

CONSOLIDADO SOBRE LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA VIGENTE
APLICABLE A LA AUDITORIA EN SALUD

PAULA ANDREA CARDONA URIBE
LINA MARCELA SÁNCHEZ SALDARRIAGA
EDUAN JHOVANY MUÑOZ VALENCIA

Asesor

DR. CARLOS MARIO VEGA

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD –CES-
POSTGRADOS EN SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD GRUPO XXXIII

MEDELLÍN

2006

CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

1.2 OBJETIVO ESPECIFICO

2. METODOLOGÍA

3. CLASIFICACIÓN POR TIPO DE NORMA

4. CONSOLIDADO SOBRE LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA VIGENTE

APLICABLE A LA AUDITORIA EN SALUD

4.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA (1991)

4.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

4.2.1 Ley 100 de diciembre de 1993

4.2.2 Resolución numero 5261 del 5 de agosto de 1994

4.2.3 Resolución numero 4288 del 20 de Noviembre de 1996

4.2.4 Decreto número 0806 del 30 de abril de 1998

4.2.5 Resolución número 2390 del 23 de junio de 1998

4.2.6 Resolución número 1830 del 23 de junio de 1999

4.2.7 Resolución numero 4144 del 28 de diciembre de 1999

4.2.8 Resolución número 1077 del 2 mayo de 2000

4.2.9 Resolución número 3374 del 27 de diciembre de 2000

4.2.10 Circular externa número 0035 del 27 de diciembre de 2000

4.2.11 Resolución número 1895 de 2001

4.2.12 Ley 715 del 21 de diciembre de 2001

4.2.13 Resolución número 3815 del 28 de noviembre de 2003

4.2.14 Acuerdo 0260 del 4 de febrero de 2004

4.2.15 Decreto 2200 del 28 de junio de 2005

4.2.16 Circular externa número 0021 del 7 de octubre de 2005

4.2.17 Acuerdo número 0322 del 22 de diciembre de 2005

4.2.18 Resolución número 1149 de Abril de 2006.

4.2.19 Circular externa número 0030 del 19 de mayo de 2006

4.2.20 Decreto 1637 del 26 de mayo de 2006

4.3 RÉGIMEN SUBSIDIADO

4.3.1 Acuerdo número 0244 del 31 de enero de 2003

4.3.2 Acuerdo número 0253 del 5 de diciembre de 2003

4.3.3 Acuerdo número 0267 del 10 de junio de 2004

4.3.4 Acuerdo número 0294 del 28 de junio de 2005

4.3.5 Acuerdo número 0297 del 22 de agosto de 2005

4.3.6 Acuerdo número 0298 del 16 de agosto de 2005

4.3.7 Acuerdo número 0300 del 16 de septiembre de 2005

4.3.8 Acuerdo número 0304 del 14 de octubre de 2005

4.3.9 Acuerdo número 0331 del 16 de marzo de 2006

4.4 PLAN OBLIGATORIO DE SALUD: RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

4.4.1 Acuerdo número 0226 del 8 de marzo de 2002

4.4.2 Acuerdo número 0228 de 2002

4.4.3 Acuerdo número 0236 del 19 de diciembre de 2002

4.4.4 Acuerdo numero 0289 del 28 de marzo de 2005

4.4.5 Acuerdo numero 0302 del 14 de octubre de 2005

4.4.6 Acuerdo número 0306 del 16 de agosto de 2005

4.4.7 Acuerdo número 0313 del 5 de diciembre de 2005

4.4.8 Acuerdo número 0336 del 19 de mayo de 2006

4.5 CUMPLIMIENTO A CONDICIONES SANITARIAS

4.5.1 Decreto número 2240 del 9 de diciembre de 1996

4.5.2 Resolución número 4445 de 1996

4.6 COMPARATIVO ENTRE EL DECRETO 1011/2006 Y EL DECRETO 2309/2002

4.7 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD –SOGCS-

- 4.7.1 Decreto número 1011 del 3 de abril de 2006
- 4.7.2 Resolución número 1043 del 3 de abril de 2006
- 4.7.3 Resolución número 1448 del 8 de mayo de 2006
- 4.7.4 Circular externa número 022 del 18 de mayo de 2006
- 4.7.5 Paralelo Resolución 1043 de 2006 y la Resolución 1439 de 2002
- 4.7.6 Componente auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud
- 4.7.7 Resolución número 1445 del 8 de mayo de 2006. Componente Sistema Único de Acreditación.
- 4.7.8 Resolución numero 2390 del 23 de junio de 1998. Sistema de Información en Salud
- 4.7.9 Resolución numero 2542 del 2 Julio de 1998
- 4.7.10 Resolución numero 0816 de marzo 24 de 2004
- 4.7.11 Resolución número 1149 de abril de 2006
- 4.7.12 Resolución número 1446 del 8 de mayo de 2006. Componente Sistema de información para la Calidad
- 4.7.13 Decreto número 3518 del 09 de octubre 2006

4.8 HISTORIA CLÍNICA

- 4.8.1 Ley 23 del 18 de febrero de 1981
- 4.8.2 Resolución número 1995 del 8 de julio de 1999
- 4.8.3 Resolución número 1715 del 13 de junio de 2005

5. CONCLUSIONES

ANEXO 1.LEGISLACIÓN DEROGADA

BIBLIOGRAFÍA

JUSTIFICACIÓN

La existencia de gran cantidad de normas, tales como, leyes, decretos, resoluciones, circulares, acuerdos entre otros, relacionados con Salud y Auditoría en Salud, hacen que la labor de los auditores se dificulte no solo por el volumen sino por las constantes modificaciones que ellas sufren, llevándolos a demoras en la toma de decisiones, afirmación de conceptos errados basados en legislación no vigente, diferencia de conceptos entre estos profesionales y desgaste administrativo de las instituciones, con consecuencias finales expresadas en el usuario, en la facturación de la institución y en la solidez financiera de esta.

Por lo anterior, se considera importante consolidar toda la información que existe en Colombia en materia de normas relacionadas con Auditoría en Salud, de manera que se logre obtener al final una información depurada, confiable y vigente que sirva de herramienta útil y actualizada como consulta tanto para los estudiantes del postgrado, como para los auditores en el ejercicio de su profesión.

Cabe anotar que este tema es de constante cambio en el país y por lo tanto requiere de compromiso del lector para su permanente actualización.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un consolidado sobre la normatividad vigente en Colombia en materia de Auditoria en Salud para proporcionar herramientas que faciliten el desempeño de los auditores en su quehacer diario.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.2.1 Afianzar los conocimientos de los auditores en materia de legislación vigente relacionada con el tema.

1.2.2 Revisar y depurar la información actualmente existente a fin de obtener la normatividad legal vigente.

1.2.3 Relacionar a la norma inicial las reglamentaciones y modificaciones que haya sufrido a través del tiempo, de manera que se facilite su consulta por parte del lector.

2. METODOLOGÍA

Se iniciará con una revisión bibliográfica y navegación en Internet a través de buscadores (Dogpile) y páginas Web del Ministerio de la Protección Social, El Diario Oficial, La Superintendencia Nacional de Salud, Salud Colombia y otras, a fin de recolectar toda la información existente y actualizada con respecto al tema anteriormente mencionado. Luego se clasificara esta normatividad por temas que faciliten su integración y aplicación directa sobre las actividades de Auditoria.

Se revisará cada una de las normas expuestas, extrayendo de ellas las ideas fundamentales relacionadas con la Auditoria en Salud.

Finalmente se procederá a realizar el consolidado por temas, de forma práctica para el lector.

3. CLASIFICACIÓN POR TIPO DE NORMA

	LEYES	DECRETOS	RESOLUCIONES	ACUERDOS	CIRCULARES
1981	23 (Febrero 18)				
1993	100 (Diciembre)				
1994			5261 (Agosto 5)		
1996		2240 (Diciembre 09)	4288 (Noviembre 20) 4445		
1997					
1998		0806 (Abril 30)	2390 (Junio 23) 2542 (Julio 02)		
1999			1830 (Junio 23) 1995 (Julio 08) 4144 (Diciembre 28)		
2000			1077 (Mayo 02) 3374 (Diciembre 27)		0035 (Diciembre 27)
2001	715 (Diciembre)		1895		
2002				0226 (Marzo 08) 0228 0236 (Diciembre 19)	
2003			3815 (Noviembre 28)	0244 (Enero 31) 0253 (Diciembre 05)	
2004			0816 (Marzo 24)	0260 (Febrero 04) 0267 (Junio 10)	

	LEYES	DECRETOS	RESOLUCIONES	ACUERDOS	CIRCULARES
2005		<u>2200 (Junio 28)</u>	<u>1715 (Junio 13)</u>	<u>0289 (Marzo 28)</u> <u>0294 (Junio 28)</u> <u>0297 (Agosto 22)</u> <u>0298 (Agosto 16)</u> <u>0300 (Septiembre 16)</u> <u>0302 (Octubre 14)</u> <u>0304 (Octubre 14)</u> <u>0306 (Agosto 16)</u> <u>0313 (Diciembre 05)</u> <u>0322 (Diciembre 22)</u>	<u>0021 (Octubre 07)</u>
2006		<u>1011 (Abril 03)</u> <u>1637 (Mayo 26)</u> <u>3518 (Octubre 09)</u>	<u>1043 (Abril 03)</u> <u>1149 (Abril)</u> <u>1445 (Mayo 08)</u> <u>1446 (Mayo 08)</u> <u>1448 (Mayo 08)</u>	<u>0331 (Marzo 16)</u> <u>0336 (Mayo 19)</u>	<u>0022 (Mayo 18)</u> <u>0030 (Mayo 19)</u>

4. CONSOLIDADO SOBRE LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA VIGENTE APLICABLE A LA AUDITORIA EN SALUD

4.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA (1991)

La Auditoria al igual que nuestra Constitución son áreas que encierran un enorme conjunto de elementos, de principios y valores, todos ellas con fines de garantizar un orden político, económico y social justo; ya sea a un pueblo o nación, como a un determinado número de usuarios de una entidad.

Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

El interés general: Al igual que en la auditoría debe prevalecer este sobre los intereses particulares, en toda empresa se debe controlar las actividades para que el trabajo realizado sea de interés general a todos los usuarios o clientes.

Artículo 2. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos

y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

El Estado al igual que la auditoría interna asume funciones, esta última de asesoría para garantizar los derechos y deberes del empleado, el cumplimiento de los principios corporativos y de las metas institucionales por parte de la administración y la creación de un entorno armónico y en convivencia.

Artículo 3. La soberanía reside exclusivamente en el pueblo, del cual emana el poder público. El pueblo la ejerce en forma directa o por medio de sus representantes, en los términos que la Constitución establece.

El Auditor en las empresas es solo un asesor, en definitiva dichas empresas tienen el poder (soberanía) para ejecutar su labor, acatando o no las sugerencias dadas por este personaje, asumiendo las consecuencias por el no cumplimiento de la norma.

Artículo 26. Toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionaran y vigilaran el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social. Las profesiones legalmente reconocidas pueden organizarse en colegios. La estructura interna y el funcionamiento de estos deberán ser democráticos. La ley podrá asignarles funciones públicas y establecer los debidos controles.

Por norma general todo Auditor que se desempeñe en una empresa debe ser un profesional idóneo, con conocimientos suficientes para realizar su labor.

Artículo 38. Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en sociedad.

Menciona el derecho de libre asociación, es así como un grupo de auditores pueden asociarse libremente para desarrollar actividades de vigilancia de procesos y brindar asesoría en las empresas.

Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación

de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

Uno de los lineamientos guía de la auditoría en salud, es la eficiencia, mencionada en este artículo, aplicable a la Seguridad Social y por supuesto a toda empresa que desee permanecer en el mercado del Sector Salud.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Artículo 78. La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización.

Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios. El Estado garantizará la participación de las organizaciones de consumidores y usuarios en el estudio de las disposiciones que les conciernen. Para gozar de este derecho las organizaciones deben ser representativas y observar procedimientos democráticos internos.

La ley al igual que la auditoría son entes de control de calidad en lo relacionado a los bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad por las diferentes empresas.

Artículo 274. La vigilancia de la gestión fiscal de la Contraloría General de la República se ejercerá por un auditor elegido para períodos de dos años por el Consejo de Estado, de terna enviada por la Corte Suprema de Justicia. La ley determinará la manera de ejercer dicha vigilancia a nivel departamental, distrital y municipal.

Con miras a fortalecer el control fiscal en general, el Constituyente de 1991 introdujo, en el artículo 274 de la Constitución Política, la figura del "Auditor" en su carácter de funcionario encargado de vigilar el ejercicio de la gestión fiscal del Contralor General de la República. Sin embargo aunque poseen igual función de vigilancia no se debe confundir a este "Auditor" con el que se desempeña como tal en las Instituciones Prestadoras de Servicios o en las Empresas Promotoras de Salud.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VEA NORMA COMPLETA EN ARCHIVO ADJUNTO](#)

4.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

4.2.1 Ley 100 de diciembre de 1993

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Establece una legislación nueva sobre Seguridad Social para Colombia, con énfasis en el Sistema General de Pensiones en el Libro Primero, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro Segundo, en el Sistema General de Riesgos Profesionales en el Libro Tercero y en Servicios Sociales Complementarios en el Libro Cuarto

La reforma de la Salud en el País se orientó en 3 direcciones: la desmonopolización de la seguridad social en salud para los trabajadores del sector privado al brindarle a todos los asalariados la opción de elegir la entidad que les preste el servicio de salud; la presencia del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y la aparición de un sector subsidiado que se sustenta en la creación de un Fondo de Solidaridad y Garantía, y que brinda aseguramiento a la población pobre del país.

Los principios generales de la Ley, expresados en el Capítulo 1, Artículo 2, establecen «el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.» Además, en el Artículo 153 establece los fundamentos del servicio público de salud, y define que los patrones rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud son equidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.2 Resolución numero 5261 del 5 de agosto de 1994

Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VEA NORMA COMPLETA EN ARCHIVO ADJUNTO](#)

4.2.3 Resolución numero 4288 del 20 de Noviembre de 1996

Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.

El objeto de esta reglamentación es definir y caracterizar el Plan de Atención Básica - PAB -, fijar sus componentes y las competencias territoriales para su aplicación.

El PAB es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad.

Sus características: Gratuidad, Estatal, Obligatoriedad, Territorialidad, Complementariedad. Incluye:

- Promoción de la salud.
- Prevención de la enfermedad
- De vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.4 Decreto número 0806 del 30 de abril de 1998

Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.

[Volver al cuadro de referencia](#)

Campo de aplicación. Reglamentar la Seguridad Social en Salud en todo el territorio nacional, tanto como servicio público esencial como servicio de interés público, a cargo de particulares o del propio estado, el tipo de participantes del sistema, la afiliación al régimen de seguridad social en salud y los derechos de los afiliados. Es decir, obliga a todas las entidades públicas, privadas, mixtas o de economía solidaria debidamente autorizadas.

Definición. El estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios en forma directa o a través de terceros para proteger de manera efectiva el derecho a la salud.

De los tipos de planes. Existirán los siguientes planes de beneficios en el sistema:

- Plan de Atención Básica (PAB)
- Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS)
- Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POSS)
- Atención de Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos
- Atención Inicial de Urgencias

Obligatoriedad de los entes territoriales. Es responsabilidad del Ministerio de protección Social y los entes territoriales de carácter departamental, distrital y municipal, la financiación, planeación, ejecución y control del PAB.

Condiciones de acceso. Para acceder a cualquier nivel de complejidad, será de tránsito obligatorio el paso por el médico general en el primer nivel de atención, con el debido proceso de remisión. De lo anterior se exceptúan las atenciones de urgencia y la pediatría.

Copagos y cuotas moderadoras. Serán establecidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Afiliados del sistema general de seguridad social en salud. Son afiliados todos los residentes en Colombia que se encuentren afiliados al Régimen contributivo o subsidiado y los vinculados temporalmente. La afiliación será obligatoria y temporalmente participará la población sin capacidad de pago que se encuentre vinculada al sistema. En ningún caso podrá exigirse examen de ingreso.

Afiliados al régimen contributivo. Las personas con capacidad de pago se deben afiliar al régimen contributivo mediante el pago de una cotización que será financiada directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. Se afiliarán así:

Como cotizantes:

- Todo residente en Colombia vinculada mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas
- Los servidores públicos
- Los pensionados por jubilación, invalidez, sobrevivientes o sustitutos
- Los trabajadores independientes que no tengan vínculo contractual con algún empleador

Como beneficiarios:

- Los miembros del grupo familiar del cotizante

Afiliación al régimen subsidiado. Se afiliará como subsidiada a la población pobre a través del pago de una UPC subsidiada, luego de ser identificada como tal.

Vinculados al sistema. Serán vinculadas al sistema todas las personas que no tienen capacidad de pago y no han sido afiliadas aún al régimen subsidiado.

Cobertura familiar. El grupo familiar del cotizante o subsidiado estará conformado por:

- El cónyuge.
- La compañera o compañero permanente siempre y cuando la convivencia sea superior a dos años.
- Los hijos menores de 18 años que dependan económicamente del afiliado.
- Los hijos entre 18 y 25 años que sean estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente del afiliado.
- Los hijos del cónyuge o compañero permanente que cumplan con las anteriores características.
- A falta de cónyuge, compañero permanente e hijos, los padres del afiliado que no sean jubilados y dependan económicamente de él.

Libertad de elección por parte del afiliado. La elección de la EPS en el régimen contributivo y en el subsidiado, será libre y voluntaria por parte del afiliado.

Efectos de la afiliación. La afiliación a la EPS o ARS implica la aceptación de todas las condiciones propias de cada régimen y aquellas relacionadas con cuotas moderadoras y copagos que fije la entidad. Estas últimas deberán ser informadas al afiliado.

Afiliaciones múltiples. Ninguna persona podrá estar afiliada al régimen contributivo y al subsidiado simultáneamente, ni tampoco a dos EPS al tiempo.

Reporte de afiliación múltiple. Cuando las EPS o las adaptadas se percaten de afiliación múltiple, deberán cancelar una o varias de esas afiliaciones, previo aviso al afiliado.

