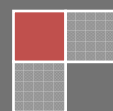




# HABILITACIÓN

## Sistema de habilitación

Dentro de las responsabilidades del Estado colombiano está la de proteger la vida, los derechos a la seguridad social y a la salud de todas las personas residentes en Colombia. Así mismo, tiene a su cargo la organización, dirección y reglamentación de los servicios públicos de atención de la salud y saneamiento ambiental y ejercer la vigilancia y control de la prestación de servicios de salud. Es su deber legal 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.



## **Origen y desarrollo**

Dentro de las responsabilidades del Estado colombiano está la de proteger la vida, los derechos a la seguridad social y a la salud de todas las personas residentes en Colombia. Así mismo, tiene a su cargo la organización, dirección y reglamentación de los servicios públicos de atención de la salud y saneamiento ambiental y ejercer la vigilancia y control de la prestación de servicios de salud. Es su deber legal 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.

El anterior párrafo presenta algunos de los preceptos constitucionales en los que se basa el sistema de habilitación de prestadores de servicios de salud. Este sistema, definido por el Gobierno Nacional, tiene sus orígenes y conserva conceptos y fundamentos en las normas sanitarias dirigidas a preservar, restaurar o mejorar las condiciones necesarias en lo relacionado con la salud humana, dictadas en la Ley 9 de 1979, que entre otros temas, definió la existencia de licencias sanitarias de funcionamiento, particularmente para edificaciones cuyo uso se destine a la prestación de servicios de salud.

El concepto de licenciamiento para la prestación de servicios de salud ha evolucionado paralelo con el desarrollo del sistema de salud en Colombia y su normatividad. En 1990, la Ley 10 crea el registro especial de instituciones de salud, con el fin de organizar una base de datos de la oferta de servicios de salud. En 1993, con la organización del Sistema de Seguridad Social en Salud, se establece la calidad como uno de los principios rectores, y se ordena la definición del Sistema de Garantía de Calidad, que mediante el Decreto 2174 de 1996, sustituido por el Decreto 1011 de 2006, incorpora el concepto de habilitación para la prestación de servicios de salud, como una serie de estándares de obligatorio cumplimiento por parte de las IPS (instituciones prestadoras de servicios de salud) que quieran participar en la oferta de estos servicios.

Con la expedición de la Ley 715 de 2002, se ordena la creación del Sistema de Garantía de Calidad y del Sistema Único de Habilitación, entre otros temas. El Gobierno Nacional, mediante Decreto 2309 de 2002, hoy sustituido por el Decreto 1011 de 2006, reglamenta el sistema de garantía de calidad en el cual se incorporan cuatro componentes: el sistema único de acreditación de IPS y de EPS; el sistema de información a los usuarios, y EPS; la auditoría para el mejoramiento de la calidad, y el sistema único de habilitación de prestadores y EPS.

En el sistema de habilitación, a las condiciones tecnológicas y científicas o requisitos esenciales, el gobierno integra los conceptos de registro, autoevaluación y declaración de cumplimiento de estándares, la verificación por los organismos de vigilancia, y algunos requisitos de orden financiero y administrativo.

De tal manera, el gobierno constituye un sistema de autorización a los prestadores de servicios para hacer parte de la oferta de servicios de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

### **Qué es y para qué fue creado**

El sistema de habilitación, un facilitador del incentivo legal para la calidad de la atención en salud, es un componente obligatorio y estatal del sistema de garantía de calidad y constituye la herramienta definida para autorizar el ingreso y la permanencia de los prestadores de servicios de salud en el sistema de salud. Su propósito fundamental es la protección de los usuarios de los potenciales riesgos propios de la prestación de servicios de salud.

Fue definido normativamente como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y

permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud.

### **Cómo opera el sistema de habilitación**

El sistema de habilitación incluye dos procesos básicos: la autoevaluación e inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, y la verificación del cumplimiento de estándares por parte de las autoridades de salud.

El primero de ellos está orientado a autorizar el ingreso de los prestadores de servicios de salud en el sistema, y crear y mantener una base de datos actualizada de la oferta de servicios de salud en el país. Implica la evaluación por parte del prestador de servicios de salud en el interior de su institución, de todos los estándares que le sean aplicables según los servicios que preste, y en caso de incumplimiento de alguna de las condiciones, la realización de las acciones necesarias para cumplirlos, o en caso contrario, la autorrestricción en la prestación de servicios.

