

g) Proponer a la Jefatura de la Oficina de Relación con el Ciudadano la adopción y/o actualización del modelo de Atención al Ciudadano, de acuerdo con las necesidades identificadas y de conformidad con los términos legales vigentes, así como evaluar y hacer seguimiento a su implementación en el Sector Defensa.

h) Presentar a la Jefatura de la Oficina de Relación con el Ciudadano la medición de satisfacción de la gestión y servicio al ciudadano, de conformidad con los objetivos, metas e indicadores establecidos.

i) Diseñar y proponer estrategias orientadas a fortalecer las Políticas de Servicio al Ciudadano, Racionalización de Trámites, Participación Ciudadana y Transparencia y Acceso a la Información Pública en el Sector Defensa.

j) Diseñar y proponer las estrategias orientadas a fortalecer el sistema de información de PQRS a la ciudadanía.

k) Las demás que sean asignadas de acuerdo con la naturaleza del grupo interno de trabajo.

Artículo 3°. La presente resolución rige a partir de la fecha de publicación, modifica parcialmente la Resolución número 0028 del 7 de enero de 2022.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 28 de marzo de 2022.

El Ministro de Defensa Nacional,

Diego Andrés Molano Aponte.

(C. F.).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETOS

DECRETO NÚMERO 441 DE 2022

(marzo 28)

por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, en el literal c) del artículo 154 de la Ley 100 de 1993, los numerales 42.1, 42.3, 42.14 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, el párrafo primero del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, y en desarrollo de lo establecido en los artículos 178 y 179 de la Ley 100 de 1993, 7 del Decreto ley 1281 de 2002, 44 de la Ley 1122 de 2007 y el numeral 8 del artículo 155 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 5° de la Ley 1751 de 2015, es obligación del Estado, entre otras, la de formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de la población, en coordinación con todos los agentes del sistema, correspondiendo al Gobierno nacional implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial, con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, que se fundamenta en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, su atención integral y de calidad y rehabilitación, en el marco de la integralidad, continuidad y oportunidad en la atención.

Que, en desarrollo de lo establecido en el artículo 179 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben adelantar procesos de contratación para garantizar la atención en salud de la población frente a la cual son responsables de su aseguramiento, a través de la articulación de los servicios, el acceso efectivo a estos y la garantía de la calidad en la prestación de estos.

Que en desarrollo de los principios de sostenibilidad y eficiencia definidos en los literales i) y k) del artículo 6° de la Ley 1751 de 2015, se deben establecer reglas que mejoren las relaciones de los agentes del sistema en la contratación de los servicios y tecnologías de salud, orientados hacia la calidad en la prestación de estos y la obtención de resultados en la salud de los afiliados.

Que, en el artículo 8° de la citada Ley se estableció la integralidad en la atención y la prohibición correlativa de fragmentar la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario, haciéndose necesario reorientar los aspectos operativos, técnicos y financieros de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables del aseguramiento, los prestadores de servicios de salud y los proveedores a fin de garantizar este principio.

Que, el artículo 5° del Decreto ley 1295 de 1994 establece que los servicios de salud que demande un afiliado, derivados de un accidente de trabajo o de enfermedad laboral, en los tratamientos de rehabilitación laboral y los servicios de medicina ocupacional y urgencias, podrán ser prestados directamente por las administradoras de riesgos laborales, o contratados por estas con los prestadores de servicios de salud bajo las modalidades de contratación y de pago aplicables al sector salud.

Que, con fundamento en las citadas disposiciones y revisada la contratación en el Sector Salud, se identificaron fallas de mercado relacionadas con las asimetrías de la información que se presentan con ocasión de la negociación y celebración de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud.

Que, una de las falencias identificadas tiene relación con la información que debe ser tenida en cuenta, por lo que se requiere establecer elementos mínimos que deben ser contemplados por las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, en la etapa de negociación de los acuerdos de voluntades, con el fin de fortalecer la información relevante que les permita elaborarlos.

Que, atendiendo a las necesidades de las relaciones contractuales en el Sector Salud y la efectiva prestación y provisión de los servicios y tecnologías en salud a los usuarios, se hace necesario regular aspectos generales relacionados con las etapas precontractual, contractual y poscontractual de los acuerdos de voluntades celebrados entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o los proveedores de tecnologías en salud, brindar herramientas al mercado para mitigar las asimetrías de la información y evitar el abuso de posiciones dominantes, así como incluir mecanismos de protección a los usuarios.

Que, adicionalmente, a través de la definición de reglas generales para los procesos de negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación o provisión de los servicios y tecnologías de salud, se pretende fortalecer la confianza entre las diferentes entidades responsables del pago, los prestadores de servicios de salud, los proveedores de tecnologías en salud y los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que, en consideración de los elementos mínimos de la etapa de negociación y las especificidades técnicas que deben tener los acuerdos de voluntades para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, es necesario establecer el contenido mínimo que deben tener los acuerdos de voluntades, para incentivar una adecuada gestión de la contratación y del seguimiento de su ejecución, lo cual no obsta para que, en ejercicio de la libertad contractual y la autonomía de la voluntad, las partes incluyan elementos adicionales, de acuerdo con las necesidades particulares; con base en esto, se realiza una identificación de los elementos mínimos del acuerdo y las partes se encuentran en total libertad para fijar su contenido.

Que, en aras de avanzar en la regulación de modalidades de pago que consoliden incentivos dirigidos al establecimiento de condiciones de contratación y pago justas, estables y que cuenten con las garantías que no afecten el desarrollo de las actividades propias de los agentes y el logro de resultados, es necesario actualizar las modalidades de pago a aquellas enfocadas en la atención integral del usuario, la agrupación de servicios y tecnologías en salud alrededor de una población definida o de eventos y condiciones en salud, y que permitan la optimización en el uso de recursos para la atención en salud.

Que, en aras de garantizar el acceso continuo de los usuarios a la prestación o provisión de los servicios o tecnologías en salud, sin interrupciones por razones administrativas, en los términos del literal d) del artículo 6° de la Ley 1751 de 2015, es necesario incluir disposiciones que permitan eliminar barreras administrativas que afecten la prestación o provisión de los servicios o tecnologías y que tengan como fuente los acuerdos de voluntades, priorizando la atención integral del usuario y quitándole la carga administrativa de tramitar autorizaciones, estando esta en cabeza de los prestadores de servicios de salud, o los proveedores de tecnologías en salud, cuando sea requerida con base en el acuerdo de voluntades.

Que, teniendo en cuenta las complejidades en salud de los pacientes con condiciones crónicas o de alto costo y la demanda de los servicios para las atenciones que requieren, con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de esta población y evitar la fragmentación del proceso de atención derivada de los procesos de negociación, los acuerdos de voluntades y las dinámicas del mercado, es necesario incluir disposiciones especiales para estos pacientes, cuando se presenten cambios del prestador de servicio de salud o el proveedor de tecnologías en salud; así como, incluir disposiciones para la entrega de la información clínica, epidemiológica y de prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud al nuevo prestador o proveedor.

Que, igualmente, es necesario incluir reglas particulares para la terminación anticipada de los acuerdos de voluntades que incluyan la atención de pacientes con condiciones crónicas o de alto costo, teniendo en cuenta que se debe garantizar la continuidad ininterrumpida de los tratamientos a esta población.

