



Libertad y Orden

TÍTULO IV INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

CAPÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES COMUNES

1. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud

1.1. Sistema Único de Habilitación

El Decreto 1011 de 2006, en su artículo 6° define el Sistema Único de Habilitación como *“el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB”*.

En consecuencia, de manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del citado decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una auto evaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

1.2. Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud

El mismo Decreto 1011 en su artículo 37 determina que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando obren como compradores de servicios deberán establecer con las pautas indicativas establecidas por el Ministerio de la Protección social, un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) que comprenda como mínimo los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud.



Título IV
Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud

Así las cosas, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Igualmente, deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1.2.1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La IPS establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad establecidas en la norma.

1.2.2. Atención al Usuario. La IPS evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

1.3. Sistema de Información para la Calidad

En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 1446 de 2006 las IPS deben implementar un "Sistema de información para la calidad" que incluya los indicadores de monitoreo del sistema, indicadores de monitoreo interno y monitoreo externo.

Los indicadores de monitoreo, de acuerdo con lo establecido en la resolución en mención deberán ser reportados en forma semestral a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a las especificaciones establecidas en el anexo técnico de la presente circular. (Modificación Circular Externa No. 049 de 2008)

2. Sistema de Referencia y Contrarreferencia (Modificación Circular Externa No. 049 de 2008)

De conformidad con lo dispuesto en la resolución 741 de 1997, las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud deberán tener libros de registro de traslado de usuarios foliados y con acta de apertura firmado por los responsables de los servicios donde se registre: el nombre del usuario, el número de la historia clínica, la hora de salida o ingreso y el nombre y firma del responsable del traslado.



Libertad y Orden

Título IV
Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud

Las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud, deberán cumplir con las normas de referencia y contrareferencia establecidas y dejar consignados en el libro de traslados los siguientes datos: el nombre del usuario, la fecha y hora del traslado, el nombre de la Institución remitente y de la receptora, nombre de quien ordena y autoriza el traslado y nombre del responsable del traslado.

El traslado externo de los usuarios a los que se refiere la presente resolución, deberá realizarse en compañía de un familiar o del representante legal y de un funcionario de la Institución remitente quien será responsable del usuario.

3. Atención Inicial de Urgencias (Modificación circular Externa No. 049 de 2008)

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán establecer un protocolo para la atención de urgencias médicas, encaminado a fijar prioridades así como a exigir efectividad, calidad y rapidez en la atención de sus usuarios en especial a los niños, niñas y adolescentes. Para estos efectos deberán instruir a todo su personal administrativo y médico. (Inciso adicionado por la Circular Externa 052 de 2008).

El Decreto 412 de 1992 por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias adopta las siguientes definiciones:

1. Urgencia. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.
2. Atención inicial de urgencia. Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tener de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.
3. Atención de urgencia. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.



Libertad y Orden

Título IV
Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud

4. Servicio de urgencia. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

5. Red de urgencias. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud. La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información, comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.

El artículo 4° del citado Decreto 412 de 1992 determina que las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencia estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de Salud.

La entidad que haya prestado la atención inicial de urgencias tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que lo dé de alta si no ha sido objeto de remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora. Esta responsabilidad está enmarcada por los servicios que preste, el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. Si la entidad que recibe en primera instancia al paciente, no cuenta con la capacidad técnico científica para atenderlo, y debe remitirlo, la entidad receptora también está obligada a prestar la atención inicial de urgencias hasta alcanzar la estabilización del paciente en sus signos vitales.

En lo que respecta a la atención inicial de urgencias, debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independiente de su capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía o por la entidad promotora de salud al cual se esté afiliado (artículo 168 ley 100 de 1993).



Libertad y Orden

Título IV
Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud

El artículo 12 del Decreto 783 de 2000 define la atención inicial de urgencias como:

- a) Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para la estabilización de los signos vitales.
- b) La realización de un diagnóstico de impresión
- c) La definición de un destino inmediato tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencias.

La estabilización de los signos vitales, límite de la responsabilidad de la atención inicial de urgencias a cargo de la entidad que inicialmente atiende el paciente con un cuadro patológico de urgencias, consiste en emplear los medios adecuados a su nivel de complejidad para que los signos vitales descritos, se sitúen dentro de los límites adecuados para la definición de un pronóstico, determinar la referencia o postergar la práctica de un procedimiento sin poner en riesgo la seguridad del paciente, responsabilidad en última instancia del médico tratante que define tal hecho.