Afiliado beneficiario que debe ser cotizante. Se cancelará la inscripción como beneficiario a quien deba ser cotizante y éstas personas deberán cubrir los gastos en que haya incurrido la EPS por los servicios prestados.

Traslado de EPS. Los afiliados podrán trasladarse a otra EPS una vez cumplidos los requisitos anteriormente expuestos, previa solicitud a la nueva EPS presentada por el afiliado con treinta días de anticipación y la EPS a la cual se traslade, deberá notificar a la anterior.

Efectividad del traslado. El traslado será efectivo solamente a partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la presentación de la solicitud y la entidad de la cual se retira, tendrá a su cargo la prestación de los servicios hasta el día anterior a la efectividad del traslado. El primer pago de obligaciones, se realizará en el momento en que se haga efectivo el traslado. El trabajador independiente que al momento del traslado tenga deudas por copagos o cotizaciones, deberá ponerse a paz y salvo para hacer efectivo el traslado.

Suspensión de la afiliación. Será suspendida después de un mes de no pago por parte del afiliado, el empleador o la administradora de pensiones. Cuando la suspensión sea por no pago por parte del empleador o de la administradora de pensiones, éstos deberán garantizar al afiliado la prestación de los servicios de salud a los trabajadores que así lo requieran.

Interrupción de la afiliación. Cuando el afiliado o sus beneficiarios residan temporalmente en el exterior y reanuden el pago de sus aportes en el mes siguiente a su regreso, habrá lugar a interrupción de la afiliación sin pérdida de la antigüedad, ni pago de los períodos interrumpidos.

Periodos mínimos de cotización. Para tener derecho a las enfermedades de alto costo son los siguientes:

- Grupo 1: 100 semanas de cotización para tener acceso al tratamiento de enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas del nivel IV en el POS. Por lo menos 26 de éstas semanas deben haber sido cotizadas en el último año
- Grupo 2: 52 semanas para enfermedades que requieran manejo de tipo quirúrgico electivo y que se encuentren catalogadas en el MAPIPOS como del grupo 8 en adelante. Por lo menos 26 de éstas semanas deben haber sido cotizadas en el último año

Si el afiliado desea ser atendido antes de los plazos aquí definidos, deberá pagar un porcentaje del valor del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar el período mínimo.

Excepciones a los periodos mínimos de cotización. Serán de atención inmediata sin ser sometidas a períodos de carencia, las intervenciones de promoción y prevención que se hagan en el primer nivel de complejidad incluida la atención del embarazo, parto y puerperio, así como la atención inicial de urgencias. Tampoco podrán aplicarse períodos de carencia a los niños recién nacidos de madres afiliadas al sistema.

Licencias de maternidad. El derecho al reconocimiento económico de las prestaciones por licencia de maternidad, requerirá que la afiliada haya cotizado por lo menos durante el tiempo que duró la gestación.

Perdida de la antigüedad. Se pierde en los siguientes casos:

- Cuando un cotizante incluya beneficiarios que deberían ser incluidos como cotizantes
- Cuando un afiliado se reporte como empleador sin serlo o cuando reporte salarios inferiores a los reales
- Cuando un cotizante se afilie al régimen subsidiado sin tener el derecho correspondiente

- Cuando un trabajador independiente se vincule como empleado creando vínculos laborales inexistentes
- Cuando se suspenda la cotización al sistema por seis meses o más continuos
- Cuando un cotizante o beneficiario incurra en actos de mala fe (solicitar medicamentos o servicios que no sean necesarios, solicitar prestación de servicios para personas que no tengan derecho, suministrar a la EPS información falsa o engañosa).

Cobertura de servicios. El ingreso de un afiliado tendrá efectos desde el día siguiente al que se inicie la relación laboral, sin embargo la cobertura durante los primeros treinta días será solo de urgencias, el resto de los servicios le serán brindados treinta días después, a excepción del trabajador independiente que tendrá derecho desde el inicio a todos los servicios del POS.

Periodo de protección laboral. Una vez suspendido el pago por finalización de la relación laboral o la pérdida de la capacidad de pago del trabajador independiente, el trabajador y su núcleo familiar gozarán de cobertura hasta por treinta días más. Si el afiliado tenía 5 años o más de afiliación a la misma EPS, tendrá derecho a protección laboral por tres meses.

Beneficios durante la protección laboral. Durante éste período sólo le serán atendidas las enfermedades que venían en tratamiento o aquellas derivadas de la urgencia.

Afiliación a riesgos profesionales. Es requisito que el trabajador dependiente se encuentre afiliado y permanezca como tal en el sistema de riesgos profesionales.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.5 Resolución número 2390 del 23 de junio de 1998

Por la cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información sobre afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.6 Resolución número 1830 del 23 de junio de 1999

Por la cual se adopta para Colombia las “Codificaciones Únicas de Especialidades en Salud, Ocupaciones, Actividades Económicas y Medicamentos Esenciales” para el Sistema Integral de Información del SGSSS - IIS.

Tiene como fin adoptar las codificaciones de uso común de especialidades en salud, ocupaciones, actividades económicas y medicamentos esenciales, que harán parte del Sistema Integral de Información – SIIS y serán utilizadas por el sistema integral de información. Esta resolución incluye el listado de medicamentos esenciales y especialidades, ocupaciones y actividades económicas, con su respectivo código.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.7 Resolución número 4144 del 28 de diciembre de 1999

Por la cual se fijan lineamientos en relación con el Registro Individual de Atención.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.8 Resolución número 1077 del 2 mayo de 2000

Por el cual se Adiciona la Resolución No. 4144 del 28 de diciembre de 1999.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.9 Resolución número 3374 del 27 de diciembre de 2000

Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados

La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación, surte efectos a partir del 1° de abril del año 2001, y deroga las Resoluciones 2546 de 1998, 1958 de 1999 y 1832 de 1999.

La fecha de entrada en vigencia de la presente Resolución para los profesionales que presten en forma independiente servicios de salud, es el 1º de junio del año 2001, como lo establece la Resolución No. 1077 de 2000.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.10 Circular externa número 0035 del 27 de diciembre de 2000

SEÑORES: Representantes legales, jefes de áreas financieras, jefes de control interno, jefes de contabilidad, contadores y revisores fiscales de las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS- públicas

REFERENCIA: Instrucciones para el tratamiento administrativo y contable que deben dar a los procesos de facturación, costos, donaciones, y glosas, las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS públicas.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VEA NORMA COMPLETA EN ARCHIVO ADJUNTO](#)

4.2.11 Resolución número 1895 de 2001

Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. - CIE 10- códigos y descripción a tres y cuatro dígitos.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.12 Ley 715 del 21 de diciembre de 2001

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.13 Resolución número 3815 del 28 de noviembre de 2003

Por la cual se reglamentan los literales a) y b) del párrafo del artículo 58 de la Ley 715 de 2001.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.14 Acuerdo 0260 del 4 de febrero de 2004

Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.15 Decreto 2200 del 28 de junio de 2005

Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.16 Circular externa número 0021 del 7 de octubre de 2005

PARA: Todos los funcionarios de entidades promotoras de salud, administradoras de recursos del régimen subsidiado, entidades de medicina prepagada, entidades territoriales e instituciones prestadoras de servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica.

DE: Superintendente Nacional de Salud.

ASUNTO: Llamado sobre las características que debe tener la no autorización de los servicios de salud y/o medicamentos.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.17 Acuerdo número 0322 del 22 de diciembre de 2005

Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2006.

Artículo Primero.- Fijar el valor promedio ponderado de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo, para el año 2006 en la suma anual de \$386.881,20 que corresponde a un valor diario de \$1.074,67.

Artículo Cuarto.- Fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación por estructura poblacional y de costo para el Régimen Contributivo, así:

Grupo etáreo	Estructura de costo	Valor año
Menores de 1 año	2.47	955.596,56
De 1 a 4 años	1.28	495.207,94
De 5 a 14 años	0.68	263.079,22
De 15 a 44 años (Hombres)	0.60	232.128,72
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.24	479.732,69
De 45 a 59 años	0.81	313.373,77
Mayores de 60 años	2.28	882.089,14

Artículo Quinto.- Fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado para el año 2006 en la suma anual de \$215.712,00 que corresponde a un valor diario de \$599,20 el cual será único por afiliado independientemente de su grupo etáreo.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.18 Resolución número 1149 de Abril de 2006

Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud.

En la presente resolución se establecen los requerimientos mínimos de información sobre la afiliación al SGSSS a los regímenes especiales y exceptuados del mismo y a planes adicionales de salud, que deben cumplir los administradores del Sistema.

Esta información se debe generar, mantener, actualizar y reportar para efectos de la dirección, operación, seguimiento, vigilancia y control del SGSSS y de sus recursos y de determinar la responsabilidad, flujo y periodicidad en la actualización y reporte de la información. Para el efecto, los obligados deben mantener una base de datos de afiliados o asegurados debidamente actualizada, y en el caso de desafiliación o retiro deberá conservarse durante cinco años.

Los documentos que soportan la información se mantendrán debidamente clasificados y organizados y a disposición de los organismos de vigilancia y control. El Fosyga recibirá la información, la consolidará y administrará una Base de Datos Única de Afiliados, BDUA, al SGSSS y al sector salud, incluyendo la información de los regímenes exceptuados.

