



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 10001441 DE 2013

(- 6 MAYO 2013)

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 56 de la Ley 715 de 2001 y los artículos 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011, 7, 8 y 14 del Decreto 1011 de 2006 y en desarrollo de los capítulos I y II del Decreto 1011 de 2006 y del artículo 58 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 118 del Decreto-ley 019 de 2012 y

CONSIDERANDO

Que de acuerdo con lo previsto en el párrafo 1° del artículo 4° del Decreto 1011 de 2006, el hoy Ministerio de Salud y Protección Social debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Que se hace necesario ajustar los procedimientos y condiciones para la habilitación de los servicios de salud, de conformidad con el desarrollo del país y los avances del sector que permitan brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto y campo de aplicación. La presente resolución tiene por objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el Manual de Habilitación que deben cumplir: a) las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, b) los Profesionales Independientes de Salud, c) los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, y d) Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

El cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución es de obligatoria verificación por parte de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia.

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

Artículo 2. Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud. Adóptese el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, el cual hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 3. Condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar servicios. Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, deberán cumplir las siguientes condiciones:

- 3.1. Capacidad Técnico-Administrativa
- 3.2. Suficiencia Patrimonial y Financiera
- 3.3. Capacidad Tecnológica y Científica

Parágrafo: Las definiciones, estándares, criterios, parámetros y forma de verificación de las precitadas condiciones, son las establecidas en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 4. Autoevaluación de las Condiciones de Habilitación. La autoevaluación consiste en la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, que hace parte integral de la presente resolución y el reporte del resultado de la misma, en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Los Prestadores de Servicios de Salud de manera previa a la inscripción para la habilitación, deberán realizar el proceso de autoevaluación. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de una o más condiciones de habilitación, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de inscribir, ofertar y prestar el servicio hasta tanto se de cumplimiento a la totalidad de los requisitos.

Los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados al momento de la publicación de la presente resolución, deberán realizar el proceso de autoevaluación y en caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de una o más condiciones de habilitación, deberán abstenerse de prestar el servicio y efectuar en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) la novedad correspondiente conforme al artículo 11 de la presente resolución.

Las Entidades Departamentales o Distritales de Salud utilizarán la información de la autoevaluación de las condiciones de habilitación como insumo para el desarrollo de las acciones que les corresponda dentro de las funciones de inspección, vigilancia y control.

Artículo 5. Vigencia de la Habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. La vigencia de la habilitación será de 4 años a partir de la inscripción, vencido éste término se renovará automáticamente por periodos de un año, siempre y cuando realice la autoevaluación anual y ésta sea reportada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), en las condiciones definidas en la presente resolución.

La inobservancia del cumplimiento del proceso de autoevaluación y su reporte en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), tendrá como resultado la inactivación del Prestador de Servicios de Salud del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). En consecuencia el Prestador de Servicios de Salud deberá realizar nuevamente la inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, como nuevo prestador de servicios de salud. Para el caso de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se deberá tener verificación previa, conforme a lo previsto en el artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012.

Parágrafo: A partir del 1° de junio de 2014, los prestadores que cumplan los cuatro años de vigencia de la habilitación, conforme a lo previsto en el artículo 14 del Decreto 1011 de

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

2006, renovarán anualmente su habilitación, siempre y cuando el prestador, antes del 31 de mayo de cada año, haya realizado el proceso de autoevaluación de que trata el artículo 4 de la presente resolución, iniciando el 31 de mayo del 2014.

Artículo 6. Término de la Habilitación Renovada: La habilitación renovada de que trata el artículo 1 de la Resolución 1352 de 2012, tendrá vigencia hasta el 31 de mayo de 2014 momento en el cual deberá dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 4 de la presente resolución. No obstante podrá ser revocada en cualquier momento por las Entidades Departamentales o Distritales de Salud cuando compruebe el incumplimiento de las condiciones de habilitación previstas en las disposiciones vigentes sobre la materia.