Cuando se cumplen todas las condiciones, el proceso continúa con el diligenciamiento del respectivo formulario de inscripción en el registro de prestadores –sea un profesional independiente o una IPS–, y su presentación y radicación en la Dirección Departamental o Distrital de Salud del departamento o distrito en el cual tenga sede la institución.

Con base en la inscripción de las instituciones, las direcciones departamentales y distritales de salud, conformarán las bases de datos de la oferta oficial de servicios de salud de su jurisdicción y la remitirán al Ministerio de Salud, donde se consolidará la oferta nacional.

El segundo proceso básico es la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación. Se inicia con la identificación, por diferentes medios, de los prestadores de su jurisdicción, para realizar un censo inicial y el cruce de este listado con las bases de datos del registro especial, para identificar los prestadores que ofrezcan los servicios sin la debida autorización.

Las entidades departamentales y distritales conformarán los equipos de verificación, de acuerdo con la oferta de prestadores identificada y diseñarán un plan de visitas orientado a la verificación del total de prestadores de su jurisdicción. La ejecución del plan obliga a la verificación de todas las condiciones de habilitación en la sede de los prestadores de servicios de salud. La verificación implica el concepto de ratificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación por la autoridad de salud, o por el contrario, la identificación de estándares no cumplidos y la adopción de sanciones, que incluyen el cierre de servicios y, o, instituciones, y sanciones pecuniarias.

### **Breve presentación de las condiciones y los estándares de habilitación**

El sistema de habilitación contempla tres tipos de condiciones:

- Suficiencia patrimonial y financiera
- Condiciones técnico-administrativas
- Condiciones tecnológicas y científicas

Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera son requisitos básicos del patrimonio y del pasivo, aplicables a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), y no aplicables a profesionales independientes. Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera son:

1. Que su patrimonio neto se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda, de acuerdo con la naturaleza jurídica de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, y de conformidad con los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y en el Plan de Cuentas para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.
2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere 50% del pasivo corriente.

3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere 50% del pasivo corriente.

Las condiciones técnico-administrativas están referidas a la existencia jurídica de la institución y a un sistema contable que le permita generar estados financieros. Son aplicables únicamente a IPS.

### **Las condiciones tecnológicas y científicas**

El propósito de las condiciones tecnológicas y científicas es dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios en el país.

Ser estándares esenciales implica que no son exhaustivos ni deben pretender abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud. Incluyen únicamente aquellos cuya ausencia condiciona directamente la presencia de riesgos sobre la vida y la salud en la prestación del servicio.

Esta premisa implica la obligatoriedad en el cumplimiento de los estándares y la eliminación de planes de cumplimiento. Si los estándares son realmente esenciales, la no obligatoriedad implicaría que el Estado permita la prestación de un servicio de salud a conciencia de que el usuario está recibiendo servicios que generan un riesgo.

Los estándares atienden tres principios básicos:

**Fiabilidad:** la forma de aplicación y verificación de cada estándar es explícita y clara, lo que permite una verificación objetiva y homogénea por parte de los verificadores.

**Esencialidad:** las condiciones de capacidad tecnológica y científica constituyen requerimientos que protegen la vida, la salud y la dignidad de los usuarios, de los riesgos que atentan contra dichos derechos, durante la prestación de servicios de salud.

Sencillez: la sencillez guía la formulación de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos de su verificación, con el fin de que ellos sean fácilmente entendibles y aplicables por los prestadores de servicios de salud, por las autoridades encargadas de su verificación y, en general, por cualquier persona interesada en conocerlos.

Son estándares principalmente de estructura. Están diseñados de manera que permitan la autorización para el funcionamiento de cualquier tipo de prestador de servicios de salud. Abarcan la organización que preste directamente uno o más servicios de salud. Ello implica que los requisitos esenciales no son aplicables a organizaciones que no presten al menos un servicio de salud de manera integral. El cumplimiento de los estándares que se refieran a servicios de apoyo a la atención será responsabilidad de los prestadores que ofrezcan el servicio integral, independientemente de que estos sean contratados, delegados o asumidos directamente.