Que, teniendo en cuenta las situaciones excepcionales de asignación de afiliados por retiro, liquidación voluntaria, revocatoria de la habilitación o intervención forzosa administrativa para liquidar una EPS, así como los plazos previstos para la efectividad de la asignación, y los deberes de la EPS receptora para garantizar el acceso de los afiliados asignados a la red de prestadores, es necesario incluir normas especiales que garanticen el acceso al derecho a la salud de los usuarios mientras la EPS adelanta los procedimientos necesarios para celebrar los acuerdos de voluntades con los prestadores de servicios de salud.

Que, con el fin de contar con variables medibles y cuantificables, para que las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, realicen el seguimiento y monitoreo de la ejecución del objeto contractual, es necesario que en los acuerdos de voluntades se incluyan, como mínimo, indicadores de calidad, de gestión y de resultados en salud, los que deben ser fijados por

las partes, en ejercicio de su autonomía de la voluntad, de acuerdo con las obligaciones asumidas en cada acuerdo.

Que, con el propósito de verificar el seguimiento de los acuerdos de voluntades y la facturación, se requiere incluir, entre otros elementos, el modelo de auditoría, reglas especiales para la auditoría de cuentas médicas, con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, así como permitir el acceso a la historia clínica de los usuarios con el fin de verificar la efectiva prestación o provisión de los servicios y tecnologías en salud, garantizando el adecuado tratamiento de los datos personales y sensibles, conforme con lo establecido en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias.

Que, en concordancia con lo establecido en los artículos 241 de la Ley 1955 de 2019 y 13 de la Ley 1966 de 2019, se deben implementar incentivos económicos y no económicos en el Sistema, por lo cual, se habilita a las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud para que pacten el reconocimiento de incentivos de tipo económico y no económico con base en los indicadores de calidad, gestión y resultados en salud establecidos en el acuerdo de voluntades.

Que la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, C. P. Édgar González López, en concepto del 27 de noviembre de 2018, Rad. 11001-03-06-000-2018-00093-00, con referencia a las “normas aplicables a las facturas generadas por la prestación de servicios de salud”, concluyó que, en cumplimiento de las funciones reglamentarias asignadas en las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1797 de 2016, “correspondería al Ministerio de Salud y Protección Social adoptar las directrices que sean necesarias para que los prestadores y pagadores de los servicios de salud ajusten las facturas de salud a los requisitos del Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008, pero con aplicación prevalente de las normas especiales de las facturas de salud”, por lo cual, el Gobierno nacional considera necesario incluir normas relacionadas con las facturas de venta que son expedidas por la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud en el marco de los acuerdos de voluntades, de forma que se armonicen las normas especiales del sector salud con las de la Ley 1231 de 2008 y el Estatuto Tributario.

Que en concordancia con la armonización de las normas especiales del sector salud con las de la Ley 1231 de 2008 y el Estatuto Tributario, en consideración de las etapas y los plazos perentorios establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, es necesario establecer los momentos a partir de los cuales se da la aceptación expresa o tácita de las glosas y las facturas de venta.

Que, en el marco del proceso de producción normativa y con ocasión de la participación de la ciudadanía y los actores del Sistema de Salud, se identificaron acciones dilatorias en el flujo de recursos que tienen origen en las relaciones contractuales entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, por lo que, teniendo en cuenta la prevalencia de la autonomía de la voluntad en la libertad de contratación y de configuración contractual, es necesario brindar herramientas al mercado de carácter dispositivo para contrarrestar y mitigar este tipo de acciones dilatorias cuando ocurran eventos que afecten el curso normado y eficiente flujo de los recursos entre los actores del SGSSS.

Que, teniendo en cuenta que es frecuente que en el sector privado ocurra la renovación o prórroga automática de los acuerdos de voluntades o que su plazo supere más de una vigencia, es necesario que estos incluyan mecanismos de actualización de los valores y de la nota técnica, los cuales deben surgir de la autonomía de la voluntad, la libertad de contratación y la libertad de configuración contractual, y, en concordancia con lo establecido en los artículos 2.5.3.5.2 y 2.5.3.5.3 del Decreto 780 de 2016, relacionados con los incrementos del valor de los servicios de salud, se requiere una disposición de carácter supletivo que opere ante el silencio de las partes o la falta de acuerdo sobre la actualización de dichos valores en los términos del artículo 2.5.3.5.3, priorizando en todo caso la autonomía de la voluntad y las libertades contractuales.

Que a través de la Ley 1966 de 2019 se adoptaron medidas para “[m]ejorar la eficiencia de operación y transparencia a través de la unificación de los sistemas de información de gestión financiera y asistencial, la publicación de información esencial para el control social y rendición de cuentas de los agentes del sector; así como introducir decisiones de operación de la prestación de servicios y mecanismos de asignación de recursos para el aseguramiento por desempeño, con el fin de promover la alineación entre agentes del sector, que logre resultados encaminados hacia el mejoramiento de la salud y de la experiencia de la población colombiana en los servicios de salud”.

Que en cumplimiento de lo previsto por los artículos 3° y 8° de la Ley 1437 de 2011 y 2.1.2.1.14 del Decreto 1081 de 2015, Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República, modificado por el artículo 2° del Decreto 1273 de 2020, las disposiciones contenidas en el presente decreto fueron publicadas en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social para comentarios de la ciudadanía y los grupos de interés, durante el período comprendido entre el 16 y el 30 de agosto de 2021.

Que, en aras de garantizar la difusión del proyecto decreto y contar con la máxima participación de los diferentes actores del Sector Salud, se programaron seis (6) mesas de socialización del proyecto normativo, con asistencia presencial y virtual, de las cuales tres (3) se desarrollaron en la ciudad de Bogotá, D. C., los días 27, 28 y 29 de septiembre de 2021, una (1) en la ciudad de Cartagena el día 4 de octubre de 2021, una (1) en la ciudad

de Cali el día 5 de octubre de 2021 y una (1) en la ciudad de Medellín el día 11 de octubre de 2021.

Que, en virtud de lo establecido en el artículo 2.2.2.30.7 del Decreto 1074 de 2015, se deja constancia que el Superintendente de Industria y Comercio emitió concepto de abogacía de la competencia, a través de oficio 21-352478- -34-0 del 12 de noviembre de 2021, en el cual efectuó algunas recomendaciones en relación con las características que deben tener las redes integrales de los prestadores de servicios de salud al momento de suscribirse los acuerdos de voluntades, que fueron acogidas en texto.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1°. Sustitúyase el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

Capítulo 4

Contratación

Sección 1. Disposiciones generales

Artículo 2.5.3.4.1.1. Objeto. El presente capítulo 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, y establecer mecanismos de protección a los usuarios.

Artículo 2.5.3.4.1.2. Campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en este capítulo aplican a las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud; así como 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 a quienes les sea aplicable el presente Capítulo.

Artículo 2.5.3.4.1.3 Definiciones. Para efectos del presente Capítulo se adoptan las siguientes definiciones:

1. Entidades Responsables de Pago (ERP). Son las encargadas de la planeación y gestión de la contratación y el pago a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, en aras de satisfacer las necesidades de la población a su cargo en materia de salud. Se consideran como tales, las entidades promotoras de salud, 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.

2. Mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica. Medidas que deben ser pactadas en las modalidades de pago prospectivas, con el objeto de mitigar el impacto financiero ocasionado por las desviaciones encontradas durante la ejecución del acuerdo de voluntades que afecten las frecuencias de uso, poblaciones y costos finales de atención, frente a lo previsto en la nota técnica, de acuerdo con la caracterización poblacional inicialmente conocida por las partes.