El Decreto 4747 de 2007 que regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud, en su artículo 11 determina que la verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el párrafo 1o del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte.

No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación



Libertad y Orden

Título IV
Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud

del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria.

El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencia

El citado Decreto 4747 en su artículo 12 establece que todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. Se exceptúan los casos en que por fuerza mayor no se pueda dar el aviso respectivo. (artículo 10 Resolución No. 5162 de 1994 del Ministerio de Salud).

Para el caso, se consideran como circunstancias de fuerza mayor entre otras: la imposibilidad de la Institución prestadora de obtener la información del paciente o de sus familiares acerca de la Entidad a la cual se encuentra afiliado; la imposibilidad de comunicarse telefónicamente con la entidad a la cual se encuentre afiliado el paciente.

Una vez prestado el servicio obligatorio de Atención inicial de Urgencias, la entidad de salud podrá optar por las siguientes alternativas:

- Continuar con la atención al paciente si obtiene la autorización o si tiene contrato con la entidad a la cual está afiliado el usuario, o si éste cubre los gastos del tratamiento siguiente, cuando se trate de una persona con capacidad de pago no afiliada al Sistema.
- Continuar con la atención al paciente si es una entidad pública o privada que tenga contrato con el Estado para el efecto y si se trata de un usuario vinculado al Sistema.
- Remitir el paciente a la institución que le señale la entidad a la cual esté afiliado.
- Remitir el paciente a una institución pública cuando sea un participante vinculado.
- Remitir el paciente a una institución que él o su familia indique cuando sea un usuario que no está afiliado, ni vinculado al Sistema.

La atención del paciente deberá ser integral para el caso de las víctimas de accidente de tránsito, y la remisión a que se refieren los puntos anteriores sólo podrá hacerse si la entidad no cuenta con la capacidad o los recursos para la complejidad del caso.



Libertad y Orden

Título IV
Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud

Las Instituciones prestadoras de salud tienen estas responsabilidades adicionales:

- Identificar la causa de la urgencia y cuando se trate de accidente de trabajo o enfermedad profesional; accidente de tránsito; acciones terroristas; catástrofes naturales, a fin de garantizar los soportes necesarios para los respectivos reembolsos.
- Identificar si quien recibe la atención se trata de un paciente afiliado al régimen contributivo, al régimen subsidiado, o se trata de una persona vinculada, así como el municipio y departamento habitual de residencia, a fin de conocer la entidad responsable del pago de los servicios prestados.
- Calificar en primera instancia el origen del accidente de trabajo o enfermedad profesional del paciente que atienda en urgencias, en los términos establecidos por el artículo 12 del Decreto 1295 de 1994.
- La institución prestadora de servicios de salud que atienda una urgencia por accidente de trabajo o enfermedad profesional, deberá informar dentro de los dos días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o a la primera calificación de la enfermedad profesional a la Entidad Promotora de Salud y a la Entidad Administradora de Riesgos profesionales a las cuales se encuentra afiliado el paciente (inciso 4 art. 6 Decreto 1295 de 1994).
- Informar, dentro de las 24 horas hábiles siguientes a la solicitud del servicio, a la respectiva Dirección de Salud el ingreso de pacientes vinculados, y de pacientes con capacidad de pago que no se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Informar a la respectivos Municipios los casos de atención inicial de urgencias y atención de urgencias de personas vinculadas, a efectos de que éste las afilie al Régimen Subsidiado.

4. Dotación y Mantenimiento Hospitalario (Modificación Circular Externa No. 049 de 2008)

El Gobierno Nacional mediante la expedición del Decreto 1769 de 1994 y su aclaratorio el Decreto 1617 de 1995 reglamentó el Artículo 189 de la Ley 100 de 1993 sobre el Mantenimiento Hospitalario.



Libertad y Orden



Título IV Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de las funciones otorgadas en el artículo 6° numeral 21 del Decreto 1018 de 2007, este Despacho presenta en ésta Circular, el marco legal, la justificación y la necesidad del plan de mantenimiento en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Se incluyen también modelos de formatos que permiten el desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia, por parte de las entidades territoriales, tanto en la elaboración y aplicación del plan de mantenimiento hospitalario, como en la asignación y ejecución de recursos para el mantenimiento hospitalario en las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción.