Están dirigidos a la minimización de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud.

### **Enfoque de riesgo**

El enfoque fundamental y el propósito de los requisitos del sistema de habilitación confluyen en proteger a las personas de los riesgos propios de la prestación de los servicios de salud.

Durante el diseño de estándares, sin embargo, se identificó que además de prevenir la iatrogenia, es de especial relevancia contemplar los riesgos derivados de la inoperancia del servicio prestado. La mejor manera de explicar este tema es con los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por ejemplo, con la aplicación de una vacuna existen riesgos de iatrogenia, como las flebitis. No obstante, sin desconocer lo anterior, es de mucha más relevancia prevenir los riesgos derivados de la inoperancia en la aplicación de la vacuna, es decir, debemos definir requisitos que busquen reducir la probabilidad de incidencia de la enfermedad inmunoprevenible (por ejemplo, la conservación de las vacunas en la red de frío).

Esto amplía al ámbito de acción de los requisitos no sólo a la prevención de la iatrogenia, sino también a la efectividad de las acciones en salud, que son de particular relevancia en los servicios ambulatorios.

Por otra parte, para la aplicación de los requisitos, tanto por los prestadores como por los funcionarios de vigilancia y control, resulta incluso más importante que el mismo requisito conocer el riesgo que se pretende prevenir y la pertinencia del requisito que se esté aplicando.

Esto es especialmente cierto en la aplicación de conductas derivadas de la verificación de requisitos. Efectivamente, si lo vemos desde la perspectiva jurídica, la facultad de sancionar o de revocar la autorización de los servicios se fundamenta en la pertinencia de la conducta en relación directa con la presencia del riesgo, hasta el punto que la entidad de vigilancia y control se encuentra facultada para aplicar sanciones y medidas sanitarias si demuestra la presencia del riesgo aun sin la existencia de requisito.

De igual forma, incluso con la presencia de un requisito, si un prestador demuestra la ausencia del riesgo, se pierden las facultades de sanción, que están ligadas directamente al derecho fundamental a la vida y a la salud por conexidad. Este último caso resulta un tanto teórico, esto si se entiende que en los servicios de salud el riesgo cero no existe. Sin embargo, los dos argumentos anteriores permiten evidenciar la necesidad de contemplar permanentemente el concepto de riesgo en la aplicación de los estándares de habilitación. Para ejemplificar este enfoque de riesgo se identifican algunos servicios y los riesgos que se pretenden abordar mediante el diseño y aplicación de requisitos de habilitación.

### **Tabla 1**

#### **Estándares de servicios de salud ambulatorios y riesgos propios de la prestación de servicios**

Servicio	Riesgos adicionales a los generales
Centros y servicios de rehabilitación y discapacitados	<p>Complicaciones terapéuticas derivadas de las intervenciones, actividades y procedimientos de rehabilitación. Algunos ejemplos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones osteomusculares por fallas en las intervenciones de terapia física, autolesiones por deficiencias en las instrucciones a pacientes con discapacidad cognitiva y complicaciones derivadas del manejo de medicamentos, en particular de los utilizados en discapacidad cognitiva.</li> <li>• Autolesiones o lesiones a otros por fallas en los procedimientos de seguridad de pacientes con discapacidad cognitiva.</li> <li>• Empeoramiento o ausencia de mejora de la discapacidad por deficiencias en el diseño del plan terapéutico o en la oportunidad o seguimiento en su implementación.</li> </ul>
Centros de acondicionamiento y preparación física (CAPF)	<p>Riesgo de lesiones o complicaciones secundarias a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carencia de evaluación médica adecuada para el diseño y ejecución del plan de actividades físicas.</li> <li>• Lesiones osteomusculares por ejecuciones no dirigidas del plan de actividades físicas.</li> <li>• Uso de medicamentos indiscriminados para el mejoramiento del rendimiento físico y/o aumento o disminución de peso.</li> <li>• Carencia de sistemas en caso de emergencias.</li> </ul>
Salas de procedimientos menores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad de urgencias en las salas en urgencias.</li> <li>• Infecciones derivadas de los procedimientos realizados.</li> <li>• Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos (p. ej. sangrados), en particular las complicaciones mediatas, cuando se trata de procedimiento ambulatorios.</li> <li>• Complicaciones terapéuticas y/o medicamentosas del manejo de medicamentos para recuperación ambulatoria.</li> </ul>
Centros y servicios de estética	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad hospitalaria y quirúrgica, infecciones intrahospitalarias (entre éstas, infecciones quirúrgicas), complicaciones quirúrgicas inmediatas y complicaciones anestésicas, en el caso de los procedimientos hospitalarios y quirúrgicos.</li> <li>• Infecciones derivadas de los procedimientos realizados.</li> <li>• Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos (p. ej. sangrados), en particular las</li> </ul>