3. Modalidad de pago. Forma y compromiso pactado en los acuerdos de voluntades que permite definir su unidad de pago, teniendo en cuenta los servicios y tecnologías incluidos, sus frecuencias de uso en el caso de los pagos prospectivos, la población objeto, los eventos y las condiciones en salud objeto de atención y los demás aspectos que las partes pacten.

4. Nota técnica. Es una herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes que suscriben el acuerdo de voluntades, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud, su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo, atendiendo al término de duración pactado y a las situaciones que puedan presentarse durante su ejecución, soportando de esta manera la tarifa final acordada de manera global o por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago.

5. Pago prospectivo. Modalidad de pago en la cual se define por anticipado el valor esperado de la frecuencia de uso de un conjunto de servicios y tecnologías en salud y de su costo, y que permite determinar previamente un pago por caso, persona o global, que tienen características similares en su proceso de atención.

6. Pago retrospectivo. Modalidad de pago posterior al proceso de atención, en la cual no se conoce con anterioridad el monto final a pagar, y está sujeto a la frecuencia de uso de servicios y tecnologías en salud.

7. Prestadores de servicios de salud (PSS). Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y el transporte especial de pacientes, que estén inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS y cuenten con servicios habilitados. Esto no incluye a las entidades con objeto social diferente, teniendo en cuenta que sus servicios no se financian con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

8. Proveedores de tecnologías en salud-PTS. Se considera 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.

9. Referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permite prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando los principios de la calidad, continuidad e integralidad de los servicios en función de la organización de las Redes integrales de Prestadores de Servicios de Salud definidas por la entidad responsable de pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica de un prestador de servicios de salud inicial a otro, para la atención o complementación diagnóstica que dé respuesta a las necesidades de salud de estos, de conformidad con el direccionamiento de la entidad responsable de pago.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da a la entidad responsable de pago y al prestador de servicios de salud inicial y puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o la entrega de información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora.

10. Riesgo primario. Es la variación en la incidencia o en la severidad no evitable de un evento o condición médica en la población asignada, que afecta financieramente a quien asume este riesgo. Este riesgo debe ser incluido en la nota técnica, cuando aplique.

11. Riesgo técnico. Es la variación en la utilización de recursos en la atención en salud, en la ocurrencia de complicaciones o en la severidad, que se encuentra asociada a factores no previsibles en la atención o no soportados con la evidencia científica y que afecta financieramente a quien asume este riesgo. Este riesgo debe ser incluido en la nota técnica, cuando aplique.

Sección 2. De los acuerdos de voluntades

Artículo 2.5.3.4.2.1 Elementos para la negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud. Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, en cumplimiento de sus funciones y responsabilidades, adelantarán una etapa de negociación que tendrá como mínimo los siguientes elementos:

1. Por parte de las entidades responsables de pago:

1.1. El modelo de atención en salud.

1.2. La caracterización de la población o el análisis de situación en salud, según corresponda y conforme con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como la información adicional que se requiera para que los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud estén en capacidad de identificar las condiciones de salud de la población que será atendida, de acuerdo con la modalidad de pago a convenir.

2. Por parte de los prestadores de servicios de salud:

2.1. El modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características de cada territorio.

2.2. La relación de sedes y servicios de salud habilitados, sus grados de complejidad y modalidades de prestación de servicios, acorde con la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

2.3. La capacidad instalada y disponible asociada a los servicios habilitados.

2.4. La oferta de servicios y tecnologías en salud.

3. Por parte de los proveedores de tecnologías en salud:

3.1. El modelo de disposición, entrega o prestación de tecnologías en salud acorde con las características del territorio donde operan.

3.2. La oferta de tecnologías en salud.

3.3. La capacidad instalada, operativa, logística y de gestión para la provisión de las tecnologías en salud.

4. Elementos comunes a las partes:

4.1. Indicadores establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS), aquellos que dan cuenta de los resultados en salud definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), incluyendo las de obligatorio cumplimiento y aquellas priorizadas por la entidad responsable de pago y demás que sean requeridos según la normativa vigente.

4.2. Modelo de auditoría para las partes, que debe cumplir como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio, así como las disposiciones del SOGCS y la revisoría de cuentas, conforme con los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. Los sistemas de información y demás mecanismos, cuyo uso sea necesario para la ejecución, registro y seguimiento del cumplimiento del objeto contractual.

4.3. Identificación de los riesgos previsibles propios del acuerdo de voluntades, diferente de los riesgos técnico y primario, su tipificación y los mecanismos de administración y distribución de sus efectos, para ser tenidos en cuenta en las obligaciones asumidas por las partes.

Parágrafo. Las partes que suscriban el acuerdo de voluntades deberán conservar la evidencia del proceso de negociación, así como los insumos y soportes respectivos, lo cual hará parte integral del acuerdo de voluntades.

Artículo 2.5.3.4.2.2 Contenido mínimo de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud. Con independencia de la o las modalidades de pago, los contenidos y elementos esenciales de los acuerdos de voluntades, estos deberán contener como mínimo lo siguiente:

1. Objeto determinado.

2. Plazo de duración del acuerdo y de ejecución de las obligaciones.

3. Lugar donde se prestan los servicios o se proveen las tecnologías en salud.

4. Base de datos georreferenciada de la población objeto de atención para las intervenciones individuales, o las estimaciones poblacionales y sus características epidemiológicas para las intervenciones colectivas y su mecanismo de actualización, que incluya la periodicidad, según la modalidad de pago.

5. Relación de los servicios de salud habilitados sujetos a contratación, en los acuerdos de voluntades celebrados con prestadores de servicios de salud, conforme con lo registrado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

6. Relación de tecnologías en salud objeto de contratación.

7. Red Integral de Prestación de Servicios de Salud a la que pertenecen los prestadores de servicios de salud, habilitada y registrada en el módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y su articulación con los proveedores de tecnologías de salud, en los términos establecidos en el artículo 2.5.3.4.7.3 de este decreto, así como la complementariedad en servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con la población a atender y el lugar de prestación o provisión.

8. La modalidad o modalidades de pago y los mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica.

9. El listado de guías de práctica clínica y protocolos de atención, según el objeto contractual y los mecanismos acordados para su entrega y actualización.

10. Nota Técnica, según la modalidad de pago.

11. Las tarifas de acuerdo con la modalidad de pago pactada.

12. Las rutas integrales de atención en salud obligatorias y aquellas priorizadas por la entidad responsable de pago, y sus lineamientos técnicos y operativos, según el objeto contractual.

13. Identificación de los servicios y tecnologías de salud que requieren autorización para su prestación o provisión y mecanismo expedito para su trámite.

14. Mecanismos para la coordinación del proceso de referencia y contrarreferencia, cuando aplique.

15. Los indicadores pactados, estableciendo la periodicidad a su seguimiento, la cual en ningún caso podrá ser superior al plazo del acuerdo.

16. El proceso periódico de seguimiento a la ejecución del acuerdo de voluntades.

17. La especificación de los reportes de obligatorio cumplimiento que se deben remitir a las entidades responsables de pago conforme al objeto del acuerdo de voluntades, así como los procesos de entrega, acorde con los términos reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

18. Los plazos de pago, los cuales no pueden exceder lo establecido en los artículos 13 de la Ley 1122 de 2007, 57 de la Ley 1438 de 2011 y 3 de la Ley 2024 de 2020, según el caso.

