

Comentarios al proyecto de Decreto “Por el cual se adiciona un capítulo al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, y se reglamenta el artículo 2 de la Ley 2026 de 2020, a fin de establecer las condiciones para la prelación en el pago y el giro directo del valor de las atenciones en salud a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer, así como para la verificación del cumplimiento de dichas condiciones”.

2.5.2.6.3. Facturación independiente de las atenciones en salud a menores con cáncer.

De acuerdo con el artículo, las atenciones en salud de la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer deben ser facturados por las IPS de manera independiente a otros servicios en salud y radicarse ante las EPS, especificando la población destinataria de los servicios facturados.

Se sugiere precisar qué manejo se le da a los contratos por capitación que incluyen servicios para población menor de edad con y sin presunción o diagnóstico de cáncer. Así por ejemplo, pueden existir programas de vacunación o de actividades de detección temprana para un grupo etario determinado, con lo cual no sería posible separar la facturación para población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer, de la que no tiene dicho diagnóstico, dado que el pago se realiza global para toda el grupo que conforma la cápita.

Se sugiere precisar que la facturación independiente se realiza sin perjuicio de la modalidad de contratación elegida. Lo anterior a fin de que no se entienda de manera equivocada que la única modalidad posible para facturar de manera independiente, es la de pago por servicio.

2.5.2.6.4. Pago anticipado de las atenciones en salud a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer.

De acuerdo con el artículo, las atenciones en salud a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer que se hayan pactado en acuerdos de voluntades bajo la modalidad de capitación, deberán pagarse 100% de manera anticipada y para otras modalidades de contratación, las EPS e IPS podrán acordar anticipos superiores a los mínimos establecidos por la Ley 1122 de 2007, y los valores restantes deberán ser cancelados en todo caso dentro de los plazos previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Se solicita precisar que a partir de enero 1° de 2023 aplica el plazo establecido en el artículo 3° de la Ley 2024 de 2020 o Ley de plazos justos, según el cual *“En cuanto a las operaciones mercantiles que se realicen en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el plazo máximo y*

definitivo para el pago de obligaciones será de sesenta (60) días calendario. Dicho plazo comenzará a regir desde el inicio del tercer año contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley”.

Igualmente, se solicita precisar que en virtud de la expedición de la Ley 2024 de 2020 sobre plazos justos, operó la derogatoria de los plazos contenidos en el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 que se mencionan en el proyecto de Decreto. Esto último porque la Ley 2024 de 2020 contiene una regulación integral de la materia relativa a plazos para el pago, con lo cual opera la derogatoria por regulación integral de la materia en los términos del artículo 3 de la Ley 153 de 1887, según el cual se estima insubsistente una disposición legal “por existir una ley nueva que regula íntegramente la materia a que la anterior disposición se refería”.

Artículo 2.5.2.6.5. Prelación en el pago de las facturas por concepto de atenciones en salud a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer.

De acuerdo con el artículo, las EPS que cuenten con afiliados menores de edad con presunción o diagnóstico de cáncer, deberán pagar primero los servicios y tecnologías en salud prestados a esta población y luego cancelar los servicios y tecnologías en salud que demande la población afiliada diferente a los menores de edad con presunción o diagnóstico de cáncer.

Se solicita precisar que la prelación opera siempre que la EPS no tenga otra cartera con plazo vencido, pues en este caso se trata de obligaciones actualmente exigibles, sin que sea posible oponer como excepción judicial para el pago, la existencia de obligaciones derivadas de atención a menores de edad con presunción o diagnóstico de cáncer. En la medida en que dicha excepción no existe en el marco del proceso ejecutivo, tampoco puede aplicarse en el cobro pre jurídico que realizan las IPS para recuperar cartera.

Artículo 2.5.2.6.6. Entidades obligadas a autorizar pagos de las atenciones en salud a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer.