Artículo 7. Trámite para la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, los Prestadores de Servicios de Salud que inicien su funcionamiento o realicen una nueva inscripción producto de la inactivación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), deberán dar cumplimiento a las condiciones definidas en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución y efectuar el siguiente procedimiento de inscripción:

1. Realizar la autoevaluación y diligenciar el formulario establecido en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) para tal fin.
2. Ingresar al enlace de formulario de inscripción disponible en el aplicativo del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud de la jurisdicción en donde se encuentre ubicado el prestador, diligenciar la información allí solicitada y proceder a su impresión.
3. Presentar y radicar el formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud con los soportes definidos en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, ante la Entidad Departamental ó Distrital de Salud respectiva.

Parágrafo. El Prestador de Servicios de Salud que inscriba un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar al cumplimiento de los estándares.

Artículo 8. Procedimiento de inscripción en la Entidad Departamental o Distrital de Salud. La Entidad Departamental o Distrital de Salud una vez recibido el formulario de inscripción, con los soportes establecidos en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, procederá a:

1. Ubicar el formulario de inscripción diligenciado por el prestador en la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), disponible en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud.
2. Verificar que los soportes entregados con el formulario, correspondan a los previstos en el numeral 3.1.3. del manual que hace parte integral de la presente resolución, en caso de no corresponder, lo devolverá al prestador con observaciones.
3. Asignar código al prestador si el formulario no tiene observaciones y los soportes se encuentran completos.
4. Programar y realizar las visitas de verificación de que trata el artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012, en el caso de nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o cuando

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

producto de la inactivación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se realice nueva inscripción.

5. Programar y realizar la visita de verificación previa si el prestador inscribió servicios de urgencias, obstetricia, transporte especial de pacientes y medicina estética, de cualquier complejidad y servicios de alta complejidad,
6. Enviar la documentación al Ministerio de Salud y Protección Social para el trámite de habilitación cuando se trate de servicios oncológicos.
7. Entregar el distintivo de habilitación. En el caso de los servicios que requieran visita de verificación previa, el distintivo sólo se entregará posterior a la visita de verificación, siempre y cuando se cumpla con los estándares aplicables.
8. Cumplido lo anterior, deberá generar la radicación y la certificación de habilitación del Prestador de Servicios de Salud.

Parágrafo. Se considera habilitado el servicio cuando el prestador cuente con la certificación de habilitación, momento a partir del cual, el prestador podrá ofertar y prestar servicios de salud.

Artículo 9. Información sobre Servicios. Cada prestador de servicios de salud debe registrar, bajo los parámetros establecidos en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de salud, que hace parte integral de la presente resolución, la complejidad y el tipo de modalidad en la que va a prestar cada servicio, para lo cual utilizará el formulario de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Cada servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador responsable del mismo y en consecuencia no se permite la doble habilitación.

Artículo 10. Visita de Verificación Previa. Se requerirá visita de verificación previa para la habilitación, en los siguientes casos:

1. Servicios Oncológicos: El proceso de habilitación de los servicios oncológicos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social requerirá visita de verificación previa por parte de éste.
2. Para servicios de urgencias, obstetricia, transporte especial de pacientes y medicina estética, de cualquier complejidad y servicios de alta complejidad, se requerirá visita previa por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud.
3. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá tener verificación previa de condiciones de habilitación expedida por la Entidad Departamental o Distrital de Salud, que dispondrá de seis (6) meses desde la presentación de la solicitud para realizar la verificación.

Parágrafo. En toda visita de verificación previa los estándares de talento humano, historias clínicas y procesos prioritarios, se verificarán con base en la planeación que al respecto tenga el prestador y no se exigirá el resultado de los referidos estándares.

Artículo 11. Novedades de los prestadores. Con el propósito de mantener actualizada la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – (REPS), los Prestadores de Servicios de Salud, deberán reportar en el formulario de novedades los cambios que se presenten. Se consideran novedades las siguientes:

1. Novedades del prestador.

- a. Cierre del prestador.
- b. Disolución o liquidación de la entidad.
- c. Cambio de domicilio.
- d. Cambio de nomenclatura.

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

- e. Cambio de representante legal.
- f. Cambio del acto de constitución.
- g. Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, fax y correo electrónico).
- h. Cambio de razón social que no implique cambio de NIT, o creación de una nueva.