El reporte de la información se hará a través de un archivo maestro de ingreso y un archivo de novedades, en el primero se reportarán los nuevos afiliados que no se encuentren inscritos en la BDUA, y en el segundo todas las novedades de ingreso o de actualización de datos. El reporte debe remitirse dentro de los primeros ocho días de cada mes; pero para los reportes del régimen contributivo,

las EPS y EOC podrán hacer una segunda entrega de novedades al décimo tercer día hábil de cada mes. Las ARS entregarán la información a los Municipios dentro de los primeros diez días hábiles de cada mes, y éstos la remitirán a los Departamentos dentro de los diez días calendario siguientes. Por su parte, el Distrito Capital reportará la información directamente al Fosyga.

Las EPS, ARS y EOC deben hacer cruces y validaciones entre sus bases de datos internas y con el consolidado que envíe el Fosyga a cada entidad, con el fin de controlar la multifiliación al SGSSS, y remitir la información depurada.

En todo caso, será el Fosyga quien tenga a cargo el control total sobre la información y efectuará los cruces necesarios, garantizando que el afiliado exista una y solo una vez.

En cuanto al reporte de información de defunciones, en el artículo 8 se indica que las autoridades o entidades encargadas de expedir licencias o certificados de inhumación sobre personas fallecidas deben reportar, dentro de los últimos diez 10 días calendario de cada mes al Fosyga, la información correspondiente al mes inmediatamente anterior.

La información de que trata la presente resolución se presentará en medio magnético o por transferencia electrónica al Fosyga, garantizando su consistencia, veracidad y cumplimiento de estructura de los anexos técnicos.

Siempre que se presente incumplimiento de los plazos, términos y condiciones aquí señaladas, y con el fin de evitar indebida apropiación de recursos, el administrador del Fosyga dará traslado inmediato a la Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría General, Procuraduría, Contralorías Territoriales y demás organismos de control, para lo de su competencia en materia de investigación y sanciones correspondientes.

Finalmente señala que el primer giro de recursos para el Régimen Subsidiado se hará con base en la contratación informada por los Entes Territoriales, los giros posteriores se harán con base en los registros de afiliados que se encuentren en BDUA al momento de hacer el giro correspondiente.

La validación del proceso de compensación también se hará contra la Base de Datos Única de Afiliados actualizada a la fecha de cada proceso.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.19 Circular externa número 0030 del 19 de mayo de 2006

PARA: Representantes legales y miembros de juntas directivas de entidades promotoras de salud cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud que administre, incluyendo las empresas de medicina prepagada, de instituciones prestadoras de salud y de las

empresas que dentro de su organización existan dependencias que presten servicios de salud.

DE: Superintendente Nacional de Salud

ASUNTO: Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud: los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (auto evaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario) en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada, y los requerimientos de información.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.20 Decreto 1637 del 26 de mayo de 2006

Por el cual se dictan unas disposiciones para la organización y funcionamiento del Registro Único de Afiliados al Sistema de la Protección Social.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.2.20 Acuerdo número 0322 del 22 de diciembre de 2005

Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2006.

Artículo Primero.- Fijar el valor promedio ponderado de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo, para el año 2006 en la suma anual de \$386.881,20 que corresponde a un valor diario de \$1.074,67.

Artículo Cuarto.- Fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación por estructura poblacional y de costo para el Régimen Contributivo, así:

Grupo etáreo	Estructura de costo	Valor año
Menores de 1 año	2.47	955.596,56
De 1 a 4 años	1.28	495.207,94
De 5 a 14 años	0.68	263.079,22
De 15 a 44 años (Hombres)	0.60	232.128,72
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.24	479.732,69
De 45 a 59 años	0.81	313.373,77
Mayores de 60 años	2.28	882.089,14

Artículo Quinto.- Fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado para el año 2006 en la suma anual de \$215.712,00 que corresponde a un valor diario de \$599,20 el cual será único por afiliado independientemente de su grupo etáreo.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.3 RÉGIMEN SUBSIDIADO

4.3.1 Acuerdo número 0244 del 31 de enero de 2003

Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1. Objeto. El presente acuerdo define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, determina los criterios para identificar, seleccionar y priorizar a los potenciales beneficiarios de los subsidios, el procedimiento de afiliación de beneficiarios, la operación regional de las Administradoras de Régimen Subsidiado y el proceso de contratación del aseguramiento.

El presente Acuerdo deroga expresamente los Acuerdos 41, 95, 104, 111, 114, el artículo 21 del Acuerdo 117, 128, 131, 145, 164, 166, 176, 177, 207 y 230 y demás disposiciones que le sean contrarias.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.3.2 Acuerdo número 0253 del 5 de diciembre de 2003

Por el cual se aprueba la ampliación de cobertura en el Régimen Subsidiado con excedentes de liquidación de contratos y se dictan otras disposiciones.

Modifica el artículo 4º, numeral primero (Artículo modificado más adelante por el Acuerdo 304 del 14 de octubre de 2005); artículo 7º y 14 numeral primero del Acuerdo 244 de 2003 y adiciona el inciso tercero del artículo 6º del mismo Acuerdo 244.

Artículo 4. Adicionar un tercer inciso al artículo 6º del Acuerdo 244 de 2003, de la siguiente manera: "Los menores abandonados y los desvinculados del conflicto armado que estén bajo la protección del ICBF se identificarán de conformidad con las normas vigentes que rigen la información de afiliación al SGSSS expedidas por el Ministerio de la Protección Social, garantizando a cada menor una única identificación a nivel Nacional. Esta identificación será válida hasta tanto le sea expedido el documento correspondiente por la Registraduría Nacional".

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.3.3 Acuerdo número 0267 del 10 de junio de 2004

Por el cual se autoriza la asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga para ampliar cobertura en el régimen subsidiado de Salud mediante subsidios parciales.

PARÁGRAFO. - Para efectos del presente Acuerdo, se entiende por subsidio parcial, una proporción del valor de la unidad de pago por capitación subsidiada UPC-S, destinada a co-financiar algunos contenidos del Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado, POS-S.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.3.4 Acuerdo número 0294 del 28 de junio de 2005

Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 244 del CNSSS y se establecen las condiciones de operación regional del régimen subsidiado.

Artículo 1. *Operación regional del régimen subsidiado.* A partir del 1º de octubre de 2005 el régimen subsidiado de salud operará de manera regional de conformidad con las reglas que se establecen en el presente acuerdo. La operación regional significa que los municipios solo podrán contratar el régimen subsidiado con las ARS que mediante la convocatoria cuyas bases se señalan en este acuerdo, hayan sido seleccionadas para operar en la respectiva región y que los beneficiarios del subsidio solo podrán escoger una ARS entre aquellas seleccionadas en la región.

Artículo 7. Modificar el artículo 53 del acuerdo 244 del CNSSS el cual quedará así:

Artículo 53. *Procedimiento para la afiliación en circunstancias excepcionales.* Se garantizará la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado, en los siguientes casos:

- 1 Revocatoria de la autorización para la operación o funcionamiento o de la habilitación.
- 2 Disolución y liquidación.
- 3 Terminación unilateral de los contratos.
- 4 Declaratoria de caducidad del contrato de aseguramiento.
- 5 Nulidad de los contratos de aseguramiento.
- 6 Retiro por incumplimiento de participación mínima en el mercado dentro de un municipio.
- 7 No suscripción o renovación del contrato de aseguramiento por aplicación del artículo 36 del Decreto 050 de 2003.

Una vez los actos administrativos que hayan ordenado cualquiera de los casos anteriores se encuentren debidamente ejecutoriados o la sentencia judicial que ordene la nulidad del contrato esté en firme se aplicará el siguiente procedimiento:

- Las entidades territoriales informaran de forma inmediata a la Entidad Territorial Departamental y a la Superintendencia Nacional de Salud, la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias enunciadas; hasta tanto no se realice esta comunicación, la entidad municipal asumirá todos los costos que se generen, por la atención de los afiliados.
- Las entidades territoriales informarán a los beneficiarios, el día siguiente a la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias enunciadas, que la ARS a la que se encuentran afiliados no continuará operando.

La asignación de los afiliados será realizada por el departamento respectivo el mismo día a las ARS restantes que operan así: 50% en proporción al número de afiliados que tenga cada ARS en los respectivos municipios donde operaba la ARS saliente y el 50% restante distribuido por igual entre todas las ARS que se encuentren operando en el municipio.

Con los afiliados que tengan enfermedades de alto costo se conformará un grupo aparte y se distribuirán aleatoriamente, en proporción al número de afiliados incluidos los asignados que tenga cada ARS.

Para efecto de la asignación de usuarios a que hace referencia el inciso anterior, la Administradora de Régimen Subsidiado no podrá estar intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud, no debe presentar mora con su red de prestadores de servicios y debe estar cumpliendo oportunamente con los reportes y envío de información.

- La entidad territorial y las ARS con afiliados asignados informarán a los mismos sobre la ARS que les correspondió y la posibilidad de libre elección para el siguiente período de contratación. En caso de que el afiliado manifieste su decisión de traslado, este se hará efectivo en los términos establecidos por el CNSSS.