	<p>complicaciones mediatas, cuando se trata de procedimiento ambulatorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones de los procedimientos, en particular por procedimientos sin respaldo científico o sin conocimiento científico sobre las posibles complicaciones, o la realización de procedimientos por personas sin la competencia mínima para su realización o sin los conocimientos suficientes para la realización de procedimientos e intervenciones en salud.</li> <li>• Complicaciones medicamentosas, en particular por el uso de sustancias biológicamente activas sin respaldo científico o sin conocimiento científico sobre las posibles complicaciones, o el uso de sustancias biológicamente activas por personas sin la competencia mínima para su uso o sin los conocimientos suficientes para la realización de procedimientos e intervenciones en salud.</li> </ul>
Imágenes diagnósticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones de procedimientos diagnósticos, en particular de procedimientos intervencionistas.</li> <li>• Exposiciones o sobreexposiciones a radiaciones innecesarias o evitables.</li> <li>• Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes, derivadas de fallas en los procesos diagnósticos (deficiencias en las placas, los resultados o los reportes de los procesos diagnósticos por imagenología).</li> <li>• Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad d los resultados.</li> </ul>
Apoyo diagnóstico (laboratorio clínico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones de procedimientos diagnósticos (p. ej. cetoacidosis como consecuencia de caga de glucosa en pruebas de tolerancia o complicaciones en los pacientes secundarias a la toma de muestras).</li> <li>• Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes, derivadas de fallas en los procesos diagnósticos (deficiencias en los resultados o en los reportes de los procesos diagnósticos por laboratorio).</li> <li>• Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados y registros.</li> </ul>
Consulta prioritaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los riesgos propios de los servicios que sean ofrecidos en la consulta prioritaria, es decir: consulta de medicina general, consulta de odontología general, consulta de enfermería, salas de procedimientos menores, terapia respiratoria y rehidratación oral.</li> <li>• Potencial incremento en el tiempo de atención de</li> </ul>

	<p>urgencias vitales. Consiste en que los usuarios de este servicio perciban que la atención se preste de manera permanente y acudan a los puntos de atención en caso de presentar una urgencia vital en el momento en que el punto de atención no se encuentre funcionando, con lo cual se puede incrementar la demora en casos de urgencias vitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por las características de la modalidad, se incrementa el riesgo de que acudan pacientes que superen la capacidad técnico-científica del servicio. Dados los horarios extendidos y la disponibilidad de recursos, los usuarios pueden percibir una mayor capacidad resolutoria en los puntos de atención, de la que realmente tienen, y en consecuencia incrementarse los tiempos de resolución de patologías urgentes vitales y de alta complejidad.</li> </ul>
Odontología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones derivadas de los procedimientos realizados.</li> <li>• Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos (p. ej. sangrados), en particular las complicaciones mediatas, cuando se trata de procedimientos ambulatorios</li> </ul>
Servicios farmacéuticos ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones terapéuticas medicamentosas secundarias a entrega de medicamentos o instrucciones diferentes a lo ordenado por el profesional tratante, eficacia reducida o nula o toxicidad por desnaturalización del medicamento, formulación por profesional no autorizado para la formulación, resistencia antibiótica, efectos adversos innecesario o evitables y enmascaramiento de cuadros clínicos.</li> </ul>
Cirugía ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones derivadas de los procedimientos realizados.</li> <li>• Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos (p. ej. sangrados), en particular las complicaciones mediatas, cuando se trata de procedimiento ambulatorios, falta de oportunidad o manejos inadecuados de complicaciones por los pacientes en la casa.</li> <li>• Complicaciones terapéuticas o medicamentosas del manejo de medicamentos para la recuperación ambulatoria.</li> </ul>
Promoción y prevención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones propias de las intervenciones de prevención: reacciones posvacunales, lesiones o infecciones en la aplicación de métodos de planificación, entre otros.</li> <li>• Inducción de conductas adversas para la salud por el personal de salud. Si no es personal de salud, no es</li> </ul>