19. Los mecanismos para la solución de conflictos que sean acordados.

20. Los mecanismos y términos para la renovación automática, terminación y liquidación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta los artículos 2.5.3.4.6.1. y 2.5.3.4.6.2 de este decreto y la normatividad aplicable en cada caso.

21. Los incentivos pactados, de acuerdo con el artículo 2.5.3.4.2.5 de este decreto.

22. La metodología para determinar el cumplimiento de las frecuencias mínimas o periodicidad per cápita y el debido proceso para realizar los descuentos en caso de incumplimiento, de acuerdo con el artículo 2.5.3.4.5.5 de este decreto.

Parágrafo. Las entidades responsables de pago garantizarán el acceso oportuno a la información de la población a ser atendida, asegurando su calidad, depuración y la actualización oportuna de las novedades, a través de bases de datos georreferenciadas o mediante los mecanismos de verificación de derechos al momento de la atención, la cual deberá corresponder con lo registrado en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), así como la requerida para el cumplimiento de las disposiciones que reglamentan la factura electrónica de venta en el sector salud.

Artículo 2.5.3.4.2.3. Modalidades de pago aplicables en los acuerdos de voluntades. En los acuerdos de voluntades se podrá escoger y pactar libremente una o varias modalidades de pago, de acuerdo con el objeto contractual y las obligaciones a cargo de las partes 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, entre otras, las siguientes:

1. **Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta:** Modalidad prospectiva en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud.

2. Pago global prospectivo: Modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual 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, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades.

3. Pago por capitación: Modalidad de pago prospectiva que aplica para 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, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un periodo de tiempo determinado.

4. Pago por evento: Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.

Parágrafo 1º. En los acuerdos de voluntades en los que se pacten modalidades de pago prospectivas, siempre se deberán incorporar notas técnicas y pactar mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de estas.

Parágrafo 2º. Cuando en los acuerdos de voluntades se incluyan acciones de detección temprana y atención de condiciones crónicas por parte de un mismo prestador de servicios de salud y se pacte una sola modalidad de pago para estas fases de la atención, se deberán incluir mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica, que garanticen su gestión.

Artículo 2.5.3.4.2.4 Nota técnica. En los acuerdos de voluntades en los que se pacten modalidades de pago prospectivas, se debe incluir la nota técnica, como anexo que hace parte integral del acuerdo de voluntades, la cual debe contener como mínimo los siguientes elementos:

1. Población objeto total y susceptible de cada servicio o tecnología en salud de acuerdo con la caracterización poblacional, el nivel de acceso de las poblaciones, los aspectos operativos de la prestación y los modelos diferenciales.

La caracterización poblacional debe incluir la descripción de factores de riesgo relacionados con los modos, condiciones y estilos de vida de los usuarios, sus condiciones en salud coexistentes y su severidad, que faciliten la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud a estos, contemplando los riesgos a los que hacen referencia los numerales 10 y 11 del artículo 2.5.3.4.1. 3 de este decreto.

2. Frecuencias de uso de los servicios y tecnologías en salud, de acuerdo con el plazo del acuerdo de voluntades y sus probabilidades de uso.

En los acuerdos de voluntades cuyo objeto sea la prestación de servicios para una RIAS, las frecuencias de uso deben establecerse con base en la normativa vigente que la regula, así como en los lineamientos técnicos o el modelo de atención establecido por la entidad responsable de pago.

3. Costos acordados para cada servicio o tecnología en salud, de acuerdo con las diferentes modalidades de prestación de los servicios de salud.

4. Periodicidad con que será monitoreada y evaluada, la que, en ningún caso, podrá ser igual o superior al plazo del acuerdo.

Los servicios y tecnologías incluidos en la nota técnica se expresarán con los códigos establecidos en las tablas de referencia estandarizadas y publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), los cuales son de uso obligatorio en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Parágrafo. En los acuerdos de voluntades en los que se pacten modalidades de pago retrospectivas se puede incluir la nota técnica; sin embargo, en cualquier caso, el elemento establecido en el numeral 1 de este artículo debe ser incluido en todos los acuerdos de voluntades, independientemente de su modalidad de pago, en concordancia con el numeral 4 del artículo 2.5.3.4.2.2 de este decreto.

Artículo 2.5.3.4.2.5 De los incentivos y pagos basados en valor. En los acuerdos de voluntades se podrá pactar el reconocimiento de incentivos de tipo económico o no económico por la mejoría, logro y mantenimiento de resultados de los indicadores pactados, eligiendo un mecanismo que estimule la prestación y provisión de servicios y tecnologías basado en valor, de acuerdo con el objeto del acuerdo de voluntades.

Sección 3. Seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades

Artículo 2.5.3.4.3.1 Indicadores. Para el seguimiento de los acuerdos de voluntades se deberán incluir indicadores de estructura, proceso o resultado, con su respectiva ficha técnica, que den cuenta de:

1. **La calidad de la atención:** Incluye la oportunidad en la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud, la accesibilidad en la atención, la seguridad del paciente y la experiencia en la atención al usuario, de conformidad con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

2. **La gestión:** Incluye el uso de servicios y tecnologías en salud y recursos, así como los tiempos de facturación, radicación, devoluciones, glosas, gestión de respuesta, pagos, cartería, entre otros.

3. **Los resultados en salud:** Incluye la intervención de riesgos en salud, el éxito terapéutico y la incidencia de complicaciones relacionadas con condiciones ya

instauradas, eventos en salud, proceso de atención y otras relacionadas según el objeto del acuerdo de voluntades.

Para estos fines, se deberá hacer uso de instrumentos y procedimientos para el seguimiento nominal y del proceso de atención en salud a la población objeto del acuerdo de voluntades.

El seguimiento de los indicadores deberá considerar su línea de base al momento de iniciar la ejecución del acuerdo de voluntades y, en caso de prórrogas, los avances en su gestión durante el término ejecutado.

En caso de eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito, que afecten la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud y el cumplimiento de los indicadores pactados, estos deberán ser ajustados de acuerdo con las nuevas condiciones.

Artículo 2.5.3.4.3.2 Auditoría. El modelo de auditoría debe contemplar como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio que hacen parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de cada uno de los agentes, de conformidad con lo establecido en el Capítulo 4 "Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud" del Título 1 de la Parte 5 del Libro 2 de este decreto o la norma que los modifique, adicione o sustituya.

Los proveedores de tecnologías en salud que suscriban acuerdos de voluntades y realicen procesos de auditoría deberán acogerse a lo previsto en el presente artículo.

Artículo 2.5.3.4.3.3 Auditoría de cuentas médicas. La auditoría de las cuentas médicas se realizará con base en los soportes definidos en el artículo 2.5.3.4.4.1. del presente decreto, con sujeción a los estándares establecidos en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a los términos señalados en el trámite de glosas establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, y de acuerdo con la información reportada y validada en el Registro Individual de Prestaciones de Salud.

Artículo 2.5.3.4.3.4 Acceso a la historia clínica. Para los efectos previstos en este Capítulo, el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud deberá garantizar a la entidad responsable de pago el acceso a la historia clínica del usuario a través de medios electrónicos o digitales, con el fin de facilitar los procesos de auditoría y seguimiento. La entidad responsable de pago deberá cumplir con las condiciones de seguridad adoptadas por el prestador o proveedor para la guarda y custodia de los datos personales y datos sensibles contenidos en esta.