2. Novedades de la Sede.

- a. Apertura o cierre de sede.
- b. Cierre del servicio.
- c. Cambio de domicilio.
- d. Cambio de nomenclatura.
- e. Cambio de sede principal.
- f. Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, fax y correo electrónico).
- g. Cambio de director, gerente o responsable.
- h. Cambio de nombre de la sede, que no implique cambio de razón social.
- i. Cambio de horario de atención.

3. Novedades de Capacidad Instalada.

- a. Apertura o cierre de camas.
- b. Apertura o cierre de salas.
- c. Apertura o cierre de ambulancias.

4. Novedades de Servicios.

- a. Apertura o cierre temporal
- b. Cierre definitivo de servicios.
- c. Apertura o cierre de modalidad.
- d. Cambio de complejidad.
- e. Cambio de periodicidad de prestación del servicio.
- f. Reactivación de servicio.

Parágrafo 1°. Los Prestadores de Servicios de Salud estarán en la obligación de reportar cualquiera de los anteriores eventos a la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud, en el momento en que éstos se presenten, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

Adicionalmente, para efectos de las Novedades de que trata el presente artículo, los prestadores de Servicios de Salud deberán realizar la autoevaluación y diligenciar y anexar los soportes correspondientes conforme a lo definido en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

Parágrafo 2°. Los Prestadores de Servicios de Salud que vayan a reportar novedades relacionadas con el cierre de uno o más de los siguientes servicios: urgencias, gineco-obstetricia, pediatría, cuidado intensivo u hospitalización, deberán informar por escrito tal situación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud y a las entidades responsables de pago con las cuales tengan contrato, mínimo quince (15) días antes de realizar el registro de la novedad de cierre en el formato de novedades, con el fin de que dichas entidades adopten las medidas necesarias para garantizar la prestación de servicios de salud a los usuarios.

Artículo 12. Plan de Visitas de Verificación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, anualmente formularán y ejecutarán un plan de visitas para verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud habilitados en su jurisdicción y verificar el desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

- 6 MAYO 2013

RESOLUCIÓN NÚMERO

10001441

DE 2013

HOJA N° 6

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

El plan de visitas de verificación deberá estar formulado a más tardar el 30 de noviembre de la vigencia anterior en la cual será ejecutado, y deberá ser reportado a la Superintendencia Nacional de Salud, a más tardar el 20 de diciembre del mismo año. El plan de visitas para el año 2014, deberá ser reportado a la Superintendencia Nacional de Salud a más tardar el 20 de diciembre de 2013.

La formulación del plan de visitas de verificación, deberá tener en cuenta el siguiente orden de prioridad:

1. Las visitas a los servicios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que tengan habilitados los servicios de obstetricia y no hayan sido visitados en los cuatro (4) años inmediatamente anteriores.
3. Los servicios de oncología habilitados para efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012 – 2021.
4. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sin visita de verificación.
5. Los Prestadores de Servicios de Salud que tengan habilitados centros y servicios de estética o consulta externa de medicina estética.
6. Los Prestadores de Servicios de Salud, en proceso de acreditación que soliciten verificación previa para optar por la acreditación.
7. Los Prestadores de Servicios de Salud que estando acreditados presenten novedades de apertura de servicios y tengan programada visita de seguimiento por parte del ente acreditador.
8. Las demás visitas que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud definan en ejercicio de sus funciones.

Las visitas de verificación de las condiciones de habilitación, deben ser comunicadas por escrito al Prestador de Servicios de Salud como mínimo con un (1) día de antelación a su realización. Comunicada la visita de verificación al Prestador de Servicios de Salud, este no podrá presentar novedades, mientras la visita no haya concluido.

Parágrafo 1. El plan de visitas que definan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, no es óbice para realizar las visitas de verificación que sean necesarias para garantizar la adecuada atención de la población en su jurisdicción o que surjan en cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control y la realización de las visitas previas que le sean solicitadas para la habilitación de los servicios que conforme a la normatividad legal vigente lo requieran.