	<p>competencia de habilitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de indicaciones, información o educación al paciente, dirigidas a crear conductas y estilos de vida saludable y modifique o suprima conductas o estilos no saludables, en particular de los programas definidos por el Ministerio de la Protección Social.</li> <li>• Ausencia de identificación de factores de riesgo o condiciones específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad.</li> <li>• Ausencia de realización de actividades, procedimientos e intervenciones para actuar sobre los factores de riesgo o condiciones ya identificados, específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad o ejecución de actividades inconducentes, en los cuales se ha demostrado la reducción del riesgo.</li> </ul>
--	--

No son objeto de habilitación los riesgos relacionados con la oferta-demanda o con la reducción de la oferta en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), riesgos laborales, riesgos para el medio ambiente y factores del medio ambiente de riesgo para la comunidad.

### **La taxonomía de los servicios**

A efectos de determinar a cuáles servicios se les aplican los estándares de habilitación, se estableció una taxonomía, donde las definiciones incluidas son de vital relevancia para la interpretación y la aplicación de los estándares. Las definiciones taxonómicas permiten identificar el alcance de los estándares en su aplicación y la forma de declararlos en el proceso de registro.

Para la construcción y definición taxonómica se tomaron en cuenta dos premisas fundamentales: (i) los lineamientos generales que respaldan el Sistema de Garantía, ya descritos, en particular los conceptos de mejoramiento continuo y de atención centrada en el cliente, y (2) la clasificación de servicios, adoptada en los formularios de inscripción y de registro de novedades de habilitación.

### *Definiciones básicas para la formulación de la taxonomía*

Para construir estándares esenciales, fue necesario desarrollar precisiones taxonómicas, que es importante conocer, ya que condicionan su interpretación y conceptualización. Las siguientes son algunas de estas precisiones:

Internación. Estancia de un paciente durante un período mayor de 24 horas en una cama hospitalaria al cuidado permanente de un equipo de salud.

Modalidad de servicios hospitalarios. Servicios en los cuales el paciente permanece durante un período mayor a 24 horas en una cama hospitalaria al cuidado de un equipo de salud.

Modalidad de servicios ambulatorios. Servicios en los que el paciente no requiere internación.

Se colige de las anteriores definiciones que la modalidad de servicio ambulatorio está definida de manera excluyente frente a la definición misma de lo que constituye un servicio hospitalario.

Servicio de salud. Un servicio de salud es aquel cuya razón de ser es mantener o recuperar la salud de las personas y que requiere la intervención de un profesional de salud. Excluye explícitamente servicios de educación, vivienda, alimentación y apoyo a la justicia.

Prestador de servicios de salud. Es una persona natural o jurídica registrada según su naturaleza jurídica, que presta uno o varios servicios de salud. Incluye las IPS, los profesionales independientes y los servicios de transporte especial de pacientes.

Profesional independiente. Es una persona natural, profesional de la salud, que presta un servicio de salud en su ejercicio profesional y que no tiene otros profesionales de la salud a su cargo.

Institución prestadora de servicios de salud. Es una institución registrada según su naturaleza jurídica que presta servicios de salud y que cumple con lo establecido en el artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

El concepto ambulatorio en el ámbito institucional:

- Exclusivamente, los servicios de profesionales independientes y de ambulancias.
- Una IPS, que puede prestar servicios ambulatorios y hospitalarios al tiempo.
- Una IPS, que es hospitalaria cuando presta, al menos, un servicio hospitalario.
- Una IPS, que es ambulatoria cuando no presta ningún servicio hospitalario.

### ***Categorías de prestadores de servicios de salud ambulatorios***

Con base en las definiciones contempladas en la sección anterior, se generó una categorización de IPS en la modalidad de servicios ambulatorios:

Profesionales independientes. Es una persona natural, profesional de la salud en su ejercicio profesional, que presta un servicio de salud en la modalidad de servicios ambulatorios y que no tiene otros profesionales de la salud a su cargo.

