

Presentación

Consultorsalud entrega este documento temático como un servicio especial para sus suscriptores actuales y futuros, interesados en cumplir con los estándares mínimos exigidos por el Gobierno Colombiano en materia de calidad en la prestación de los servicios de salud, a través del acatamiento del proceso obligatorio denominado HABILITACION.

Presentación Ejecutiva de Consultorsalud

Consultorsalud es una idea independiente, no ligada a grupos financieros ni políticos establecidos en Colombia ni en el hemisferio, y en tal medida reflejará en su postura editorialista, un equilibrio constructivo al realizar análisis de los avances y de las propuestas de reforma sectorial en cada país y de cada región, evitando caer en la crítica inoficiosa, elevando sus comentarios en la búsqueda del fortalecimiento de los sistemas de salud, facilitando la comprensión de estos escenarios en un mundo globalizado, y permitiendo la expresión de los diferentes actores: gobiernos, aseguradores, prestadores, proveedores y por supuesto usuarios de los sistemas, para ubicar los nudos críticos y las alternativas de solución.

Consultorsalud y sus empresas asociadas tienen amplia experiencia en la planeación, administración, evaluación y en el fortalecimiento de los sistemas de salud, y busca a través de su gestión y del acompañamiento especializado ofrecido, mejorar los estándares de gestión de los usuarios de nuestros servicios; Consultorsalud aspira contar en el año 2007 con **60.000** empresas y profesionales independientes, de los sectores privado y público de toda Latinoamérica afiliados a estos servicios digitales, contribuyendo directa e indirectamente con nuestra intervención al mejoramiento de las condiciones de vida de los beneficiarios de los sistemas de salud existentes y de aquellos que se reformen en el mediano plazo.

Consultorsalud es una empresa fundada en Colombia, que cuenta actualmente con más de 5.600 entidades del sector salud y profesionales, suscritos a Boletines Especializados semanales, que despachamos a sus correos personales e institucionales desde el primer semestre de este año 2006 (43 hasta el momento).

Estos Boletines han sido reforzados con una página virtual de carácter temporal, a la que se tiene acceso desde hace 80 días, y que registra más de 220.000 HITS a la fecha, situación que nos motiva, y que traduce la seriedad y oportunidad de los contenidos enviados, y la excelente respuesta de las corporaciones y entidades privadas y públicas suscribientes: más de 1.200 hospitales y clínicas, y los miles de profesionales independientes que visitan nuestra página, donde encuentran y descargan los documentos temáticos, a los que se ha hecho alusión en cada despacho (visítenos: www.consultorsalud.com)

Consultorsalud hará en las próximas semanas, el lanzamiento del Portal Digital Interactivo y Latinoamericano de Salud, que gozará de todas las ventajas, seguridades, garantías y avances tecnológicos disponibles, además de un diseño vanguardista, alegre y dinámico, para facilitar la información sectorial hemisférica, y proveer un canal de comunicación amigable entre los profesionales de la salud interesados en el desarrollo homogéneo, social, solidario y universal de los modelos y sistemas de salud (en permanente reforma) en cada uno de nuestros países hermanos, manteniéndolos a la vanguardia de la información en materia normativa, científica y tecnológica, y construyendo el puente para el tan necesario intercambio de saberes.

El ABC de la Habilitación

Que se entiende por Profesional Independiente?

Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

Un profesional independiente es un prestador de servicios de salud y por ende debe inscribirse para el proceso de Habilitación?

SI. El Decreto 1011 de abril de 2006, define lo siguiente: "PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes".

Qué es el Sistema Único de Habilitación?

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de habilitación, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales.

Cuáles son las normas vigentes que debe cumplir un prestador de servicios de salud para ofrecer sus servicios en Colombia?

Una entidad que pretenda ofrecer servicios de salud en Colombia, deberá cumplir con las condiciones de habilitación establecidas por la Resolución 1439 de 2002 del Ministerio de Salud y registrarse en la Secretaría de salud del departamento o distrito donde vaya a prestar los servicios. Si la entidad inicia la prestación de servicios después del 17 de Octubre de 2002, deberá además cumplir con los requisitos definidos en la Resolución 4445 de 1996 del Ministerio de Salud.

Cuanto tiempo se tiene para cumplir con la norma?

En el momento de inscribir por primera vez instituciones que inicien su funcionamiento a la fecha de expedición de la norma o las no verificadas o no certificadas previo proceso de autoevaluación y cumplimiento, para ello contarán **con 6 seis meses de plazo** para su cumplimiento contados a partir de la entrada en vigencia de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006.

