Salud diferente al contratado, preste el servicio producto de una urgencia o de un proceso de referencia, el valor pagado a este por dichos servicios **será descontado del Prestador de Servicios de Salud contratado**, bajo modalidades de pago prospectivas, conforme al valor establecido en la nota técnica.

28. ¿Debo realizar auditoría para validar frecuencias mínimas y poder generar descuentos al Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Sa-

lud? ¿Cuáles son las frecuencias mínimas que debo validar?

El proceso de auditoría debe tener en cuenta los resultados en salud y aspectos relacionados con la calidad de la atención, teniendo como centro al usuario y no los servicios y tecnologías.

No obstante, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.5.3.4.5.5 del Decreto 780 de 2016, aquellos servicios y tecnologías en salud que requieren un mínimo de frecuencias o periodicidad per cápita, destinadas a la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la educación para la salud, como parte de las intervenciones para la población general o materno perinatal incluidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal o a determinar el nivel de control o la aparición de complicaciones de una condición en salud ya establecida, deben garantizarse a la población que las requiere y son sujeto de reintegro de recursos por incumplimiento, por lo cual, las partes deberán efectuar el seguimiento que permita determinar el incumplimiento injustificado de las disposiciones normativas o contractuales relacionadas.

29. ¿A qué facturas de venta se aplica el saldo del pago realizado a otras facturas que tienen glosa definitiva por un valor superior al girado?

Luego de ocurrida la aceptación de la glosa, la Entidad Responsable de Pago, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, deberá informar al Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud las facturas de venta a las cuales les será aplicable el valor liberado. De no hacerlo en dicho término, el Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud podrá aplicar el pago a las facturas de venta que se encuentren aceptadas y pendientes de pago, informando de ello a la Entidad Responsable de Pago dentro de los quince (15) días hábiles siguientes.

De no existir facturas de venta pendientes de pago, la Entidad Responsable de Pago tiene derecho a la devolución del recurso liberado, reconociéndole los respectivos intereses moratorios, calculados desde la fecha en que se realizó el giro al Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud.

30. Si la ERP no cumple con los términos de ley para realizar los pagos de las facturas de venta en salud o formula glosas infundadas o inexistentes, ¿le son aplicables intereses moratorios?

Cuando la Entidad Responsable de Pago no cumpla con los plazos de pago establecidos en la normatividad vigente o formule glosas infundadas o inexistentes, **está obligada a reconocer intereses moratorios**, liquidados conforme al artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002 y el inciso 2° del artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, resaltando que dichos intereses no pueden ser financiados con cargo a los recursos destinados para la atención en salud.

31. ¿Se pueden incluir en el acuerdo de voluntades reconocimientos económicos por ocurrencia de acciones dilatorias o indebidas?

Las partes **pueden pactar, de común acuerdo**, cláusulas que obliguen al pago de un reconocimiento económico en favor del Prestador de Servicios de Salud o Proveedor de Tecnologías en Salud cuando se presenten acciones dilatorias frente al flujo de recursos, como son las glosas o devoluciones infundadas o inexistentes, la modificación del detalle de pagos u otras causales que las partes consideren, resaltando que dichos reconocimientos no pueden ser financiados con cargo a los recursos destinados para la atención en salud.

32. En el acuerdo de voluntades pactamos un incremento anual de los valores del contrato, ¿debemos cambiarlo por el porcentaje para recuperar y mantener el valor adquisitivo de la UPC?

En el artículo 2.5.3.4.6.1 del Decreto 780 de 2016 se incluyen normas supletivas frente al incremento de los valores pactados en los acuerdos



de voluntades por la renovación automática o la superación de más de una vigencia. Las partes pueden pactar libremente las fórmulas de actualización o incremento de los valores; sin embargo, si estas no lo pactan, el incremento se dará conforme a lo establecido en el artículo 2.5.3.5.3 del Decreto 780 de 2016, es decir, aumentará conforme al incremento establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social para recuperar y mantener el valor adquisitivo de la UPC.

33. Si no tengo sede o punto de atención en el territorio donde suscribí el acuerdo, ¿debo abrir una sede para garantizar el relacionamiento?

Para garantizar el relacionamiento entre las partes del contrato, no es necesario tener una sede administrativa en el territorio donde se suscribió el respectivo acuerdo de voluntades, teniendo en cuenta que dentro de los mecanismos que se podrán utilizar para adelantar las etapas precontractual, contractual y post contractual incluyen el **uso de medios tecnológicos**.

34. Si tengo acuerdos suscritos, en curso o con prórrogas automáticas, ¿debo ajustarlos de acuerdo con este nuevo Decreto?

Sí, los contratos que se encuentren en curso o tengan prórrogas automáticas, aunque transitoriamente continuarán sujetos a las condiciones inicialmente establecidas en los mismos, tendrán hasta **el 1 de julio de 2022** para ajustarse a lo dispuesto en el Decreto 441 de 2022.