El tratamiento de los datos personales, en especial de los datos sensibles, se realizará con sujeción a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, la Ley 2015 de 2020, para lo cual adoptarán medidas de responsabilidad demostrada con el propósito de garantizar la veracidad, seguridad, confidencialidad, calidad, uso y circulación restringida de la información.

Artículo 2.5.3.4.3.5 Monitoreo y evaluación de la nota técnica. El acuerdo de voluntades debe incluir el monitoreo y la evaluación periódica de la nota técnica para determinar su cumplimiento o desviación en cuanto a población susceptible, frecuencias y valores, con el fin de determinar la necesidad de ajustes en los mismos, a través de mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica.

Sección 4. Facturas de venta y glosas

Artículo 2.5.3.4.4.1 Soportes de cobro. Los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud deberán presentar a las entidades responsables de pago las facturas de venta con los soportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que haya lugar a exigir soportes adicionales. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es soporte obligatorio para la presentación y pago de la factura de venta, el cual será validado de conformidad con lo establecido por dicho Ministerio.

Artículo 2.5.3.4.4.2 Aceptación de las glosas. La aceptación de las glosas por parte del prestador de servicios de salud ocurre de forma expresa cuando dicha entidad informa de ello a la entidad responsable de pago, o de forma tácita, si transcurridos los plazos previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el prestador de servicios de salud no se pronuncia respecto de las glosas formuladas.

Artículo 2.5.3.4.4.3 Aceptación de la factura de venta. La aceptación de la factura de venta por parte de la entidad responsable de pago es expresa cuando dicha entidad infama de ello al prestador o proveedor, o tácita, si vencidos los plazos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, la entidad no formula y comunica al prestador o proveedor las glosas o no se pronuncia sobre el levantamiento total o parcial de estas.

Artículo 2.5.3.4.4.4 Factura de venta como título valor. A partir del momento en que la factura de venta sea aceptada expresa o tácitamente, se genera la obligación de pago contenida en ella y constituirá un título valor exigible por los valores aceptados, previo cumplimiento de los demás requisitos establecidos en el Código de Comercio, el Estatuto Tributario y la demás normativa aplicable.

Artículo 2.5.3.4.4.5 Acuerdos de voluntades suscritos con proveedores de tecnologías de salud. En los acuerdos de voluntades que se suscriban con proveedores de tecnologías en salud, en los que se haya pactado el trámite de glosas definido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, las facturas emitidas se regirán por lo establecido en esta Sección. En los demás casos, serán aplicables las normas establecidas en el Código de Comercio, el Estatuto Tributario y demás normativa aplicable.

Artículo 2.5.3.4.4.6 Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas. La denominación y codificación de las causas de devolución y glosa de las facturas, se realizará conforme al Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual es de obligatoria adopción en los acuerdos de voluntades sujetos a lo establecido en el artículo 51 de la Ley 1438 de 2011, así como en aquellos en los que se haya pactado su aplicación.

Sección 5. Reconocimiento y pago

Artículo 2.5.3.4.5.1 Detalle de pagos posteriores a la radicación de las facturas. Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que se efectúe el giro de los recursos por parte de la entidad responsable de pago o a través de la ADRES, la entidad responsable de pago deberá informar al prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud el detalle de las facturas de venta a las cuales les será aplicado este valor. El detalle del pago realizado no puede ser objeto de modificación posterior, con excepción de aquellas facturas que cuenten con glosa aceptada expresa o tácitamente y sobre las cuales se hubiere realizado un pago previo a la aceptación de la glosa.

En los casos en que la entidad responsable de pago no atienda esta obligación en el término establecido en el inciso anterior, el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud podrá aplicar los valores del giro a las facturas aceptadas expresa o tácitamente que no se encuentren pagadas por la entidad responsable de pago; la información de la aplicación de estos pagos deberá ser suministrada por el prestador o proveedor a la entidad responsable de pago dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al vencimiento del término previsto en el inciso anterior, con el fin de que se efectúen los ajustes presupuestales y contables correspondientes.

Artículo 2.5.3.4.5.2 Detalle de pagos previos a la radicación de las facturas. En los acuerdos de voluntades en los que se pacten pagos anticipados la entidad responsable de pago, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la radicación de la factura de venta, deberá informar al prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud el detalle del pago aplicado sobre esta. Este detalle de pago no puede ser objeto de modificación posterior, con excepción de aquellas facturas que cuenten con glosa aceptada expresa o tácitamente y sobre las cuales se hubiere aplicado el pago anticipado.

En los casos que la entidad responsable de pago no atienda esta obligación en el término establecido, el prestador de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud podrá aplicar los valores girados anticipadamente a las facturas aceptadas expresa o tácitamente y no pagadas por la entidad responsable de pago; la información de la aplicación de estos pagos deberá ser suministrada por el prestador o proveedor a la entidad responsable de pago dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al vencimiento del término previsto en el inciso anterior, con el fin de que se efectúen los ajustes presupuestales y contables correspondientes.

Artículo 2.5.3.4.5.3 Recaudo de pagos compartidos. Las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas son responsables del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras, las entidades territoriales respecto de las cuotas de recuperación, tales ingresos deben estar contabilizados en sus estados financieros.

En los acuerdos de voluntades se puede pactar el recaudo de copagos, cuotas moderadoras y de recuperación por parte de los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, el que solo podrá considerarse como parte del pago a estas cuando exista un recaudo efectivo de su valor. Igualmente, deberá establecerse el mecanismo a través del cual el prestador o proveedor notifique a la EPS, entidad adaptada o entidad territorial del no pago por parte del usuario, evento en el cual corresponderá a estas reconocer y pagar dicha suma y adelantar el cobro al usuario.

Artículo 2.5.3.4.5.4 Devoluciones y descuentos. En los acuerdos de voluntades que incluyan modalidades de pago prospectivas y en los casos que se describen a continuación, se deberán realizar devoluciones y descuentos de los recursos:

1. Cuando la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) ordene el reintegro de recursos por parte de la entidad promotora de salud o entidad adaptada por afiliados fallecidos, el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud deberá devolver proporcionalmente, a la EPS o a las entidades adaptadas, los recursos que por cuenta de tales afiliados recibió desde su fallecimiento.

2. Cuando los servicios y tecnologías en salud que deben ser prestados directamente por el prestador de servicios de salud, sean prestados por otro prestador por procesos de referencia de la entidad responsable de pago o en casos de urgencias. La entidad responsable de pago pagará su importe al prestador que haya prestado el servicio y podrá, previa información, descontar el valor de la atención al prestador de servicios de salud contratado, conforme al valor establecido en la nota técnica.

Parágrafo. El cobro de los servicios y tecnologías en salud que hayan sido prestados o provistos a la población acorde con la base de datos suministrada por la entidad responsable de pago, no podrá ser objeto de devolución o glosa, teniendo como fundamento que el usuario al momento de la atención no está incluido en la BDUA.

Artículo 2.5.3.4.5.5 Reintegro de recursos por incumplimiento. En los acuerdos de voluntades que incluyan modalidades de pago prospectivas, en los que, producto de su seguimiento se determine que el prestador o proveedor incumplió de forma injustificada las disposiciones normativas o contractuales que se describen a continuación, la entidad responsable de pago podrá realizar los descuentos, para garantizar su cumplimiento a través de otro prestador o proveedor de su red:

1. 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.