Los prestadores de servicios de salud que habían obtenido el certificado de Habilitación previamente a la entrada en vigencia de la Resolución 1043 de 2006 deben inscribirse nuevamente?

NO. Y su certificación continuará vigente hasta tanto la entidad territorial realice una nueva visita de verificación conforme a los estándares establecidos en la Resolución 1043 de 2006 y se pronuncie sobre la confirmación o revocatoria de la habilitación.

Los prestadores de servicios de salud que estuvieran inscritos y verificados a la entrada en vigencia de la Resolución 1043 de 2006, pero no hubieran recibido la certificación por parte de las Direcciones departamentales o Distritales de Salud deben inscribirse nuevamente?

NO. la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, deberá pronunciarse sobre la certificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación en los términos de la normatividad vigente para la época y se adoptará el procedimiento indicado en el inciso anterior. Los prestadores que no obtengan la certificación, deberán inscribirse nuevamente para su verificación, de acuerdo al Decreto 1011 de 2006.

Los prestadores de servicios de salud que se inscribieron, pero no fueron visitados deben inscribirse nuevamente cumpliendo con la nueva normatividad?

SI. Independiente de la responsabilidad de las funciones de las entidades territoriales, deberán inscribirse nuevamente para su verificación conforme al Decreto 1011 de 2006.

Los prestadores de servicios de salud que ofrezcan nuevos servicios de urgencias tienen alguna obligación especial?

SI. Los Prestadores de Servicios de Salud que vayan a prestar nuevos servicios de urgencias, previo al proceso de inscripción, deberán ser verificados por la entidad territorial correspondiente dentro de los 90 días siguientes a la solicitud de la habilitación. Si durante este plazo la entidad territorial no ha realizado la visita para efectos del cumplimiento de las condiciones de verificación, dicho servicio podrá realizar el proceso de inscripción.

Las visitas de verificación deben ser informadas al prestador de manera previa?

SI. Las visitas de verificación de las condiciones de la habilitación, deben ser notificadas como mínimo con un (1) día de antelación a su realización y efectuarse de acuerdo con los lineamientos establecidos en el "Manual Único de Procedimientos de Habilitación" Anexo Técnico No. 2, que hace parte integral de la Resolución 1043 de 2006. Una vez notificada la fecha de visita de verificación al prestador, éste no podrá presentar novedades de cierre o apertura de servicios, mientras la visita no haya concluido.

Cuales son los documentos que debe presentar un profesional independiente para inscribirse?

De acuerdo al Artículo 12 del Decreto 1011 y la Resolución 1043 de 2006, se debe presentar:

1. Documento de Autoevaluación: Realizar la autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento.
2. Formato de inscripción en original y copia debidamente diligenciado de acuerdo al instructivo.
3. Copia del documento de identificación
4. Copia de la tarjeta profesional
5. Si declara servicios especializados, anexar copia del diploma; si fue realizado en el exterior, se requiere la homologación de la entidad competente (el ICFES o actualmente el Ministerio de Educación)

6. Si el Profesional Independiente declara servicio de radiología e imágenes diagnósticas debe contar con la correspondiente licencia de funcionamiento de los equipos, o aval del Área de Radiología si ésta se encuentra en trámite.

Cuales son los documentos que debe presentar una institución prestadoras de servicios de salud para inscribirse?

De acuerdo al Artículo 12 del Decreto 1011 y la Resolución 1043 de 2006, debe realizar el proceso de "Autoevaluación" de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento, una vez cumpla, presente los siguientes documentos:

1. Formato de inscripción en original y copia debidamente diligenciado de acuerdo al instructivo.
2. Acto de creación de la institución (cámara de comercio, personería jurídica, ley, ordenanza, acuerdo, decreto, etc.) según sea el caso.
3. Copia del documento de identificación del representante legal
4. Certificación de suficiencia patrimonial y financiera en original de la IPS expedida por contador titulado.
5. Copia de la tarjeta profesional del contador o revisor fiscal.
6. Documento de Auto evaluación
7. Plan de Auditoría para el Mejoramiento **PAMEC**
8. Si la IPS declara servicio de traslado asistencial de pacientes, además debe anexar: copia de la revisión técnico-mecánica expedida en los lugares autorizados por la Secretaría de Transito y Transporte, con excepción de las ambulancias modelos 2006, que deben anexar solamente copia de la tarjeta de propiedad del vehículo.
9. Si la IPS declara servicio de radiología e imágenes diagnósticas debe contar con la correspondiente licencia de funcionamiento de los equipos, o aval del área de Radiología si ésta se encuentra en trámite.

Que es el PAMEC?

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios". El PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementa este componente, y serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

Que implica el PAMEC?