Instituciones prestadoras de servicios de salud ambulatorias. Son IPS que entregan, única y exclusivamente, servicios en la modalidad ambulatoria.

Instituciones prestadoras de servicios de salud con sedes ambulatorias integradas. Esta categoría particular se presenta cuando una misma persona jurídica, en este caso una IPS de salud ambulatoria, cuenta con más de un sitio físico prestador de servicios de salud ambulatorio, todos ellos de carácter exclusivamente ambulatorio. Los servicios que se prestan en estos sitios pueden o no ser complementarios entre ellos. Así mismo, pueden o no encontrarse dentro del mismo ámbito geográfico.

A partir de estas definiciones básicas en la taxonomía se establecieron las de los servicios objeto de habilitación, que hoy encontramos establecidas en los formularios de inscripción adoptados normativamente.

La estructura de los estándares

Son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud en las siguientes áreas temáticas:

1. Recursos humanos. Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la competencia de este recurso para el tipo de atención.
2. Infraestructura física. Son áreas o características de las áreas y su mantenimiento, que condicionen procesos críticos asistenciales.
3. Dotación. Son las condiciones de los equipos médicos y su mantenimiento, que condicionen procesos críticos institucionales.
4. Insumos y su gestión. Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la observancia de las condiciones legales para el uso de insumos médicos y las condiciones técnicas de almacenamiento de insumos cuya calidad dependa de ello.
5. Procesos prioritarios asistenciales. Es la existencia de procesos de atención de los usuarios, que tengan una relación directa con la prevención o minimización de los riesgos definidos como prioritarios.
6. Historia clínica y registros clínicos. Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente, y las condiciones técnicas de su manejo y de los registros clínicos.
7. Interdependencia de servicios. Es la existencia y disponibilidad de servicios indispensables para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.
8. Referencia de pacientes. Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes.
9. Seguimiento a riesgos. Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los riesgos en la prestación de servicios definidos como prioritarios.

Cada una de estas áreas tiene identificados los criterios, que permiten precisar la interpretación de las áreas temáticas. A su vez, cada área temática tiene definidos detalles específicos para aquellos servicios en donde se considera esencial la aplicación del estándar. El conjunto de áreas temáticas, criterios de interpretación y tablas de precisión, por servicios, integra el estándar de condiciones tecnológicas y científicas de obligatorio cumplimiento.

Un ejemplo de esta estructura es:

Estándar: el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio...

Criterio... Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades y subespecialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos.

Detalle para el servicio de hospitalización de baja complejidad: médico general, enfermera profesional, auxiliar de enfermería. Pueden ser compartidos con otros servicios, siempre y cuando el otro servicio no requiera exclusividad o permanencia.

En esta estructura, a los servicios que no tienen definidos detalles por servicios se aplicarán los conceptos de las áreas temáticas y criterios.

### **Responsabilidad de los actores del sistema con la habilitación**

De acuerdo con los diferentes actores del sistema, las responsabilidades en relación con el sistema de habilitación son:

Los prestadores de servicios de salud tienen la responsabilidad de conocer las condiciones y requisitos de habilitación vigentes, la verificación del cumplimiento de los estándares en el interior de la institución, y la definición de procesos y procedimientos que garanticen que siempre que se preste el servicio se esté cumpliendo con los requisitos, la inscripción en el registro especial y el reporte de novedades cuando se presente modificación en la información reportada en la inscripción inicial.

Las entidades departamentales y distritales de salud, son responsables por: difundir y promover el sistema de habilitación; prestar la asesoría técnica y entregar la información necesaria para que los prestadores puedan cumplir con sus obligaciones; recibir los

formularios de inscripción que entreguen los prestadores de servicios; inscribir en el registro especial a los prestadores que presenten la documentación requerida; conformar y mantener actualizadas las bases de datos del registro especial y remitir la información que de estas bases de datos soliciten el ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud; verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación en los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción; aplicar las conductas resultantes de la verificación; hacer el seguimiento a la implementación del sistema en su área de influencia, y difundir e informar a los usuarios sobre las entidades habilitadas para prestar servicios de salud.