De acuerdo con el artículo, las EPS del régimen contributivo y subsidiado deberán realizar los pagos de las atenciones en salud a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer de manera prioritaria a las IPS y a través del mecanismo de giro directo por intermedio de la ADRES, o de la entidad que haga sus veces.

El proyecto de Decreto en comentario, explícitamente dice reglamentar la Ley 2026 de 2020; y esta Ley explícitamente dice (Parágrafo del artículo 2), que la reglamentación sobre el giro directo para prestadores de servicios a menores con diagnóstico de cáncer se hará de conformidad con el artículo 239 de la Ley 1955 de 2019; y este artículo 239 explícitamente dice que *no estarán sujetas al giro directo* las EPS adaptadas del Estado y *aquellas que en su desempeño financiero cumplan con el patrimonio adecuado* (Parágrafo 4°).

En consecuencia, se solicita respetuosamente, precisar que las EPS adaptadas del Estado y aquellas que en su desempeño financiero cumplan con el patrimonio adecuado, no están sujetas a giro directo.

Este artículo contiene una regulación especial para el giro directo, que en consecuencia, debe aplicar so pena de que la norma que se expida incurra en causal de nulidad de los actos administrativos por ser expedidos con infracción de las normas en que deberían fundarse (artículo 137, Ley 1437 de 2011).

Se sugiere suprimir la alusión al pago de manera “prioritaria”, ya que el artículo 2.5.2.6.5. ya establece la obligación de pagar primero los servicios y tecnologías prestados a población de menores de edad con presunción o diagnóstico de cáncer. En caso se mantener el artículo, se sugiere precisar en que se diferencia el pago prioritario, de la prelación del artículo 2.5.2.6.5.

Artículo 2.5.2.6.7. Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud -EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en relación con la prelación y el pago directo de las atenciones en salud a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer.

De acuerdo con el artículo, las EPS serán responsables, entre otras, de la veracidad, consistencia y calidad de la información utilizada para los montos autorizados para el pago a las IPS.

Se solicita señalar que la veracidad de la información es responsabilidad de quien la reporta a la IPS. De acuerdo con la norma en comento, si un prestador falsea un documento, el responsable no sería el prestador sino la EPS, lo cual resulta claramente desproporcionado.

De acuerdo con el numeral 1, es responsabilidad de las EPS reportar a la ADRES los montos autorizados y los beneficiarios del giro directo.

Se reitera que de acuerdo con el párrafo 4º del artículo 239 de la Ley 1955 de 2019, las EPS adaptadas del Estado y aquellas que en su desempeño financiero cumplan con el patrimonio adecuado, no están sujetas a giro directo.

De acuerdo con el numeral 2, las EPS deben priorizar el pago a los prestadores de salud por concepto de atenciones en salud prestadas a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer, y reportar a la ADRES, los montos autorizados que se deberán cancelar a través del mecanismo de giro directo. Además, señala el artículo, los servicios y tecnologías en salud prestados a estos menores de edad deberán ser pagados primero que aquellos servicios facturados por la atención a pacientes con otras patologías.

Varios apartes del artículo ya señalan dichas obligaciones, por lo cual resulta innecesaria la repetición. Se reitera igualmente lo expuesto sobre el alcance

del giro directo para entidades que cumplen con el patrimonio adecuado, y con la imposibilidad de oponer como excepción para el pago de obligaciones actualmente exigibles frente a otros acreedores, la existencia de obligaciones derivadas de atenciones a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer.

De acuerdo con el numeral 3°, las EPS deben incluir en los montos autorizados para giro directo, los recursos correspondientes al pago anticipado del 100% del valor contratado por capitación y mínimo el 50% de las facturas radicadas por otra modalidad de contratación.

Se reitera la necesidad de hacer referencia a la derogatoria de lo dispuesto en materia de plazo para pagos contenida en las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y a la imposibilidad de distinguir en un contrato de pago por capitación, las prestaciones realizadas a la población de qué trata el proyecto de decreto, respecto de las realizadas a los demás grupos poblacionales, cuando en la cápita se prestan servicios a los dos grupos poblacionales.