2. Servicios y tecnologías en salud que requieren un mínimo de frecuencias o periodicidad per cápita, destinados a determinar el nivel de control o la aparición de complicaciones de una condición en salud ya establecida.

La suma que la entidad responsable de pago podrá descontar al prestador o proveedor corresponderá al valor establecido en la nota técnica para los servicios y tecnologías en salud que fueron prestados por otro prestador o proveedor de su red. La entidad responsable de pago deberá informar al prestador o proveedor del descuento a realizar.

Cuando la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, advierta que la entidad responsable de pago realizó descuentos y no garantizó la prestación o provisión de estos servicios y tecnologías en salud a través de otro prestador de servicios de salud o proveedor de tecnología en salud de su red, deberá informar a la ADRES para que esta realice el procedimiento de reintegro de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, apropiados o reconocidos sin justa causa, que ha establecido el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2.5.3.4.5.6 Aplicación de pagos por glosas aceptadas. Cuando la glosa formulada haya sido aceptada y se ha pagado previamente un valor por los servicios glosados, dicha suma será descontada de las facturas de venta aceptadas que se encuentren pendientes de pago. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la aceptación expresa o tácita de la glosa, la entidad responsable de pago deberá informar al prestador de servicios de salud o proveedor de tecnología en salud las facturas sobre las cuales se aplicó el pago; si vencido este término la entidad responsable de pago no lo ha informado, el prestador o proveedor dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, podrá aplicar el pago a las facturas aceptadas tácita o expresamente, e informará a la entidad responsable de pago la aplicación de los pagos, con el fin de que se efectúen los ajustes presupuestales y contables correspondientes.

De no presentarse facturas de venta pendientes de pago, la entidad responsable de pago tendrá derecho a la devolución del valor pagado correspondiente a la glosa aceptada y al reconocimiento de intereses moratorias, liquidados de conformidad con lo establecido en el artículo 4° del Decreto ley 1281 de 2002, desde la fecha en que se realizó el giro al prestador o proveedor.

Artículo 2.5.3.4.5.7 Reconocimiento de intereses moratorias. La entidad responsable de pago que no cumpla con los plazos de pago establecidos en los artículos 13 de la Ley 1122 de 2007, 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011 y 3 de la Ley 2024 de 2020 o formule glosas infundadas o inexistentes, estará obligada a reconocer intereses moratorios al prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud desde el vencimiento de los plazos, liquidados de conformidad con lo establecido en los artículos 4° del Decreto ley 1281 de 2002 y el inciso 2° del artículo 56 de la Ley 1438 de 2011.

El pago de los intereses de mora no podrá ser realizado con cargo a los recursos destinados para la atención en salud, en los términos del inciso 2° del artículo 23 de la Ley 1438 de 2011.

Artículo 2.5.3.4.5.8 Reconocimientos económicos ante acciones dilatorias frente al flujo de recursos. En los acuerdos de voluntades se podrán incluir cláusulas que permitan efectuar reconocimientos económicos ante acciones dilatorias frente al flujo de recursos, en los casos que ocurra cualquiera de los eventos enunciados a continuación, mediante las cuales la entidad responsable de pago reconozca y pague al prestador o proveedor un valor, de conformidad con los siguientes criterios:

1. Cuando se evidencien devoluciones o glosas injustificadas o inexistentes, formuladas por la entidad responsable de pago en aplicación del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el reconocimiento económico se liquidará con base en el valor devuelto o glosado sobre el cual se presentó dicha situación, desde el momento en que se comunicó la devolución o glosa hasta el día en que se haga efectivo el pago del valor glosado.

2. Cuando la entidad responsable de pago modifique la relación de facturas que fueron objeto de giro, a la que se refiere el artículo 2.5.3.4.5.1 del presente decreto, el reconocimiento económico se liquidará con base en el valor pagado de las facturas que presentaron dicha modificación, desde el momento en que se efectuó el cambio hasta el día en que se corrija la relación de la factura y quede tal y como fue informada inicialmente.

Lo anterior no obsta para que, en ejercicio de la autonomía de la voluntad, las partes incluyan otros eventos que conlleven a reconocimientos económicos o a la constitución de cláusulas penales. En todo caso, el pago de este tipo de reconocimientos económicos o de las cláusulas penales no podrá ser realizado con cargo a los recursos destinados para la atención en salud, en los términos del artículo 23 de la Ley 1438 de 2011.

Sección 6. Duración, renovación automática y liquidación de los acuerdos de voluntades

Artículo 2.5.3.4.6.1. Duración y renovación automática de los acuerdos de voluntades. En los acuerdos de voluntades se deberá acordar e identificar plenamente su plazo de duración y se podrá pactar su renovación automática; sin embargo, los valores pactados deberán ser actualizados para cada vigencia.

Para tal efecto, las partes deberán acordar las fórmulas de actualización de los valores del acuerdo, conforme con los criterios establecidos en el artículo 2.5.3.5.2 de este decreto, y a falta de acuerdo se aplicará lo dispuesto en el parágrafo primero del artículo 2.5.3.5.3 de este decreto.

En caso de prórrogas o renovaciones automáticas de los acuerdos de voluntades, antes del inicio del periodo de prórroga o renovación, se deberá actualizar la nota técnica, teniendo en cuenta su monitoreo y evaluación, de acuerdo con el periodo contractual.

Artículo 2.5.3.4.6.2. Liquidación de los acuerdos de voluntades. Ocurrida la terminación del acuerdo de voluntades, se procederá a su liquidación. A falta de acuerdo sobre el plazo para la liquidación, esta se efectuará dentro de los cuatro (4) meses siguientes contados a partir de la fecha de terminación del mismo, culminando con la elaboración de un acta en la que quede constancia del seguimiento de la ejecución contractual, el nivel de cumplimiento final de las obligaciones asumidas por cada parte, así como de los indicadores acordados y de la nota técnica, en los casos que aplique, y en la que las partes podrán declararse a paz y salvo.

Sección 7. Mecanismos de protección al usuario

Artículo 2.5.3.4.7.1 Deber de información al usuario. Las entidades responsables de pago deben disponer, en su página web y en sus demás canales de atención, la información clara, precisa, comprensible y asequible de la red de prestadores de servicios de salud y de proveedores de tecnologías en salud contratados, la cual deberá ser permanentemente actualizada con las novedades que se presenten y contener como mínimo lo siguiente:

1. Identificación del prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud contratado por la entidad responsable de pago.
2. Sede o lugar donde se prestan los servicios o se proveen las tecnologías en salud.
3. Servicios que se prestan o tecnologías que se proveen en el marco del acuerdo de voluntades.
4. Indicadores de oportunidad para la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud y su nivel de cumplimiento.
5. Indicadores que den cuenta del nivel de satisfacción de los usuarios y su nivel de cumplimiento.
6. Indicadores de resultados en salud, cuando apliquen, y su nivel de cumplimiento.
7. Plazos fijados para prestar el servicio o proveer la tecnología de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las directrices para la publicación de la información.

Artículo 2.5.3.4.7.2 Actualización de la información de contacto de la población objeto de atención. Corresponde a las entidades responsables de pago mantener actualizados los datos de contacto de los usuarios. Los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud informarán periódicamente a las entidades responsables de pago las novedades que identifiquen para que estas la actualicen. En los acuerdos de voluntades se deberá incluir una cláusula en la que se determine la periodicidad en la que se actualizarán los datos y el mecanismo que las partes adopten para el efecto.