Parágrafo 2. El plan de visitas programadas por las Entidades Departamentales o Distritales de Salud para los Prestadores de Servicios de Salud habilitados, deberá seguir siendo ejecutado hasta el 31 de diciembre de 2013, de conformidad con las condiciones de habilitación, contempladas en la Resolución 1043 de 2006 y las normas que las adicionen o modifiquen. Las visitas a los Prestadores de Servicios de Salud que inicien su funcionamiento o, realicen una nueva inscripción producto de la inactivación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), deberán dar cumplimiento a las condiciones definidas en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

Parágrafo 3. Cuando por incumplimiento de las condiciones de habilitación, se presente el cierre de uno o varios servicios de una Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud y este sea el único prestador de dichos servicios en su zona de influencia, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, en conjunto con la Institución Prestadora y las entidades responsables de pago, deberán elaborar en forma inmediata un plan que permita la reubicación de pacientes en casos de hospitalización.

Artículo 13. Plan de Visitas de Servicios Oncológicos. El Ministerio de Salud y Protección Social para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012 – 2021, definirá las visitas que las Entidades Departamentales y

- 6 MAYO 2013

RESOLUCIÓN NÚMERO

10001441

DE 2013

HOJA N° 7

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

Distritales de Salud deben realizar a los servicios de oncología, las cuales contarán con el apoyo que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 14. Gratuidad. La inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el reporte de novedades y las visitas de verificación son procedimientos gratuitos.

Artículo 15. Prestación de Servicios de Salud en la Modalidad Extramural. Los prestadores de servicios de salud, podrán ofertar servicios de salud, en espacios no destinados a salud, o espacios de salud de áreas de difícil acceso que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados, para lo cual deberán habilitarlos en la modalidad extramural y cumplir con los criterios correspondientes a los servicios ofertados previstos en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

Cuando la actividad extramural se preste de manera esporádica, no requiere la habilitación del servicio en esta modalidad, caso en el cual deberá informarse por escrito a la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente mínimo quince (15) días antes a la prestación del servicio. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, realizará visita en la fecha y lugar reportado por el prestador, con el fin de evaluar las condiciones de prestación de los servicios, y adoptar las medidas que estime necesarias.

Artículo 16. Transporte Especial de Pacientes. Las entidades que vayan a ofertar el transporte de pacientes bajo la modalidad aérea, fluvial o marítima, habilitarán el servicio que vayan a prestar en la sede que hayan definido como principal. Dicha habilitación producirá efectos en todo el territorio nacional, sin que se requiera inscripción en cada una de las Entidades Departamentales o Distritales de Salud en las cuales vayan a prestar el servicio.

Artículo 17. Actualización de la Norma: Para efectos de mantener actualizado el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud que se adopta mediante la presente resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá un comité permanente de revisión de dicho Manual, cuyo propósito será la evaluación de la efectividad y actualización de las condiciones, estándares y criterios allí definidos.


Artículo 18. Transitoriedad: Los Prestadores de Servicios de Salud con servicios habilitados a la entrada en vigencia de esta resolución tendrán hasta el 31 de mayo de 2014, para cumplir con las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud a que se refiere el artículo 2° de la presente resolución.

Artículo 19. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones 1043 y 1315 de 2006, 2680 y 3763 de 2007, 4796 y 1448 de 2008, 715 de 2010 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C.,

- 6 MAYO 2013


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

MANUAL DE HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	9
1 Servicios de Salud	10
1.1 Concepto	10
1.2 Estructura de los Servicios de Salud	10
1.3 Prestadores de Servicios de Salud	13
2 Condiciones de Habilitación	14
2.1 Condiciones de Capacidad Técnico - Administrativa	14
2.1.1 Certificado de Existencia y Representación Legal	14
2.1.2 Sistema Contable	15
2.2 Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera	15
2.2.1 Patrimonio	16
2.2.2 Obligaciones Mercantiles	16
2.2.3 Obligaciones Laborales	16
2.3 Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica	17
2.3.1 Estándares de habilitación	17
2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio	18
2.3.2.1 Todos los servicios	18
2.3.2.2 Protección específica y detección temprana	28
2.3.2.3 Consulta Externa	30
2.3.2.4 Urgencias	41
2.3.2.5 Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	46
2.3.2.6 Internación	83
2.3.2.7 Quirúrgicos	117
2.3.2.8 Traslado de pacientes	133
2.3.2.9 Otros servicios	143
2.3.2.10 Esterilización	156
2.3.2.11 Modalidades de prestación	158
3 Pasos para la Habilitación	179
3.1 inscripción	179
3.1.1 Realizar la autoevaluación	179
3.1.2 Diligenciar el formulario de inscripción	179
3.1.3 Radicar el formulario de inscripción	179
3.1.4 Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de servicios de salud- (REPS)	181
3.1.5 Habilitación	181
3.1.6 Distintivos	181
3.1.6.1 Obligaciones	181
3.1.7 Vigencia de la inscripción	182
3.2 Verificación del Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación	182
i. Talento humano	183
ii. Infraestructura	183