De conformidad con el artículo 1o del Decreto 1769 de 1994 los recursos financieros destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria corresponden al cinco por ciento (5%) del presupuesto total en los hospitales públicos y en los privados en los cuales el valor de los contratos con la Nación y con las entidades territoriales representen mas del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales.

De conformidad con el artículo 9o del Decreto 1769 de 1994 Tratándose de los hospitales públicos, los recursos destinados a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria serán presupuestados inicialmente para cada vigencia, con base en la apropiación total de ingresos aprobados para la institución. Dichos recursos deberán ajustarse durante la vigencia de manera tal que al adicionarse los ingresos totales, simultáneamente se adicione los recursos destinados al mantenimiento.

Los hospitales privados, en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representan más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales, tomarán como base para determinar los recursos destinados al mantenimiento hospitalario los ingresos totales realizados durante el correspondiente período, conforme a la definición contenida en el artículo 38 del Decreto 2649 de 1993.

Para dar cumplimiento al parágrafo del artículo 9o. del Decreto 1769 de 1994, las Direcciones de Salud recibirán a mas tardar el 30 de enero de cada año certificación escrita con la firma del representante legal y/o del revisor fiscal de cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción, en las que se indique el valor y el porcentaje del presupuesto y/o de los ingresos totales utilizados en las actividades de mantenimiento hospitalario, durante el año terminado el treinta y uno (31) de diciembre inmediatamente anterior. Para este efecto la Superintendencia ha diseñado el formato que hace parte del anexo técnico de la presente Circular.



Libertad y Orden

Título IV
Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud

Así mismo, esta Superintendencia ha diseñado el formato relacionado en el anexo técnico de la presente Circular con el fin de suministrar una guía para la elaboración de los planes de mantenimiento. Este instrumento, o uno que elabore la Dirección Seccional, Distrital o Municipal de Salud basado en este, deberá ser difundido a las Instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarias de su jurisdicción. El formato presentado contempla los puntos que se consideran esenciales y que deben estar incluidos en los planes de Mantenimiento y por lo tanto se configuran como los elementos mínimos de control por parte de las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud.

En el anexo técnico igualmente presenta la lista de algunos equipos y su clasificación para efectos de la distribución de los recursos asignados para el mantenimiento hospitalario. Esta clasificación se deberá tener en cuenta para el diligenciamiento del informe de asignación y ejecución presupuestal.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá solicitar información correspondiente a los planes de mantenimiento hospitalario y a las actividades de verificación que sobre la elaboración y aplicación de estos haga la Dirección de Salud.

Por lo anterior se solicita que las Direcciones de Salud adelanten la programación de visitas e informen a este despacho sobre las mismas.

5. Red de Prestadores y Oferta de Servicios

Se define como Red de Prestadores de Servicios el conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y demás lineamientos del sistema de referencia y contrarreferencia establecido por la entidad administradora de plan de beneficios o de la dirección territorial de salud correspondiente; que busca garantizar la calidad de la atención en salud a sus afiliados.

En consonancia con lo anterior, cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que haga parte de esa red, debe tener habilitados los servicios que ofrezca para la prestación de salud y en la Entidad Territorial donde pretendan desarrollar su actividad.

La escogencia de la Institución Prestadora de Servicios de salud, dentro de la entidad administradora de salud que haya elegido libremente el afiliado, será voluntaria, sin que sea posible direccionar en sentido alguno tal escogencia.



Libertad y Orden



Título IV Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

En cualquier momento en que el afiliado desee cambiar de Institución Prestadora de servicios de Salud, dentro de la red de prestadores de su administradora, lo podrá hacer, informando de su decisión a la EPS correspondiente, y se hará efectivo en el mes subsiguiente al que se hace la manifestación.

6. Sistema de referencia y contrarreferencia (Circular Externa No. 049 de 2008)

De conformidad con lo dispuesto en la Resolución No. 741 de 1997, las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud deberán tener libros de registro de traslado de usuarios foliados y con acta de apertura firmado por los responsables de los servicios donde se registre: el nombre del usuario, el número de la historia clínica, la hora de salida o ingreso y el nombre y firma del responsable del traslado.

Las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud, deberán cumplir con las normas de referencia y contrarreferencia establecidas y dejar consignados en el libro de traslados los siguientes datos: el nombre del usuario, la fecha y hora del traslado, el nombre de la Institución remitente y de la receptora, nombre de quien ordena y autoriza el traslado y nombre del responsable del traslado.