Las entidades territoriales procederán a adicionar los contratos vigentes por el período del año que falte, según el número de afiliados asignados. La prestación de los servicios y el pago de las UPC-S se garantizarán durante este período, mediante la entrega del listado de afiliados o las bases de datos, por parte de las Administradoras de Régimen Subsidiado a la red prestadora contratada, indicándole que el afiliado puede acceder a los servicios con el carné de la anterior ARS. La ARS deberá contratar inmediatamente con las IPS los servicios que garanticen el POS-S a estos afiliados.

Respecto de los cupos de afiliados no carnetizados por la anterior ARS, no se reconocerá la UPC-S y dichos cupos podrán ser reemplazados según lo previsto en el artículo 33 del Acuerdo 244 del CNSSS. La póliza para el cubrimiento de las enfermedades catastróficas así como la contratación por capitación, se hará exclusivamente por los afiliados que se encontraban carnetizados por la anterior ARS.

- La administradora de Régimen Subsidiado deberá entregar un nuevo carné a los afiliados asignados, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la adición del contrato siempre que a la fecha de esta adición falten más de cuatro meses para que se termine la vigencia contractual. Cuando falten menos de cuatro meses para la terminación de la vigencia contractual, la carnetización deberá realizarse a más tardar dentro de los treinta (30) días calendario, posteriores al inicio del siguiente período de contratación.

La ARS deberá informar a los afiliados que mientras obtengan el nuevo carné podrán acceder a los servicios de salud con la presentación del carné de la anterior ARS.

- Las entidades territoriales reportarán la novedad a las Administradoras del Régimen Subsidiado y procederán a la adición del contrato en ejecución dentro de los dos (2) días siguientes al reporte de la novedad.
- Tratándose de afiliados de las comunidades indígenas, las entidades territoriales solicitarán a la autoridad tradicional que seleccione la ARS a la cual se trasladarán de manera colectiva.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.3.5 Acuerdo número 0297 del 22 de agosto de 2005

Por el cual se definen aspectos relacionados con la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.3.6 Acuerdo número 0298 del 16 de agosto de 2005

Por el cual se adiciona parcialmente el Acuerdo 294 del CNSSS.

El presente Acuerdo adiciona en lo pertinente el artículo 5° del Acuerdo 294 del CNSSS.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.3.7 Acuerdo número 0300 del 16 de septiembre de 2005

Por el cual se definen algunas condiciones de operación en el régimen subsidiado.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.3.8 Acuerdo número 0304 del 14 de octubre de 2005

Por el cual se modifica el Acuerdo 244 de 2003 y se adoptan otras medidas reglamentarias.

Artículo 1. El artículo 30 del Acuerdo 244 de 2003 quedará así: El afiliado que ingrese al régimen contributivo con posterioridad a su afiliación al régimen subsidiado, deberá informar a la entidad territorial en un plazo máximo de quince (15) días para que esta proceda a suspender su afiliación y la de su grupo familiar. Dicha suspensión se mantendrá hasta por un (1) año.

Dentro de este término la afiliación al Régimen Subsidiado del beneficiario y su grupo familiar podrá activarse nuevamente siempre y cuando cumpla los siguientes requisitos:

1. Hubiera reportado por escrito a la entidad territorial su traslado de régimen subsidiado a régimen contributivo en el término previsto en el presente artículo.
2. Que informe a la entidad territorial la pérdida del vínculo laboral que dio lugar a su afiliación al régimen contributivo y su intención de afiliarse nuevamente al Régimen Subsidiado.
3. Que el afiliado siga manteniendo los criterios vigentes para pertenecer al régimen subsidiado.

La activación será efectiva a partir del mes inmediatamente siguiente a aquel en que se presente la solicitud de activación.

Artículo 2. El numeral 1 del artículo 4° del Acuerdo 244 de 2003 quedará de la siguiente forma: “1. Población Infantil abandonada. El listado censal de potenciales beneficiarios para la afiliación al régimen subsidiado de la población infantil abandonada será el elaborado tanto por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), como el listado censal elaborado por las alcaldías municipales. El listado censal elaborado por las alcaldías municipales tendrá en cuenta la población infantil abandonada a cargo de otras instituciones diferentes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar que tengan bajo su protección a población infantil abandonada”.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.3.9 Acuerdo número 0331 del 16 de marzo de 2006

Por medio del cual se modifican parcialmente los artículos 7, 14, 63 y 65 del Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.4 PLAN OBLIGATORIO DE SALUD: RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

4.4.1 Acuerdo número 0226 del 8 de marzo de 2002

Por el cual se incluye el uso de una tecnología dentro de las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de Salud.

Artículo 1º. Incluir en el Plan Obligatorio de Salud, del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, el uso de Acelerador Lineal para Teleterapia con fotones, para los casos en que a criterio médico científico se requiera tal tecnología.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.4.2 Acuerdo número 0228 de 2002

Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones.

El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga los Acuerdos 83, 106 y 110 del CNSSS.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.4.3 Acuerdo número 0236 del 19 de diciembre de 2002

Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 228 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 1°. Modificase en el artículo 1° del Acuerdo número 228, la concentración del medicamento Factor Antihemofílico Complejo del Factor IX, la cual quedará así:

Código	Principio activo	Concentración - Forma farmacéutica
B02B F002 72 1	Factor antihemofílico	No menos de 100 U. I. de Factor IX

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.4.4 Acuerdo numero 0289 del 28 de marzo de 2005

Por medio del cual se aclara la cobertura de servicios en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

Artículo 1. En los Planes Obligatorios de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado están incluidos los procedimientos de Cirugía Plástica, Maxilofacial y de otras especialidades descritas en la Resolución 5261 de 1994, que se relacionan a continuación, siempre que tengan fines reconstructivos funcionales en los términos expuestos en el presente Acuerdo.

- 1 Cirugías Reparadoras de Seno.
- 2 Tratamiento para paladar hendido y labio fisurado.
- 3 Tratamiento para gran quemado.

Los anteriores procedimientos se encuentran incluidos en los términos y condiciones de cada régimen establecidos en las normas que definen el plan de beneficios correspondiente, sin que en ningún caso implique un incremento en las coberturas actuales.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.4.5 Acuerdo numero 0302 del 14 de octubre de 2005

Por medio del cual se incluyen unas prestaciones en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

Artículo 1. Incluir en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la cobertura de las mallas de polipropileno no recubiertas, usadas en los procedimientos de herniorrafia o hernioplastia incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de cada régimen.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.4.6 Acuerdo número 0306 del 16 de agosto de 2005

Por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

El presente Acuerdo deroga las disposiciones que le sean contrarias y en especial los Acuerdos 072, 074 y el artículo 6 del Acuerdo 267 del CNSSS.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.4.7 Acuerdo número 0313 del 5 de diciembre de 2005

Por medio del cual se incluye una prestación en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

Artículo 1. Incluir en el plan obligatorio de salud del régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la cobertura del procedimiento de Colectomía por vía laparoscópica.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.4.8 Acuerdo número 0336 del 19 de mayo de 2006

Por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones.

La mayoría de estos medicamentos se usa para el manejo de enfermedades de alto costo como cáncer, VIH/Sida e insuficiencia renal crónica. Para su inclusión se tuvieron en cuenta las recomendaciones de las Guías de práctica clínica para la atención de pacientes con Enfermedad Renal Crónica y VIH/Sida, elaboradas en consenso con todos los actores del Sistema.

Adicionalmente, el Acuerdo expedido incluye dos nuevos procedimientos para el Régimen Subsidiado la micro-albuminuria y para los dos regimenes la prueba de genotipificación para VIH. Esta última a partir de enero de 2007.

También se incluye para ambos regímenes la Formula Láctea para suministrar a los Lactantes hijos(as) de madres VIH (+) durante los primeros 6 meses de edad.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.5 CUMPLIMIENTO A CONDICIONES SANITARIAS

4.5.1 Decreto número 2240 del 9 de diciembre de 1996

Por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.5.2 Resolución número 4445 de 1996

Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.6 COMPARATIVO ENTRE EL [DECRETO 1011/2006](#) Y EL [DECRETO 2309/2002](#)

En el nuevo decreto 1011/2006, donde se determina el nuevo sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud se encuentran los siguientes cambios:

- Las FFMM y la Policía se podrán acoger de manera voluntaria al SOGCS, pero si quieren ofrecer prestación de servicios deben cumplir con ésta reglamentación.
- En el artículo 2 dan nuevas definiciones.
- Aparece un nuevo actor en el sector: Unidad Sectorial de Normalización en Salud.
- Se adiciona a las características del SOGC: Continúa centrado en el usuario, pero se orientan es a la MEJORA de los RESULTADOS en Salud, lo cual va mas allá de la verificación de la existencia de estructura o documentación de procesos los cuales solo constituyen un prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.
- En el artículo 5 enumera las Entidades responsables del funcionamiento del SOGC.
- En el artículo 16 ya no se nombran cuales son la novedades que se deben reportar.
- En el artículo 16 las Direcciones municipales en salud deben hacer “Búsqueda Activa” de las IPS que operan en su jurisdicción.
- En el artículo 20, le dan potestad a las Universidades de avalar la capacitación y entrenamiento a los verificadores.
- En el artículo 21, se deberá realizar por lo menos una visita cada 4 años a las IPS.