El Ministerio de Salud tiene las responsabilidades de: reglamentar y revisar las normas operativas del sistema de habilitación; difundir las normas y prestar asistencia técnica para su implementación, en especial a las direcciones departamentales y distritales de salud; conformar la base de datos nacional de la oferta de servicios de salud, con base en la información reportada del registro especial por la direcciones territoriales de salud; realizar el seguimiento de la implementación del sistema en el país y, si es del caso, realizar las acciones necesarias para direccionar el sistema en el logro de sus metas y objetivos.

Las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, tienen la responsabilidad de abstenerse de prestar servicios a sus usuarios con prestadores de servicios que no cumplan la totalidad de las condiciones de habilitación. Para esto pueden realizar visitas de seguimiento a los prestadores de servicios de salud que integran su red de servicios, a fin de verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación; en caso de encontrar que no se está cumpliendo con una o más de dichas condiciones, poner este hecho en conocimiento de la entidad departamental o distrital de salud y cesar la prestación de servicios a sus afiliados a través de este prestador de servicios de salud.

### **Qué debe hacer un prestador para suministrar servicios**

En Colombia, una persona natural o jurídica debe realizar las siguientes actividades para estar habilitada a fin de prestar servicios de salud

1. Conocer las normas y estándares vigentes y aplicables a la institución, acercándose a la dirección departamental o distrital de salud de la jurisdicción donde se prestan los servicios, con el fin de solicitar las normas vigentes aplicables al tipo de institución y los formularios de inscripción en el registro.
2. Los estándares son diferentes para las instituciones que inician la prestación de servicios a partir del 15 de octubre de 2002, ya que se aplican estándares de la Resolución 4445 de 1996 del Ministerio de Salud.
3. Identificar los estándares aplicables al tipo de servicios que se prestan y verificar internamente su cumplimiento.
4. Identificar los estándares incumplidos y determinar cuáles de ellos es posible cumplir antes del 15 de abril de 2002. En relación con los que no sea posible, debe tomar las decisiones sobre la no prestación del servicio que incumpla el estándar, y la no inscripción en el registro hasta tanto se cumplan todos los estándares.
5. Diligenciar el formulario de inscripción en el registro especial, de acuerdo con el tipo de institución y de los servicios que se presten, con los soportes, e incluir:
6. Fotocopia del acto de creación (acuerdo, ordenanza o ley) mediante el cual demuestre su existencia y representación legal si la IPS es pública, o fotocopia de la resolución de personería jurídica si la IPS es privada sin ánimo de lucro, o el certificado de inscripción en Cámara de Comercio, si la IPS es privada con ánimo de lucro.
7. Certificación del revisor fiscal o del contador de la institución que respalde lo declarando en las condiciones de suficiencia patrimonial para la habilitación.
8. Fotocopia del Número de Identificación Tributaria de la institución
4. Registrar el formulario de inscripción, suscrito por el representante legal de la institución ante la entidad departamental o distrital de salud, momento a partir del cual la institución se encuentra habilitada para la prestación de los servicios registrados en el formulario de inscripción, durante los siguientes tres años.

Si se presenta cierre o apertura de servicios, cambio de representante legal o de domicilio y, o, disolución o liquidación de la entidad, posteriores a la inscripción en el registro, se reportarán estos cambios en los formularios de reporte de novedades que también serán suministrados por la entidad departamental o distrital.

### **Qué implicaciones tiene esta inscripción**

La secuencia descrita permite que una IPS o un profesional independiente, queden habilitados para prestar servicios de salud. Por el contrario, la omisión de algunas de las actividades descritas tiene diferentes implicaciones, fundamentadas en las facultades de las entidades departamentales y distritales de salud, como autoridades competentes de inspección, vigilancia y control, que en general pueden resumirse en:

- Traslados a la justicia ordinaria, por presentar formularios de inscripción declarando el cumplimiento en servicios que incumplan estándares
- Cierre de servicios o instituciones por incumplimiento de estándares
- Sanciones pecuniarias, entre otras

Para terminar, vale la pena resaltar que más que las acciones punitivas del Estado, el cumplimiento de los estándares de habilitación debe realizarse bajo la conciencia de que los servicios de salud que se prestan, son un beneficio y no un riesgo para los usuarios