Artículo 2.5.3.4.7.3 Atención integral. La entidad responsable de pago debe garantizar la integralidad y continuidad del proceso de atención, estableciendo acciones dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, con uno o varios prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con los siguientes parámetros:

1. En la red integral de prestadores y proveedores debe existir complementariedad de servicios y tecnologías en salud ofertados entre estos.
2. En la atención de las RIAS de obligatorio cumplimiento y aquellas priorizadas por las entidades responsables de pago, las consultas, toma de muestras y dispensación de medicamentos que hagan parte de la misma fase de prestación, deben garantizarse en el mismo lugar de atención o en el lugar de residencia del afiliado.

Las entidades responsables de pago deberán garantizar la prestación continua de todos los servicios y tecnologías en salud requeridos para la promoción y el mantenimiento de la salud, la atención de condiciones crónicas y de alto costo y la atención de eventos en salud, manteniendo su prestación ininterrumpida, aunque existan cambios de prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud.

Artículo 2.5.3.4.7.4 Acceso a la atención integral sin mediación de la autorización. Para la prestación o provisión de un conjunto de servicios y tecnologías de salud relacionados con la atención de un evento, condición en salud o conjunto de condiciones en salud no será necesaria la solicitud de autorización, para lo cual en el acuerdo de voluntades se deben incluir las precisiones técnicas y de pertinencia de cada una de estas, con el fin de realizar la atención integral.

No habrá lugar a la solicitud de autorización para la atención integral del cáncer infantil, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 4° de la Ley 2026 de 2020; del VIH/SIDA de acuerdo con el artículo 1° de la Ley 972 de 2005; del cáncer de adultos de conformidad con la Ley 1384 de 2010; la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con la implementación de las RIAS que el Ministerio de Salud y Protección Social haya definido como de obligatorio cumplimiento; las priorizadas por la entidad responsable de pago de acuerdo con la caracterización poblacional o el análisis de la situación en salud que esta realice; la gestión de eventos y condiciones en salud priorizados a través de la política pública, y todos aquellos que así se haya previsto por la normatividad.

Cuando se requiera autorización, en los acuerdos de voluntades deberá incluirse un mecanismo expedito que facilite su expedición. El prestador o el proveedor realizará el

trámite ante la entidad responsable de pago, quien atenderá la solicitud en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social y el artículo 105 del Decreto ley 2106 de 2019 o la norma que lo modifique o sustituya, sin que el usuario intervenga.

Artículo 2.5.3.4.7.5 Proceso de referencia y contrarreferencia para garantizar la atención integral. De acuerdo con lo establecido en los artículos 2.5.3.2.16 y 2.5.3.4.7.4 de este decreto, la operación del sistema de referencia y contrarreferencia debe atender a la integralidad del proceso de atención en salud, sin limitarse a los casos de urgencias.

Artículo 2.5.3.4.7.6 Adaptabilidad en la prestación de servicios. En los acuerdos de voluntades que incluyan la atención de poblaciones que requieran un enfoque diferencial o se ejecuten en territorios con características que limiten el acceso a los servicios, de acuerdo con los elementos y principios establecidos en el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015 y en las RIAS, se deben incluir los aspectos de adaptabilidad requeridos para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud y contemplar las modalidades de prestación o provisión que se adapten a las características de la población o del territorio, de conformidad con el modelo de atención definido por la entidad responsable de pago.

Artículo 2.5.3.4.7.7 Cambio de prestador o proveedor para pacientes con condiciones crónicas o de alto costo. Cuando existan cambios en el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías de salud que atiende pacientes con condiciones crónicas o de alto costo, la entidad responsable de pago deberá informar al afiliado dicho cambio, con una antelación mínima de treinta (30) días calendario, y garantizarle los canales de atención para resolver inquietudes frente al nuevo prestador o proveedor, garantizando la continuidad en la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud, sin que se suspendan los tratamientos médicos en curso.

A más tardar, antes del vencimiento de los diez (10) días hábiles previos a la terminación del acuerdo de voluntades, el prestador o proveedor saliente deberá entregar a la entidad responsable de pago, por medios digitales o electrónicos, la epicrisis y los resultados de las ayudas diagnósticas más recientes, así como los resultados confirmatorios de las condiciones en salud, en caso de que dicha condición haya sido diagnosticada en ese prestador de servicios de salud.

Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes y, en todo caso antes de la atención del usuario trasladado, la entidad responsable de pago deberá entregar la información al nuevo prestador o proveedor, según corresponda. No obstante, esta información deberá ser actualizada con base en la última atención brindada al usuario.

Adicionalmente, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la terminación del acuerdo de voluntades, el prestador o proveedor saliente deberá entregar a la entidad responsable de pago la información correspondiente a los reportes de obligatorio cumplimiento, los soportes que se requieran en el marco de los procesos de auditoría y los dispuestos en los acuerdos de voluntades.

La entidad responsable de pago deberá garantizar la continuidad del tratamiento y que la prestación o provisión se realice, como mínimo, en las mismas condiciones de acceso, oportunidad y calidad del anterior prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud, para lo cual tendrá en cuenta, entre otros aspectos, la capacidad instalada del nuevo prestador o proveedor y los tiempos de adecuación para la recepción de pacientes sin traumatismos operativos o administrativos.

El traslado de pacientes deberá ser gradual, a través de un proceso concertado entre la entidad responsable de pago, el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías de salud saliente y el nuevo prestador o proveedor, teniendo como criterio máximo los tiempos que cada usuario requiera en la continuidad de su proceso de atención.

Parágrafo 1°. Las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud deberán conservar evidencia de la trazabilidad del proceso de traslado de usuarios y sus tiempos, de conformidad con los medios definidos en el artículo 2.5.3.4.8.2 de este decreto.

Parágrafo 2°. Cuando el cambio de prestador obedezca a la decisión del afiliado de trasladarse de entidad responsable de pago, esta deberá entregar a la entidad responsable de pago receptora, en medios digitales o electrónicos, la información referida en los incisos 2 y 3 de este artículo, dentro del periodo comprendido entre el momento en que se autorice el traslado y hasta antes de que este se haga efectivo.

Parágrafo 3°. Los términos previstos en este artículo no aplicarán cuando se trate de terminación anticipada de los acuerdos de voluntades por el retiro o liquidación voluntaria, revocatoria de la habilitación o la autorización o por la intervención forzosa administrativa para liquidar una entidad responsable de pago, o aquellos en los que se presenten cierres por acciones de inspección, vigilancia y control adelantadas por las secretarías departamentales, distritales o municipales de salud.

Artículo 2.5.3.4.7.8 Terminación anticipada del acuerdo para la atención de condiciones crónicas o de alto costo. Con excepción de los acuerdos de voluntades que terminen anticipadamente por la ocurrencia de cualquiera de los eventos referidos en el artículo 2.1.11.1 de este decreto, o aquellos por los cierres causados por acciones de inspección, vigilancia y control adelantadas por las secretarías departamentales, distritales o municipales de salud, cuando ocurra la terminación anticipada de un acuerdo que incluya la atención de condiciones crónicas o de alto costo, la entidad responsable de pago deberá informar al afiliado, con una antelación de al menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de terminación, soportando las razones que llevaron a esta decisión.