- Artículo 23, Las entidades departamentales y distritales de salud no podrán negar la certificación de la habilitación por el incumplimiento de normas distintas a las que se exigen en la habilitación.
- A través del artículo 24 se crea la revocatoria de la habilitación para los prestadores, la cual se puede dar cuando la IPS incumpla cualquiera de las condiciones, eso sí, respetando el debido proceso.
- Los prestadores deben exhibir el sello y el certificado de habilitación. En ésta norma se crea el sello.
- En la revocatoria de la habilitación de las EAPB ya no hay garantía de la doble instancia.
- En el PAMEC, se determina que los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación.
- El PAMEC está centrado en el mejoramiento continuo.
- El PAMEC se sigue aplicando con las pautas indicativas de auditoría del Ministerio de la Protección social, es decir que se sigue con una auditoría para las IPS de primer orden y para las EAPB de segundo orden.
- En el PAMEC, para la auto-evaluación de la red de prestadores, se adiciona que nosotros como EAPB debemos evaluar que la atención brindada a nuestros usuarios se de con las 5 características: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad.

- Igual que el punto anterior, pero para Atención al Usuario, debemos evaluar la satisfacción de los usuarios con respecto a la calidad de los servicios ofrecidos.
- Ya en los proceso de auditoría de las IPS en lo referente atención al usuario no es la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos sino que es la Satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y la calidad de los servicios.
- Nuevamente hacen énfasis que la auditoría debe centrarse en los procesos definidos como prioritarios, que los criterios y métodos de evaluación serán previamente acordados entre EAPB e IPS y que deben contemplar las características de calidad: Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad.
- Uno de los Cambios más importantes de la norma se refiere a la Responsabilidad en el ejercicio de la auditoría en su artículo 40 donde el PAMEC reza "...debe ejercerse tomando como primera consideración la salud, la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente".
- Del Sistema único de Acreditación: en el artículo 41 si las IPS o EAPB se quieren acreditar, deben contar primero con la Habilitación.
- En el tema de acreditación, ya no es el ICONTEC quién define los estándares, sino que es la nueva Unidad Sectorial de Normalización.
- Se le da nuevamente vida al Sistema de información de la calidad a partir del artículo 45.

- En todo lo referente a los indicadores de calidad, el MPS establecerá los indicadores de calidad del SOGAS. (Es una resolución que saldrá dentro de poco).
- Se hace énfasis en la Inspección, Vigilancia y Control y se le da refuerzo a las funciones que ejerce la superintendencia y los entes territoriales. Habla de la inspección que se puede hacer tanto de habilitación, como del PAMEC, acreditación y del sistema de información para la calidad.
- La actualización de los estándares lo podrá hacer el MPS de acuerdo a los estudios y recomendaciones de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

4.7 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD –SOGCS-

4.7.1 Decreto número 1011 del 3 de abril de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

Campo de aplicación. Prestadores de Servicios de Salud, EPS, ARS, Entidades Adaptadas, Entidades de Medicina Prepagada y Entidades Distritales, Municipales y Departamentales de Salud. Se exceptúan: Las Instituciones de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional. Tampoco se incluyen: Bancos de Sangre, grupos de práctica profesional que no cuenten con

estructura física para prestar los servicios de salud, procesos de laboratorio de genética forense, Bancos de Semen de las unidades de Medicina Reproductiva, y todos los demás bancos de componentes anatómicos, insumos de salud y productos biológicos que corresponden de manera exclusiva al INVIMA.

Definiciones.

- 1 Atención en Salud: conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se presta en toda la población.
- 2 Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud: es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
- 3 Calidad de la Atención de Salud: se entiende como la provisión de servicios de salud a usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- 4 Condiciones de capacidad tecnológica y científica: requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud que sean suficientes para disminuir los riesgos que amenacen la vida o la salud de los usuarios.

- 5 Empresas Administradoras de Planes y Beneficios (EAPB): EPS, ARS, Entidades Adaptadas y Entidades de Medicina Prepagada.
- 6 Prestadores de Servicios de Salud: IPS, profesionales independientes y servicios de transporte especial de pacientes.
- 7 Profesional Independiente: persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 del 92 o las normas que la modifiquen, con las facultades para actuar de manera autónoma en la prestación de servicios de salud
- 8 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social de Salud (SOGCS): Conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud, para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud.
- 9 Unidad Sectorial de Normalización en Salud: Instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención en salud.

Características del SOGCS.

1. Accesibilidad: posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud.
2. Oportunidad: posibilidad de obtener los servicios de salud sin retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
3. Seguridad: conjunto de elementos estructurales, instrumentos, procesos y metodologías científicamente probadas que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante la atención en salud.

4. Pertinencia: grado en el cual el usuario obtiene el servicio que requiere con la mejor utilización de los recursos, de acuerdo con la evidencia científica.
5. Continuidad: secuencia lógica y racional de actividades por medio de la cual el usuario obtiene los servicios de salud.

Componentes del SOGCS

- Sistema Único de Habilitación
- Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud
- Sistema Único de Acreditación
- Sistema de Información para la Calidad

Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS

1. Ministerio de la Protección Social: desarrollará las normas de calidad, velará por su actualización y aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asesoría a los integrantes de sistema, y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando le sea solicitado.
2. Superintendencia Nacional de Salud: ejercerá funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará sanciones que sean de su competencia.
3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud: deberán cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el decreto.

4. Entidades Municipales de Salud: brindará asistencia para la implementación de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, así como también realizará la Auditoria para el Mejoramiento a los prestadores de servicios de la salud que prestan servicios a la población no afiliada.

4.7.2 Resolución número 1043 del 3 de abril de 2006. Componente Sistema Único de Habilitación

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

El Sistema Único de habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante el cual 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, de manera que se brinde seguridad a los usuarios.

Capacidad Tecnológica y Científica: serán las determinadas por los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Condiciones de suficiencia Patrimonial y Financiera: son las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las IPS en el mediano plazo, su competitividad en el área de influencia, liquidez y cumplimiento de las obligaciones en el corto plazo. El Ministerio de la Protección Social establecerá los requisitos.

Condiciones de capacidad Técnico Administrativa: son las siguientes:

- 1 Cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
- 2 Cumplimiento de requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la IPS cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud en la cual se efectúa el registro de los prestadores que se encuentran habilitados.

Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de salud: los prestadores presentarán el formulario de inscripción mediante el cual se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación.

Auto-evaluación del Cumplimiento de las condiciones para la habilitación: antes de presentar el formulario, los prestadores deberán realizar una auto-evaluación de

las condiciones requeridas, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de detectar deficiencias, el prestador deberá abstenerse de prestar el servicio.

1. Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: Procedimiento mediante el cual se radica el formulario de inscripción, después de llevar a cabo el anterior paso de auto-evaluación.
2. Los prestadores que tengan dos o más sedes, dentro de la misma jurisdicción Distrital o Departamental, deberán diligenciar un solo formulario.
3. Si las sedes son en diferente Distrito o Departamento, deberá diligenciar un formulario por cada sede.
4. El prestador sólo deberá declarar en el formulario los servicios que preste de forma permanente.

Término de vigencia de la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de salud: tendrá un término de vigencia de cuatro años (4), luego de los cuales podrá proceder a renovarse.

Obligaciones de los Prestadores de Servicios de salud respecto de la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: los prestadores son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para la verificación y a renovar la inscripción cuando pierda su vigencia, así como también a presentar las novedades correspondientes.

Reporte de Novedades: tienen el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y se realizará a través del formulario diseñado por el Ministerio de Protección Social. El reporte lo presentarán las Entidades Distritales y Departamentales durante los primeros 5 días hábiles de cada trimestre.

Administración del Registro Especial de Prestadores de Salud: la administración de las bases de datos será responsabilidad de las Entidades Distritales y Departamentales de Salud en sus respectivas jurisdicciones.

Consolidación del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: el consolidado de la base de datos, será responsabilidad del Ministerio de Protección Social.

Verificación del Cumplimiento de las condiciones para la Habilitación: las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de la verificación del cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Salud.

Equipos de Verificación: las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo interdisciplinario responsable de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación de conformidad con los lineamientos, perfiles y experiencia contenidos en el Manual de Procedimientos

para la Habilitación definido por el Ministerio de la Protección Social y deberán recibir previamente capacitación y entrenamiento por parte del mismo.

Plan de Visitas: las Entidades Departamentales y Distritales deberán diseñar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de su jurisdicción cumplan con las condiciones que les son exigibles y de tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para éste proceso. Deberán realizar al menos una visita a cada prestador durante los cuatro años que dura la vigencia del registro.

Planes de Cumplimiento: los Prestadores de Servicios de Salud deberán cumplir con los estándares de Habilitación y no se aceptará la suscripción de planes de cumplimiento para dicho efecto.

Certificación del Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación: una vez efectuada la visita, las Entidades Departamentales y Distritales, enviarán en un plazo de 15 días hábiles a partir de la fecha de la visita, la “Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación”.