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Para todos los efectos debe entenderse que la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoria Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Cuales son los niveles de operación del PAMEC?

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. **Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

2. **Auditoria Interna.** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoria interna.

3. **Auditoria Externa.** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoria interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoria de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoria en el nivel de auditoria externa.

Qué son las condiciones básicas de habilitación?

Son las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, cuyos objetivos son reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud; posibilitar la estabilidad financiera de las IPS en el mediano plazo, su competitividad, liquidez y cumplimiento de las obligaciones en el corto plazo; el cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal y de los requisitos administrativos y financieros que le permitan demostrar que cuenta con un sistema contable.

Qué organizaciones pueden verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación para prestadores de servicios de salud?

Las entidades legalmente facultadas para ejercer la vigilancia, inspección y control de las condiciones de habilitación de prestadores de servicios de salud, para verificar su cumplimiento y en caso de incumplimiento, aplicar las sanciones a que haya lugar, son las Entidades Departamentales y Distritales de Salud con jurisdicción en donde se preste el servicio de salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá asumir ésta competencia mediante la declaración previa de competencia prevalente. Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, podrán realizar visitas de seguimiento a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales que integran su red de servicios, para verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud y en caso de incumplimiento deberá abstenerse de prestar servicios a sus afiliados por medio de el servicio o prestador que incumpla. Sin embargo, en ningún caso las visitas

de verificación substituyen las facultades de vigilancia y control de las entidades Departamentales y Distritales de salud, y por supuesto las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada carecen de facultades sancionatorias, facultades exclusivas de autoridades del Estado.

Qué sanciones pueden aplicarse en caso de incumplimiento de condiciones de habilitación?

Teniendo en cuenta la gravedad del hecho en términos del riesgo para los usuarios de los servicios de salud la entidad que incumpla una o más de las condiciones de habilitación, podrá ser sancionada con alguna o algunas de las siguientes sanciones:

1. Amonestación
2. Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales vigentes
3. Decomiso de productos
4. Suspensión o cancelación del registro o de la licencia
5. Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo

Dos instituciones pueden declarar un mismo servicio?, ¿quién declara un servicio cuando se presta conjuntamente por dos organizaciones?

Considerando que para registrar un servicio es necesario cumplir con las condiciones técnico administrativas, Una sola persona jurídica, puede declarar un servicio. En el caso de que dos organizaciones concurren a la prestación de un mismo servicio, deberán acordar entre ellas cual de las organizaciones registra y en consecuencia queda habilitada y autorizada para prestar el servicio.

Cuando en el servicio de hospitalización de mediana y alta complejidad se establece que el control hospitalario puede ser realizado por médico general, también debe estar presente el especialista si es un servicio especializado?

En los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad, la monitorización permanente del paciente puede estar a cargo de un médico general. Sin embargo la responsabilidad del paciente debe estar a cargo del médico especialista cuando se trate de un servicio especializado. Ello implica que no es obligatoria la permanencia del especialista en el servicio, pero si la responsabilidad del manejo del paciente.

Los médicos generales pueden realizar el control hospitalario en las unidades de cuidado intensivo?

El estándar de recursos humanos, en cuidado intensivo, define que el control hospitalario es posible realizarlo por médico general. Sin embargo, como en hospitalización de mediana y alta complejidad, la responsabilidad del paciente debe estar a cargo del médico especialista cuando se trate de un servicio especializado. Ello implica que no es obligatoria la permanencia del especialista en el servicio, pero si la responsabilidad del manejo del paciente.

Por cuanto tiempo tiene vigencia la inscripción en el registro especial de prestadores?

La inscripción de cada Prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de su radicación ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

Existe la posibilidad de suscribir planes de cumplimiento?

NO. Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptara la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.

Cuanto tiene el ente departamental o distrital después de realizar la visita, para entregar el certificado de cumplimiento?

La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud no podrán negar la certificación por el incumplimiento de normas distintas a las que se exigen para la habilitación.

La habilitación afecta la contratación?

SI. Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador este inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información.

Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

Quien habilita a las EAPB (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios)?

La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EAPB.

Consúltenos: Estamos listos para apoyar su gestión: Habilitación, interventoría, auditorías externas, diseño, construcciones y sismo resistencia hospitalaria, software, contratación, SOGC, PAMEC.

Carlos Felipe Muñoz Paredes

Gerente General

www.consultorsalud.com

consultorsalud@consultorsalud.com – consultorsalud@gmail.com

Carrera 56 A No. 125A – 47 Casa 12 Niza Córdoba. 315 – 2556235

Bogota - Colombia