El traslado externo de los usuarios a los que se refiere la presente resolución, deberá realizarse en compañía de un familiar o del representante legal y de un funcionario de la Institución remitente quien será responsable del usuario.

7. Reporte de Información (Numeral adicionado por la Circular Externa 052 de 2008).

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán reportar al SIVIGILA en los términos establecidos por el Ministerio de la Protección Social la información allí requerida.

Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios Oncológicos, deberán notificar con carácter obligatorio al INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, utilizando el flujo de información del SIVIGILA, todos los casos de leucemia aguda probable, leucemia linfocítica aguda confirmada y leucemia mielocítica aguda confirmada, en menores de 15 años.



Libertad y Orden



Título IV
Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud

CAPÍTULO SEGUNDO

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PRIVADA

1. Marco Normativo

Conforme a la Ley 100 de 1993, artículo 156, literal i) “Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud”

De otra parte el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece “son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

“Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud. ”

“Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.” (Hoy Ministerio de la Protección Social).

De otra parte, las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán tener un sistema contable que les permita reconocer los costos de los servicios que ofrecen, de conformidad con lo establecido en el Decreto 2649 de 1993.



Título IV
Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud

El Decreto 1018 de 2007, en el numeral 7° del artículo 4° asigna a la Superintendencia Nacional de Salud las funciones de inspección, vigilancia y control de las Instituciones Prestadoras de Salud.

Así mismo, el numeral 11 del artículo 14 de la misma normatividad, establece como facultad de la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para el Sector Salud el “Vigilar el cumplimiento de las instrucciones, órdenes, circulares y demás actos administrativos que dicte el Superintendente Nacional de Salud relacionadas con sus funciones”.

2. Instituciones obligadas a reportar (Modificación Circular Externa No. 049 de 2008)

Todas las IPS están obligadas a reportar información general, de calidad, financiera y contable a la Superintendencia Nacional de Salud.

Esta información deberá ser remitida de acuerdo con el período establecido en los anexos técnicos correspondientes.

3. Instituciones exceptuadas de reportar

Se exceptúan del reporte de información financiera de que trata la presente Circular, aquellas personas jurídicas de objeto múltiple y que cumplan con todos los requisitos que se enumeran a continuación:

- 3.1. Tenga habilitada sólo prestación de servicios de salud de nivel bajo de complejidad.
- 3.2. No vendan o presten servicios de salud a terceros.

Para el efecto, el Representante Legal de la persona jurídica deberá solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud el retiro de la IPS de la base de datos, para lo cual anexará los siguientes documentos:

- Certificado de existencia y representación legal.



Libertad y Orden

Título IV
Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud

- Copia del certificado de habilitación en la que se incluyan los servicios que tienen habilitados con su nivel de complejidad.
- Constancia firmada por el representante legal en la que certifique que no venden o prestar servicios de salud a terceros.

4. Condiciones de las IPS para celebrar contratos de prestación de servicios de salud con las aseguradoras

Es importante anotar que, cuando la Institución Prestadora de Servicios de salud vaya a formar parte de la red de prestadores de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EPS, EMP, debe tener en cuenta que debe cumplir con las obligaciones y responsabilidades definidas en la normatividad vigente, en especial, las siguientes:

- 4.1. Tener habilitados los servicios de salud que se vayan a contratar con las Entidades, contando con la declaración de habilitación de los servicios presentada ante la Dirección Territorial de Salud correspondiente.
- 4.2. Tener posesionado el revisor fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud, según conste en acta de posesión del revisor fiscal expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.
- 4.3. Estar a paz y salvo con el pago de la tasa anual que deben pagar a la Superintendencia Nacional de Salud por concepto del desarrollo de las funciones de supervisión, demostrable con la copia de la Resolución de liquidación de la tasa y del último recibo de consignación.
- 4.4. La IPS debe estar al día con el reporte de información que debe enviar a la Superintendencia Nacional de Salud.
- 4.5. Definir como parte de la relación contractual, las condiciones de atención de los afiliados, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como los procesos de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, los indicadores y estándares de calidad que garanticen la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud.
- 4.6. Garantizar el acceso a la atención en salud para lo cual la consulta médica general no debe ser menor de veinte (20) minutos, así mismo, la atención en salud no puede ser condicionada al pago de los servicios, conforme la normatividad vigente.