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

iii.	Dotación y mantenimiento	185
iv.	Gestión de medicamentos Dispositivos Médicos e Insumos.....	185
v.	Procesos prioritarios asistenciales.....	185
vi.	Historia Clínica y Registros.....	185
vii.	Interdependencia de Servicios.....	186
3.2.1	Visitas Previas.....	187
3.2.1.1	Entidad Departamental y/o Distrital de Salud.....	187
3.2.1.2	Ministerio de Salud y Protección Social.....	187
3.2.2	Visitas del Ministerio de Salud y Protección Social.....	189
3.3	Novedades.....	190
4	Verificación del Mantenimiento de las Condiciones de Habilitación.....	196
4.1	EJECUCIÓN DE LA VISITA.....	197
4.2	Reporte de Resultado de Visita.....	198
5	Monitorización y Seguimiento.....	200
6	Generalidades.....	201

Introducción

El Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud es el instrumento que contiene las condiciones mínimas para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con la condición de brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud.

Como consecuencia de lo anterior, el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud tiene por objeto definir:

Los servicios de salud que pueden ofertar los prestadores de servicios de salud.

Las condiciones de verificación para la habilitación.

Los criterios de habilitación de los servicios de salud en el país.

Dado que el Sistema Único de Habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y a las condiciones en que éstos se ofrecen, mediante el cumplimiento obligatorio de requisitos y condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, para dar seguridad a los usuarios, la verificación de las condiciones de habilitación para los prestadores de servicios de salud, debe estar orientada hacia situaciones tangibles generadoras de riesgo, siempre sin exceder los estándares planteados en el presente manual, con el objetivo de no interponer barreras innecesarias a la prestación de los servicios de salud, toda vez que, las exigencias de habilitación están referidas a condiciones mínimas de estructura y procesos, para contribuir a mejorar el resultado en la atención.

Con el objeto de simplificar la comprensión y el manejo de los requisitos exigidos para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el país, el presente manual consolida en un único cuerpo documental los estándares de verificación y los procedimientos de habilitación. Adicionalmente, los estándares de habilitación se organizan a partir de los servicios, lo cual facilita la identificación de los requisitos exigidos al prestador de acuerdo con el servicio que se requiera habilitar.

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

1 Servicios de Salud

1.1 Concepto

Para efectos del presente manual se entiende por servicios de salud el conjunto de recursos, insumos, procesos y procedimientos organizados y autorizados con el objeto de prevenir las enfermedades, promover, mantener, recuperar y/o rehabilitar la salud de las personas. (Excluye educación, vivienda, protección, alimentación y apoyo a la justicia).

En consecuencia, los procedimientos de habilitación establecidos en el presente Manual se encuentran estructurados sobre la organización de los servicios de salud.

1.2 Estructura de los Servicios de Salud

Con el objeto de facilitar la organización de los servicios de salud y permitir la incorporación al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS- de manera homologada, se establece la siguiente estructura de los servicios de salud:

Grupo. El grupo hace relación al más amplio nivel de clasificación de los servicios de salud en cuanto comparten características genéricas comunes por efectos de la atención brindada al paciente o al momento de la etapa en que sea atendido y que por consiguiente tienen similitudes en el nivel de los estándares y criterios que deben cumplir.

Servicio. Es la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación de Prestadores, por tanto, es a la cual apuntan los criterios de los estándares de habilitación, a partir de los cuales se establece la autorización para el funcionamiento de cualquier prestador de servicios de salud.

Modalidad. Los servicios de salud responden a los procedimientos definidos por la evidencia científica como óptimos, eficientes y eficaces en la solución de los problemas de salud de la población, bien de manera individual o colectiva. En este sentido la modalidad hace referencia a algunas formas en la prestación del servicio a las cuales el prestador se vincula para lograr las características enunciadas.