De acuerdo con el numeral 5, el monto priorizado y pagado por las EPS, debe ser el resultado de la ejecución y forma de pago pactada en los acuerdos de voluntades suscritos entre las EPS y los prestadores de servicios de salud. Se solicita suprimir el artículo, ya que obliga a las EPS e IPS a establecer dentro del contenido del contrato, las disposiciones contenidas en el Decreto, lo cual vulnera la autonomía privada, pues se trata de restricciones a la autonomía privada no contenidas en la ley.

Artículo 2.5.2.6.9. Responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en relación con la prelación y el pago directo de las atenciones en salud prestadas a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer.

De acuerdo con el numeral 2, en el evento que se hayan prestado atenciones en salud a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer, el prestador de servicios de salud deberá facturar dichos servicios, procedimientos o medicamentos de manera independiente a otros servicios en salud, y radicarse ante las EPS especificando la población destinataria de los servicios facturados.

Se reitera la imposibilidad de facturar de manera independiente estos servicios cuando por ejemplo, en un contrato por capitación, se prestan servicios a población con y sin diagnóstico presunto o confirmado de cáncer, pues en esos casos sería necesario romper la cápita.

Artículo 2.5.2.6.10. Responsabilidades de la ADRES en relación con el pago directo de las atenciones en salud a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer.

De acuerdo con el numeral 1, la ADRES debe realizar el giro directo a las IPS, de conformidad con los montos autorizados por las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado.

Se solicita respetuosamente, tal como se expuso anteriormente, precisar que de acuerdo con el párrafo 4° del artículo 239 de la Ley 1955 de 2019, las EPS adaptadas del Estado y aquellas que en su desempeño financiero cumplan con el patrimonio adecuado, no están sujetas a giro directo.

Artículo 2.5.2.6.11. Verificación del cumplimiento de los términos y condiciones para la prelación y el giro directo de las atenciones en salud a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer por parte de la Superintendencia Nacional de Salud - SNS.

De acuerdo con el artículo, corresponde a la SNS verificar el cumplimiento de los términos y condiciones para la prelación y el giro directo de las atenciones en salud a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer.

Se solicita incluir en este artículo las precisiones realizadas en nuestros comentarios, en el sentido de que: i) las EPS adaptadas del Estado y aquellas que en su desempeño financiero cumplan con el patrimonio adecuado, no están sujetas a giro directo; ii) la prelación no puede operar sobre cartera con plazo vencido con otros prestadores, porque dicha excepción no puede aplicarse en el ámbito judicial ni extrajudicial; y iii) no se puede obligar a las partes a incluir previsiones normativas no contenidas en la Ley, tal como acontece con los apartes ya expuestos en nuestros comentarios.

Artículo 2.5.2.6.12. Mecanismo para la verificación del cumplimiento del giro directo de las atenciones en salud asociadas a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer.

De acuerdo con el artículo, la SNS definirá y expedirá la metodología que aplicará para el desarrollo de mesas de trabajo con el objetivo de revisar la programación del giro directo y verificar el cumplimiento de los montos y porcentajes aplicados de conformidad con la normativa aplicable.

Es necesario señalar que en las mesas de trabajo se deberá tener en cuenta los alcances a la norma en el sentido de que: i) las EPS adaptadas del Estado y aquellas que en su desempeño financiero cumplan con el patrimonio adecuado, no están sujetas a giro directo; ii) la prelación no puede operar sobre cartera con plazo vencido con otros prestadores, porque dicha excepción no puede aplicarse en el ámbito judicial ni extrajudicial; y iii) no se puede obligar a las partes a incluir previsiones normativas no contenidas en la Ley, tal como acontece con los apartes ya expuestos en nuestros comentarios.