Revocatoria de la Habilitación: Las Entidades de Salud podrán revocar la habilitación obtenida cuando se incumpla cualquiera de los requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso.

Información a los Usuarios: Los Prestadores fijarán en lugares visibles al público el distintivo mediante el cual se identifique que los servicios que ofrece se encuentran habilitados, así como también el Certificado de Habilitación.

Responsabilidades para Contratar: el contratante de servicios de Salud verificará que el prestador está inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones, el contratante deberá informar a las Entidades de Salud, quien deberá adoptar las medidas pertinentes. En caso de no poderse mantener la Habilitación, el contratante deberá abstenerse de prestar servicios de salud con dichos prestadores.

Habilitación de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).
Condiciones Básicas para la Habilitación de EAPB: las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa de obligatorio cumplimiento para la permanencia de las EAPB serán los estándares que establezca el Ministerio de la Protección Social.

Entidad Competente: la Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar las EAPB.

Vigencia de la Habilitación de las EAPB: la habilitación se otorgará por tiempo indefinido y la Superintendencia verificará el mantenimiento de las condiciones.

Revocatoria de la Habilitación de las EAPB: la Superintendencia de Salud podrá revocar la habilitación a una EAPB cuando incumpla las condiciones o requisitos para su otorgamiento, previo agotamiento del debido proceso.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.7.3 Resolución número 1448 del 8 de mayo de 2006

Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina.

Lo que busca la presente resolución es regular los servicios de salud que brindan instituciones dedicadas a la telemedicina, que es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a servicios que presentan limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

Esta resolución incluye: Inscripción en el registro especial de prestadores de Servicios de Salud, la declaración de los servicios bajo la modalidad de Telemedicina, las entidades habilitadas para prestar y contratar servicios bajo la

modalidad de Telemedicina son sólo aquellas que cumplan con esta norma y se encuentren inscritos en el registro especial de prestadores y por ultimo incluye las condiciones de capacidad tecnológica y científica, técnico administrativa y de suficiencia patrimonial.

[Volver al cuadro de referencia.](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.7.4 Circular externa número 022 del 18 de mayo de 2006

Asunto: Adopción de formularios de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud y de reporte de novedades del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

[Volver al cuadro de referencia.](#)



[VEA NORMA COMPLETA EN ARCHIVO ADJUNTO](#)

4.7.5 Paralelo entre la [Resolución 1043 de 2006](#) y la [Resolución 1439 de 2002](#)

- Ambos buscan la protección de los usuarios en los Prestadores de Servicios de Salud frente al riesgo a la vida o a la salud derivados de la prestación del servicio.
- Conserva los principios de Fiabilidad, Esencialidad y Sencillez en la formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica.
- La vigencia del registro de habilitación es de cuatro años con la anterior resolución este periodo era de tres años.

- Ampliación teórica y explicativa de los elementos objeto de verificar como son la Capacidad tecnológica y científica, la Suficiencia Patrimonial y Financiera y la Capacidad técnico – administrativa.
- Aclara que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro, los cuales deberán estar dictaminados por el revisor fiscal o el contador de la institución.
- La nueva resolución hace énfasis en la implementación y cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad a la hora de inscribirse en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- Menciona la nueva resolución que las visitas de verificación de las condiciones de la habilitación, deben ser notificadas como mínimo con un día de antelación a su realización.

4.7.6 Componente Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

- Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud: los procesos de auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB. Esta auditoria implica la realización de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios, y la comparación entre la calidad observada y la esperada.

- Niveles de Operación de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud: el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles: autocontrol, auditoria interna y auditoria externa.
- Tipos de Acciones: en el modelo se llevarán a cabo tres tipos de acciones: Preventivas (las que se realizan en forma previa a la atención del usuario), de seguimiento y Coyunturales (las realizadas retrospectivamente para analizar la ocurrencia de eventos adversos).
- Énfasis de la Auditoria según tipos de Entidad: el modelo será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades con el ánimo de hacer énfasis en los aspectos que precise cada una y se aplicará con base en las pautas del Ministerio de la Protección Social.
- Procesos de auditoria en las EAPB: deberán comprender como mínimo la auto-evaluación de la red de prestadores de servicios de salud (suficiencia de red, referencia y contrarreferencia) y la atención al usuario (satisfacción, acceso, oportunidad y calidad).
- Procesos de auditoria en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: deberá comprender los procesos de auto evaluación de la atención en salud y atención al usuario.
- Procesos de auditoria externa de las EAPB sobre los Prestadores: deberán estar incorporados al programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de las EAPB y deberá centrarse en los procesos definidos como prioritarios.
- Procesos de auditoria de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud: en su condición de compradores de servicios de salud

para la población pobre, establecerán un PAMEC para los mismos procesos contemplados para las EAPB.

- Responsabilidad en el ejercicio de la auditoria: deberá ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario.

4.7.7 Resolución número 1445 del 8 de mayo de 2006. Componente Sistema Único de Acreditación. *Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.*

A través del Decreto 1011 de 2006, se estableció como condición para acceder a la Acreditación que todo prestador de servicios de salud y Entidad Administradora de Planes de Beneficio deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación. El mencionado decreto a su vez facultó a una única entidad acreditadora seleccionada por el Ministerio de la Protección social.

En virtud de lo anterior, el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 1445 del 8 de mayo del presente año en la cual se define las funciones que tendrá la mencionada entidad acreditadora.

El sistema Único de Acreditación es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procesos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, EAPB y Entidades de Salud que voluntariamente decidan acogerse a éste proceso y que se encuentren previamente habilitados.

- Principios de la Acreditación: confidencialidad (la información durante el proceso es confidencial), eficiencia (los procesos procurarán la productividad) y Gradualidad (las exigencias serán crecientes en el tiempo).
- Entidad Acreditadora: será liderado por una entidad acreditadota escogida por el Ministerio de la Protección Social.
- Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación: la entidad acreditadota adoptará los manuales de estándares, los cuales deberán revisarse y ajustarse por lo menos cada tres años.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.7.8 Resolución numero 2390 del 23 de junio de 1998. Sistema de información en salud. *Por la cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información sobre afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.7.9 Resolución numero 2542 del 2 Julio de 1998

Por la cual se reglamenta el Sistema Integral de Información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SIIS.

Lo que se busca con esta resolución es la reglamentación de los datos, mecanismos operativos, disposición y administración de datos y responsabilidades en materia de información del Sistema General de Seguridad Social que deben asumir todos los integrantes de SGSSS.

Se conoce como “Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SIIS, el conjunto interrelacionado de usuarios, normas, procedimientos y recursos del Sistema que generan y disponen información sobre los procesos esenciales de afiliación, financiamiento, prestación de servicios, vigilancia de la salud pública y participación social y los procesos de gerencia y administración institucional en cada uno de los integrantes del Sistema.”

Todas las instituciones del sistema tiene la responsabilidad de mantener en funcionamiento su sistema de información y el ministerio debe definir los estándares de los datos y hacer la vigilancia.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.7.10 Resolución numero 0816 de marzo 24 de 2004

Por la cual se regula la difusión, acceso y utilización de la información en los Sistemas de Seguridad Social Integral y de Protección Social administrados por el Ministerio de la Protección Social.

La presente resolución busca dar cumplimiento a los artículos 15 y 20 de la Constitución Política de Colombia, a los artículos 276 y 173 de la ley 100 de 1993, al decreto 1406 de 1999 y al decreto ley 205 de 2003, para esto define los requisitos, procedimientos y seguridades requeridos para que las personas naturales o jurídicas puedan acceder o divulgar la información presentada en medio físico, medio magnético, archivos o bases de datos de los sistemas de información administrados por el Ministerio de la Protección Social. Esta información es de circulación restringida para los terceros totalmente ajenos al ámbito propio en el cual se obtuvo dicha información y deberán ser protegidos con la debida reserva, custodia y conservación y solo podrán ser utilizados para los fines de ley por parte de las personas naturales y jurídicas que accedan a esta. Se mantendrá como información reservada la de las bases y la autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral que figuren en las declaraciones respectivas. En la resolución se encuentra establecida la forma para hacer la solicitud de esta información.

[Volver al cuadro de referencia](#)



VEA NORMA COMPLETA EN ARCHIVO ADJUNTO

4.7.11 Resolución número 1149 de abril de 2006

Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.7.12 Resolución número 1446 del 8 de mayo de 2006. Componente sistema de información para la calidad. *Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.*

En cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 1011 de 2006 el Ministerio, a través de la presente resolución, define y establece las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de calidad; brindar información a los usuarios para que puedan elegir con base en la calidad de los servicios; así como ofrecer insumos por calidad que permitan concretar los incentivos de prestigio del Sistema.

Los indicadores y contenidos a que se refiere la presente resolución se encuentran en el anexo técnico que hace parte integral de la misma, y son de obligatoria implementación y reporte por parte de las IPS, EPS, ARS, Adaptadas, EMPY entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para las Instituciones que hayan sido acreditadas, la entidad acreditadora en unión con el Ministerio de la Protección Social, deberán implementar indicadores de seguimiento, que les permitan evaluar la permanencia de las condiciones que permitieron su acreditación, y orientar las visitas de seguimiento y la orientación a los usuarios.