Libertad y Orden

5. Ingreso de la IPS en la base de datos de la Superintendencia Nacional de Salud

Este Despacho imparte las siguientes instrucciones relacionadas con el reporte de datos a la Superintendencia, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza privada.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud recién constituidas deberán solicitar el ingreso de las mismas a la base de datos, con el fin de obtener el acceso directo a la página web de la Superintendencia y proceder al envío de la respectiva información financiera, para lo cual deberán previamente allegar la siguiente documentación:

- 5.1. Solicitud dirigida al Director General para la Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos de Salud.
- 5.2. Certificado de Existencia y Representación Legal de la IPS, con fecha de expedición no superior a treinta días.
- 5.3. Copia del certificado de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de servicios de salud expedido por el ente territorial correspondiente.

Una vez surtido el trámite precedente, el representante legal de la IPS de naturaleza privada que sea persona jurídica deberá reportar la información de carácter administrativo y financiero objeto de esta circular.

Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular.

La información reportada se deberá certificar por el Representante Legal, contador y revisor fiscal, en los casos en que la entidad se encuentre obligada a tenerlo.

6. Certificación de los archivos adjuntos

Los archivos adjuntos deberán certificarse así:

- 6.1. Certificación de Estados Financieros (elaborada de conformidad con el artículo 37 de la Ley 222 de 1995), suscrita por el Representante Legal y Contador de la IPS.



Libertad y Orden

Título IV
Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud

6.2. Notas a los estados financieros (presentadas en forma comparativa de un año con respecto al otro y dando cumplimiento a los requisitos contenidos en el artículo 114 y 115 del Decreto 2649 de 1993), firmadas digitalmente por Representante Legal, Contador y Revisor Fiscal (para quienes tienen la obligación de tenerlo).

6.3. Informe de Gestión, avalado por el Representante Legal.

6.4. Dictamen del Revisor Fiscal, para las entidades obligadas a tenerlo, suscrito por él mismo.

7. Datos a reportar - Información general y de tipo financiero

Las instituciones deberán enviar, en las condiciones aquí determinadas, los archivos que se establecen en el anexo técnico de la presente circular, los cuales contienen: Datos generales, Información de sucursales y agencias, Balance general, Estado de resultados, cartera por deudor, Pasivos externos, mantenimiento hospitalario, reclamaciones SOAT ante la subcuenta ECAT del Fosyga.

Se debe tener en cuenta que cuando la IPS reportante tenga sucursales o agencias, la información debe ser remitida en forma consolidada.

8. Especificaciones Técnicas (Modificación Circular Externa No. 049 de 2008)

Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular. Las novedades que se presenten con relación al archivo 55 deben ser reportadas de inmediato a esta Superintendencia.

9. Plazo (Modificación Circular Externa No. 049 de 2008)

La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma semestral, dentro de las fechas y períodos que se relacionan en el anexo técnico.

Los plazos establecidos son improrrogables, cuando la fecha de corte coincida con un día no hábil, la fecha límite será el día hábil siguiente.

10. Cumplimiento de las instrucciones y veracidad de la información suministrada (Modificación Circular Externa No. 049 de 2008)



Libertad y Orden

Título IV
Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud

La información incompleta, la reportada de manera distinta a lo dispuesto en esta circular y aquella allegada con un medio que no pueda ser procesado debido a errores imputables al usuario, se considerará como no recibida. La página rechazarará de inmediato toda información incompleta y/o inconsistente.

11. Ajustes por Inflación

El numeral 18 del artículo 6° del Decreto 1018 de 2007 establece que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud ejercer la inspección, vigilancia y control de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en relación con el cumplimiento de normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El numeral 30 del artículo 6° de la misma norma señala que la Superintendencia Nacional de Salud fija con sujeción a los principios y normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia, los mecanismos y procedimientos contables que deben adoptar las entidades vigiladas, cuando no estén sujetas a la inspección, vigilancia y control de otra autoridad.

La Superintendencia Nacional de Salud mediante la Resolución 106 del 22 de enero de 1998, adoptó el Plan Único de Cuentas para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza privada.