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 000464 DE 2022

(marzo 28)

por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el Capítulo Diferencial para el Pueblo Rrom.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial la conferida en el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, los numerales 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, 2, 3 y 26 del artículo 2° del Decreto 4107 de 2011, del numeral 8 del artículo 2° de la Resolución 2063 de 2017 y,

CONSIDERANDO:

Que, conforme al artículo 7° de la Constitución Política, “El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana” y en sus artículos 48 y 49 dispone, que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, quien, en el marco del principio de universalidad, garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a los habitantes del territorio nacional.

Que la Ley 21 de 1991 aprobó el Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, estableciendo en su artículo 24, que la seguridad social deberá extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicarse sin discriminación alguna; en su artículo 25 dispone que el Gobierno velará por poner a disposición de dichos pueblos, servicios de salud adecuados que les permitan organizar y prestarlos bajo su responsabilidad y control, con el fin de lograr una salud física y mental de máximo nivel, bajo el entendido que dicha organización, deberá realizarse a nivel comunitario, en la medida de lo posible, teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Que, el artículo 5° *ibidem*, estableció que deberán adoptarse disposiciones con la participación y cooperación de los pueblos interesados, las cuales estarán encaminadas a allanar las dificultades que estos experimenten y, en su artículo 33, se dispuso que la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de las medidas previstas en el Convenio adoptado, deberá contar con la participación de dichos pueblos.

Que la Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-864 de 2008, señaló que “*existen dentro del territorio del Estado, como realidades fácticas, comunidades que reúnen ciertas condiciones que determinan la existencia de un grupo culturalmente diverso, sujeto de especial protección constitucional*” y reconoció al Pueblo Rrom como un pueblo tribal objeto de la aplicación del Convenio 169 de la OIT.

Que la Ley 1751 de 2015, estableció, en su artículo 2°, que la salud es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, que incluye “*el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud*”.

Que, el literal b) del artículo 6° *ibidem*, dispuso, como elemento esencial del derecho fundamental a la salud, la “*aceptabilidad*” que hace referencia al respeto que los agentes del Sistema deben tener frente a “*las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten ...*”. A su vez, el literal l) del artículo 6° mencionado, señaló como principio del derecho a la salud, la “*interculturalidad*”, definida como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren las diferencias culturales en la salud a partir del reconocimiento de “*los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud ...*”, y en su literal n) define como principio la protección de pueblos y comunidades indígenas, Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras a quienes se les garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Que, con fundamento en las facultades legales conferidas en el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011, este Ministerio profirió la Resolución 1841 de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) - 2012 - 2021 y, de esta forma, definió la política que orienta la salud pública del país durante el periodo mencionado, a partir de ocho dimensiones prioritarias: salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, y salud en el ámbito laboral; a su vez, define dos dimensiones transversales: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, concebidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y coordinación de acciones sectoriales, comunitarias y transectoriales para mejorar la salud de la población.

Que, la dimensión transversal “*Gestión diferencial de poblaciones vulnerables*” del PDSP 2012-2021, reconoce las diferencias entre distintos grupos poblacionales y la necesidad de responder con medidas adecuadas a los requerimientos de las poblaciones en las que dichas diferencias, significan desventaja o están relacionadas con múltiples factores que generan inequidades y, en el numeral 8.1.4.4. “*Salud en poblaciones étnicas*”, establece que se definirán los objetivos sanitarios, metas, estrategias y acciones concertadas con los grupos étnicos, como sujetos de derechos, para promover la atención con calidad de acuerdo con las necesidades diferenciales.

En el informe que presente la entidad responsable de pago al afiliado, deberá incluirse la identificación del prestador de servicios de salud o proveedor de tecnología en salud que va a atenderlo una vez termine el acuerdo de voluntades, demostrando la suficiencia de su capacidad instalada y los datos que respaldan su idoneidad técnica, esto es, aquellos que le permitan mantener o mejorar las condiciones de acceso, oportunidad y calidad en las que prestaba la atención el anterior prestador o proveedor, según corresponda, las cuales en ningún caso podrán ser desmejoradas. Este informe podrá ser solicitado en cualquier momento por la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

Artículo 2.5.3.4.7.9 Continuidad de la atención en las asignaciones de afiliados. En los casos de asignación de afiliados, hasta tanto sea contratada la red integral de la entidad promotora de salud receptora en el municipio donde le fueron asignados los afiliados, se podrá continuar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías de salud que atendía a los usuarios antes de la fecha en que se haga efectiva la asignación, sin que se requiera la suscripción de un acuerdo de voluntades con este. Salvo pacto en contrario, la EPS receptora le reconocerá al prestador o proveedor las atenciones bajo la modalidad de pago por evento.

En todo caso, se deberá garantizar que la prestación se realice, como mínimo, en las mismas condiciones de acceso, oportunidad y calidad en las que se prestaba antes de la asignación y no podrá ser interrumpida por razones administrativas o económicas.

Sección 8. Disposiciones finales

Artículo 2.5.3.4.8.1 Reporte y disponibilidad de información. Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud están obligados a reportar y publicar la información que el Ministerio de Salud y Protección Social determine en desarrollo de los artículos 3° y 4° de la Ley 1966 de 2019 y las demás normas aplicables.

La información reportada e integrada en el sistema determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social será insumo para que todos los actores del SGSSS ejerzan sus funciones y competencias.

Artículo 2.5.3.4.8.2 Canales de relacionamiento entre las partes. Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud deberán acordar mecanismos ágiles, eficaces y oportunos para desarrollar los procesos relacionados con las etapas precontractual, contractual y poscontractual en el territorio donde se ejecute el acuerdo de voluntades. En estos mecanismos se podrán incluir el uso de medios tecnológicos.

Artículo 2.5.3.4.8.3 Mecanismos de entrega y actualización de información. Los mecanismos y plazos para la entrega y actualización de la información deberán constar en el acuerdo de voluntades y serán parte integral de este. Para la entrega y actualización de información durante las etapas precontractual, contractual y poscontractual, se deben priorizar los medios digitales y electrónicos.

Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud deben adoptar medidas de responsabilidad demostrada y reforzada para garantizar el tratamiento de los datos personales y los datos sensibles, dando estricto cumplimiento a las normas previstas en el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, garantizando la veracidad, seguridad, confidencialidad, calidad, uso y circulación restringida de esta información.

Artículo 2.5.3.4.8.4 Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud adelantará las acciones de inspección, vigilancia y control, en el marco de sus competencias respecto del cumplimiento de lo establecido en el presente Capítulo; para el efecto hará uso del sistema de información que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 3° y 4° de la Ley 1966 de 2019.

Parágrafo transitorio. Hasta tanto entre en funcionamiento el sistema de información que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social la Superintendencia Nacional de Salud determinará el mecanismo a través del cual las entidades responsables de pago, prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud suministren la información que permita realizar el seguimiento a las disposiciones establecidas en el presente Capítulo.

Artículo 2°. *Transitoriedad.* Las entidades responsables de pago, los prestadores y los proveedores deberán implementar las disposiciones del presente decreto a partir del 1° de mayo de 2022.

Los acuerdos de voluntades que se encuentren en curso continuarán sujetos a las condiciones establecidas en estos y tendrán hasta el 1° de julio de 2022 para ajustarse a lo dispuesto en el presente decreto. El incumplimiento de esta obligación será objeto de sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 3°. *Vigencia.* El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 28 de marzo de 2022.

IVÁN DUQUE MÁRQUEZ

El Ministro de Salud y Protección Social,

Fernando Ruiz Gómez.