El reporte de la información se hará a la Superintendencia Nacional de Salud, y esta a su vez la pondrá a disposición del Ministerio de la Protección Social.

Las instituciones obligadas a implementar el Sistema de Información para la Calidad, deben hacerlo en un plazo máximo de seis meses, contados a partir de la vigencia de la presente resolución.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

El Ministerio de Protección Social diseñará e implementará un sistema de información para la calidad con el objetivo de estimular la competencia por la calidad entre todos los actores del sector y que permita la orientación a los usuarios, el cual se incluirá en su página Web.

- Objetivos del Sistema de Información para la calidad: Monitorear la calidad de los servicios, orientar el comportamiento de la población general, contribuir a la referenciación competitivas obre la calidad entre los actores del sistema y estimular la cultura de la calidad.

- Principios del sistema de información: Gradualidad, sencillez (se presentará de manera que pueda ser entendida por la población general), focalización (concentrada en los conceptos fundamentales), validez y confiabilidad, participación (incluirá a todos los participantes de sistema) y eficiencia (deberá recopilarse sólo lo que es útil).

4.7.13 Decreto número 3518 del 09 de octubre 2006

Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.

Menciona como uno de sus principios orientadores, la Calidad y la define como:
“La garantía de veracidad, oportunidad y confiabilidad de la información generada, en todos los procesos de vigilancia en salud pública que realicen los integrantes del Sistema”

Una de las finalidades que se busca con la implementación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública es orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.8 HISTORIA CLÍNICA

4.8.1 Ley 23 del 18 de febrero de 1981

Por la cual se dictan normas en materia de Ética Médica.

Como apartes de esta Ley queremos destacar lo correspondiente a la historia clínica como dice en los siguientes artículos:

ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

ARTICULO 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

ARTICULO 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos a su reemplazante.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.8.2 Resolución número 1995 del 8 de julio de 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

En esta resolución se fijan todos los requerimientos legales que debe cumplir la historia clínica y los parámetros para su completa elaboración con el fin de elaborar historias con calidad, además establece la reglamentación del archivo clínico en lo correspondiente al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias.

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

4.8.3 Resolución número 1715 del 13 de junio de 2005

Por la cual se modifica la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999.

"Parágrafo 3°. En caso de liquidación de una entidad perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, responsable de la custodia y conservación de las historias clínicas, esta entidad deberá entregar al usuario o a su representante legal la correspondiente historia clínica, para lo cual publicará como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional con un intervalo de ocho (8) días, en el cual se indicará el plazo y las condiciones para que los usuarios retiren sus historias clínicas, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses, contado, a partir de la publicación del último aviso.

Artículo 2°. Modificar el artículo 15 de la Resolución 1995 de 1999, el cual quedará de la siguiente manera: Retención y tiempo de conservación. La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de diez (10) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo tres (3) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo siete (7) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse".

[Volver al cuadro de referencia](#)



[VER NORMA COMPLETA](#)

5. CONCLUSIONES

Posterior a una revisión de la legislación colombiana existente relacionada con la Seguridad Social en Salud seleccionamos la normatividad vigente y aplicable a la Auditoria en Salud, desde su inicio con la Constitución Política de Colombia en 1991 hasta las últimas normas emitidas en el año 2006. Podemos concluir que:

- Actualmente existen diferentes entes como el Congreso de la República, el Ministerio de la Protección Social, El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros, cada uno de los cuales emiten leyes, decretos, resoluciones, acuerdos y circulares de acuerdo a su competencia, sobre temas aplicables al sector salud. Llevando esto a que exista una gran divergencia de conceptos y un alto número de normas con temas muy específicos, dificultando así su aplicación por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y el conocimiento de ellas por parte de estudiantes, administradores, profesionales del área de la salud y del derecho y demás personas interesadas en el tema.

Debido a esto consideramos la necesidad de designar a una sola entidad que bien podría ser el Ministerio de la Protección Social como ente encargado de la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento

del sistema de salud; el cual consolidaría toda la normatividad correspondiente al sector, teniendo éste toda la potestad y conocimiento sobre la legislación, facilitándole el cumplimiento de las funciones anteriormente mencionadas y desplegando estos consolidados a todos los actores del sistema.

En este orden de ideas sería un punto importante a tener en cuenta a la hora de emitir una nueva norma que modifique o adicione a una ya existente, implementar el sistema de versiones para que se continúe con el mismo número asignado en su creación, resaltando en su publicación la modificación realizada, de manera que con cada cambio se actualice el número de la versión con su respectiva fecha. Evitándose así el acumulo de normas sobre un mismo tema con cambios poco significativos y la cantidad de legislación derogada que es desconocida por los actores del sistema.

En el momento no se evidencia claramente una legislación dedicada al Régimen Vinculado, el cual inicialmente desde la Ley 100 fue diseñado para desaparecer, una vez se alcanzara la universalidad del sistema, lo que se buscaba al inicio era cobertura de toda la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado. Pero hasta el año 2000 sólo se había logrado un 48% de cobertura en los regímenes contributivo y subsidiado. En la actualidad según estadísticas del Ministerio de la Protección Social existen 12'657.008 habitantes vinculados, lo que hace necesaria la emisión de una normatividad que regule la prestación de los servicios de salud para esta población en tanto se alcance la cobertura esperada del 100% de afiliación al sistema. En temas de vital

importancia como son un Plan de beneficios, Red de prestadores en los diferentes niveles de atención, Sistemas de referencia y contra-referencia, distribución y asignación de recursos en salud.

- Con relación al plan de beneficios, se evidencian grandes vacíos que dificultan notablemente la labor del auditor, ya que no existe claridad sobre temas como insumos y material médico – quirúrgico, además la existencia de un Plan Obligatorio de Salud diferente para cada régimen, que no se ajusta al principio de integralidad de la ley 100 de Seguridad Social en Salud, donde la seguridad social no puede convertirse en privilegio de la clase asalariada de nuestro país, sino que es un derecho fundamental para el hombre por el solo hecho de su condición.
- El Estado colombiano esta en busca de alcanzar la universalidad y además de alcanzar la excelencia en la prestación de servicios de salud, para garantizar a la población, mejor calidad de vida e integralidad, es por esto, que definió el conjunto de requisitos mínimos para habilitar las instituciones y además adopto los estándares de Acreditación, que se convierten en una gran oportunidad para mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Llama la atención la preocupación del Ministerio de la Protección Social por promover el alcance de estándares máximos de calidad en los actores del sistema, como son los exigidos por el Sistema Único de Acreditación, en un

país de escasos recursos económicos, donde a veces es difícil contar con la suficiente infraestructura para alcanzar los requisitos mínimos esenciales de habilitación. Resulta también desconcertante la ineficiencia y poca exigencia de las entidades territoriales a la hora de realizar las visitas de verificación para habilitar instituciones, esto permite que muchas de ellas estén prestando servicios sin estar habilitadas y que aún estándolo presentan riesgos para la seguridad de los usuarios.

- La recopilación de la normatividad vigente presentada servirá como herramienta para facilitar el desempeño de los auditores en su quehacer diario, pero es importante anotar, que teniendo en cuenta el dinamismo de nuestro sistema legislativo, esta recopilación no es estática y deberá estar en permanente actualización.

ANEXO. LEGISLACIÓN DEROGADA

DECRETOS

- Decreto 1938
- Decreto 2309
- Decreto 2753

CIRCULARES

- Circular Externa 015

ACUERDOS

- Acuerdo 083
- Acuerdo 106
- Acuerdo 110

RESOLUCIONES

- Resolución 0238
- Resolución 0486
- Resolución 0365
- Resolución 1078
- Resolución 1439
- Resolución 1474
- Resolución 1832
- Resolución 1891
- Resolución 1958
- Resolución 2546
- Resolución 3997
- Resolución 4252

BIBLIOGRAFÍA

Nueva Constitución Política de Colombia. Texto Oficial 1991. Edición actualizada 1996. Esquilo. 150p.

VÉLEZ CORREA, Luís Alfonso. Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Segunda Edición. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas. 1996. p. 267 – 268.

CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Consideraciones y Definiciones para un Sistema de Garantía de Calidad en Colombia. Vía Salud segundo trimestre 2000:5-12

SITIOS EN INTERNET

Buscadores Google y Dogpile.

Portal Salud Colombia. [<http://portalsalud.com>]

Portal Gobierno en Línea. [<http://gobiernoenlinea.gov.co>]

Ministerio de la Protección Social. [<http://minproteccionsocial.gov.co>]

Dirección Seccional de Salud de Antioquia. [<http://dssa.gov.co>]

Alcaldía de Bogotá. [<http://alcaldiabogota.gov.co>]

Médicos generales colombianos. [<http://medicosgeneralescolombianos.com>]

Superintendencia Nacional de Salud. [<http://supersalud.gov.co>]

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. [<http://cnsss.gov.co>]

OPS Colombia – Medicamentos esenciales. [<http://col.ops-oms.org>]

Portal Medico Legal Online. [<http://medicolegal.com.co>]

Presidencia de la Republica. [<http://presidencia.gov.co>]