El Decreto 1536 del 7 de mayo de 2007 modificó los Decretos 2649 y 2650 de 1993, en materia de ajustes por inflación, es decir que “Los estados financieros no deben ajustarse para reconocer el efecto de la inflación”. Por lo tanto, con fundamento en el precitado decreto los activos, pasivos y patrimonio no deben ser ajustados por inflación; en consecuencia, dicha norma estableció que: “Los ajustes por inflación contables acumulados en los activos monetarios, pasivos no monetarios y en cuentas de orden no monetarias, harán parte del saldo de sus respectivas cuentas para todos los efectos contables”.

Así mismo, el Decreto 1536 de 2007 estipula que “Los ajustes integrales por inflación aplicados por los entes económicos en lo corrido del año 2007, deberán revertirse”.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza privada deberán dar aplicación al Decreto 1536 del 7 de mayo de 2007, en cuanto al desmonte contable de los ajustes por inflación, es decir que los estados financieros no deberán ajustarse para



Libertad y Orden

reconocer el efecto de la inflación. Por lo tanto, los estados financieros que se reporten a la Superintendencia Nacional de Salud deberán contener la instrucción impartida en la presente circular.

12. Mantenimiento Hospitalario (Eliminado modificación Circular Externa No. 049 de 2008)

CAPÍTULO TERCERO

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA

1. Marco Normativo (Modificación Circular Externa No. 049 de 2008)

El artículo 1° del Decreto 1876 de 1994 definió a las Empresas Sociales del Estado como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas y reorganizadas por Ley, o por las Asambleas o Concejos.

El Decreto 1018 de 2007, en su capítulo II, artículo 3, numeral 4) fijo como objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud: “Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud”.

En el mismo capítulo, artículo 4, numeral 7) se fija dentro del ámbito de inspección, vigilancia y control de la superintendencia Nacional de Salud, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

El Decreto 139 de 1996, establece en el artículo 4 numerales 7, 9 y 10, y el artículo 7, las funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público así:

“Artículo 4o. De las funciones del cargo de gerente de empresas social del estado y de director de institución prestadora de servicios de salud pública del primer nivel de atención. Son funciones del Gerente de Empresas Social del Estado y de Director de Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública del primer nivel de atención, además de las definidas en la Ley, Ordenanza o Acuerdo, las siguientes:



Libertad y Orden

Título IV
Instituciones Prestadoras de
Servicios de Salud

7. Velar por la utilización eficiente de los recursos humanos, técnicos y financieros de la entidad y por el cumplimiento de las metas y programas aprobados por la Junta Directiva.

9. Adaptar la entidad a las nuevas condiciones empresariales establecidas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando tanto la eficiencia social como económico de la entidad, así como la competitividad de la institución.

10. Organizar el sistema contable y de costos de los servicios y propender por la eficiencia utilización del recurso financiero.

Artículo 7o. De las funciones. Son funciones del Gerente de Empresas Social del Estado y de Director de Institución Prestadora de servicios de Salud Pública del segundo y tercer nivel de atención además de las definidas en el artículo 4o. de este Decreto, las siguientes....."

Los responsables de remitir la información financiera complementaria relacionada con Presupuesto, Facturación, Deudores y Acreedores a la Superintendencia Nacional de Salud, serán los Representantes Legales de las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos.

El parágrafo del artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán tener un sistema contable que les permita registrar los costos de los servicios que ofrecen.

Por lo anterior, este Despacho imparte las siguientes instrucciones relacionadas con el reporte de datos a la Superintendencia, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.

2. Datos a reportar - Información general y de tipo financiero (Modificación Circular Externa No. 049 de 2008)

Las instituciones deberán enviar, en las condiciones aquí determinadas, los archivos que se establecen en el anexo técnico de la presente circular, los cuales contienen: Datos generales, deudores, acreedores, facturación, presupuesto de ingresos, presupuesto de egresos, personal, mantenimiento hospitalario.



Libertad y Orden

3. Especificaciones Técnicas

Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular.

4. Plazo (Modificación Circular Externa No. 049 de 2008)

La información general y de tipo financiero solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma semestral y dentro de las fechas que se relacionan en el anexo técnico correspondiente.

Los plazos establecidos son improrrogables.

5. Cumplimiento de las instrucciones y veracidad de la información suministrada

La información incompleta, la reportada de manera distinta a lo dispuesto en el esta circular y aquella allegada con un medio que no pueda ser procesado debido a errores imputables al usuario, se considerará como no recibida.

6. Mantenimiento Hospitalario (Eliminado Modificación Circular Externa No. 049 de 2008)