Las modalidades de prestación para los servicios son: intramural, extramural y telemedicina y para el caso del transporte asistencial de pacientes las modalidades de prestación son: terrestre, aérea y marítima o fluvial.

- **La modalidad Intramural,** es la atención ambulatoria y hospitalaria que se realiza en una misma estructura de salud.
- **La modalidad extramural.** Son aquellos servicios que se ofrecen a la población en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados. Estos espacios son acondicionados temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos. Los prestadores que ofertan esta modalidad, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, deberá llevar un registro de las brigadas o jornadas en salud que se realicen en la región y enviará reportes semestrales a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social.

La atención por brigadas o jornadas de salud de tipo extramural o institucional, deberán cumplir con las condiciones establecidas en el presente manual para el servicio que oferte.

En la modalidad extramural, no se podrán elaborar ni adaptar dispositivos médicos sobre medida, dichos dispositivos deben cumplir con la normatividad específica de buenas prácticas de manufactura.

- **Telemedicina:** Es la modalidad de prestación de servicios de salud, realizados a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y 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 y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

Tabla 1
Estructura de los servicios de salud

Protección específica y detección temprana	Protección específica y detección temprana
Consulta externa	Consulta externa general
	Consulta externa especialidades médicas
	Consulta externa de medicina estética
	Consulta odontológica general y especializada
	Medicinas alternativas
Urgencias	Urgencias baja complejidad
	Urgencias mediana y alta complejidad
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Servicio farmacéutico baja complejidad
	Servicio farmacéutico mediana y alta complejidad
	Radiología e imágenes diagnósticas baja complejidad
	Radiología e imágenes diagnósticas, mediana y alta complejidad
	Ultrasonido
	Medicina nuclear
	Radioterapia
	Quimioterapia
	Diagnóstico cardiovascular
	Electrodiagnóstico
	Transfusión sanguínea
	Toma de muestras de laboratorio clínico.
	Laboratorio clínico baja, mediana y alta complejidad
	Tamización de cáncer de cuello uterino
	Laboratorio de citologías cervico-uterinas
	Laboratorio de histotecnología
	Laboratorio de patología
	Endoscopia
	Hemodiálisis
	Diálisis peritoneal
	Terapias alternativas
	Neumología - Laboratorio de función pulmonar
Hemodinamia	
Internación	Hospitalización baja complejidad
	Hospitalización mediana y alta complejidad
	Hospitalización obstétrica baja complejidad

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

	Hospitalización obstétrica mediana y alta complejidad
	Cuidado básico neonatal
	Internación parcial en hospital
	Hospitalización en unidad de salud mental
	Atención institucional de paciente crónico
	Cuidado intermedio neonatal
	Cuidado intermedio pediátrico
	Cuidado intermedio adultos
	Cuidado intensivo neonatal
	Cuidado intensivo pediátrico
	Cuidado intensivo adultos
	Unidad de quemados adultos y/o pediátricos
Quirúrgicos	Cirugía baja complejidad
	Cirugía mediana y alta complejidad
	Cirugía ambulatoria
	Trasplante de órganos
	Trasplante de tejidos
	Trasplante de progenitores hematopoyéticos
Traslado pacientes	Traslado asistencial básico
	Traslado asistencial medicalizado
Otros servicios	Atención domiciliaria paciente agudo
	Atención domiciliaria paciente crónico sin ventilador
	Atención domiciliaria paciente crónico con ventilador
	Consulta domiciliaria
	Atención prehospitalaria
	Atención consumidor de sustancias psicoactivas

Proceso	Esterilización
---------	----------------

Tabla 2

Estructura de las modalidades de prestación de servicios de salud

Intramural	Ambulatorios
	Hospitalarios
	Brigadas o jornadas de salud Modalidad intramural
Extramural	Brigadas o jornadas de salud Modalidad extramural
	Atención en unidad móvil acuática
	Atención domiciliaria

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

Telemedicina	Telemedicina para prestador remitior.
	Telemedicina para prestador remitior - Con TELEUCI.
	Telemedicina para centros de referencia
Transporte asistencial de pacientes	Terrestre
	Aéreo
	Marítimo
	Fluvial

1.3 Prestadores de Servicios de Salud

Los prestadores de servicios de salud son: las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, los profesionales independientes, las entidades con objeto social diferente y los servicios de Transporte Especial de Pacientes.

- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).** Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
- **Profesional Independiente.** Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar y no les será exigido el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. (PAMEC).
- **Transporte Especial de Pacientes.** Son servicios de salud cuyo objeto es el traslado de los pacientes a los servicios de salud correspondientes de conformidad con el requerimiento de atención en virtud de la patología o trauma padecido. Podrán ser prestados por IPS o profesionales independientes de conformidad con las modalidades de prestación aérea, terrestre y marítima o fluvial definidas en el presente manual y con los criterios exigidos para su prestación.
- **Entidades con Objeto Social Diferente.** Con esta denominación se habilitan los servicios de salud que son prestados por entidades cuyo objeto social no es la prestación de servicios de salud y que por requerimientos propios de la actividad que realizan, brindan servicios de baja complejidad y/o consulta especializada, que no incluyen servicios de hospitalización, ni quirúrgicos. Estos servicios se habilitarán con el cumplimiento de las condiciones de capacidad técnico – científicas y deberán cumplir con los requisitos legales de acuerdo con la normatividad vigente respecto a su existencia, representación legal y naturaleza jurídica, según lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, no requerirán presentar el PAMEC y no podrán ser ofrecidos en contratación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

2 Condiciones de Habilitación

Las condiciones de habilitación corresponden al conjunto de requisitos y criterios que deben cumplir los prestadores para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.1 Condiciones de Capacidad Técnico - Administrativa

2.1.1 Certificado de Existencia y Representación Legal

Las condiciones de capacidad técnico administrativas, están referidas al cumplimiento de los criterios que se ajustan a la normatividad vigente y a la clasificación de las entidades de acuerdo con la naturaleza jurídica, así:

Tabla 3
Clasificación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por naturaleza jurídica

Derecho privado	Entidades con ánimo de lucro	Sociedad por acciones simplificadas SAS Empresa unipersonal Sociedad de responsabilidad limitada Sociedad anónima Sociedad en comandita simple y por acciones Sociedad de economía mixta
	Entidades sin ánimo de lucro	Fundación Asociación Corporación Cooperativa Canónica
Derecho público	Empresas sociales del Estado	Nacional Departamental Distrital Municipal

Deberán cumplir con el documento de creación que es el acto administrativo que le da vida jurídica a la entidad. De acuerdo con la naturaleza jurídica para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), la entidad debe anexar el o los siguientes documentos:

- Para las entidades privadas con ánimo de lucro, se debe anexar el certificado de existencia y representación legal vigente, de la principal y de las sedes, expedido por la Cámara de Comercio.
- Para las entidades privadas sin ánimo de lucro se debe anexar la resolución que les dio vida jurídica, así como un certificado de existencia y representación legal vigente.
- Para las entidades de derecho público se debe anexar: el decreto, ley, acuerdo ú ordenanzas, que les dio vida jurídica.

La Entidad Departamental ó Distrital de Salud deberá verificarse el cumplimiento de estas condiciones, analizando en el documento de creación:

- El nombre o razón social de la institución y su concordancia con el nombre o razón social registrada en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

- El nombre de la sede o sedes de la institución y su concordancia con el registrado en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos, solamente cumplirán con la presentación del certificado de existencia y representación legal y no les serán exigidos los criterios de sistema contable ni de suficiencia Patrimonial y Financiera. Los servicios prestados por estas entidades no podrán ser ofrecidos en contratación.

2.1.2 Sistema Contable

Se verificará que la institución cuente con registros contables con las especificaciones definidas en el Plan General de Contabilidad Pública cuando se trate de entidades descentralizadas del orden nacional, y territorial, entidades autónomas y entidades públicas o Plan Único de Cuentas Hospitalario cuando se trate de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y sea propiedad de una entidad promotora de salud, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.

Las Entidades con Objeto Social Diferente además de los requisitos señalados anteriormente, deben cumplir con los requisitos legales de acuerdo con la normatividad vigente respecto a su existencia, representación y naturaleza jurídica, según lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Los servicios prestados por estas entidades no podrán ser ofrecidos en contratación

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordato.

Las Fuerzas Militares, la Policía Nacional y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario cuando presten servicios de salud, solamente cumplirán con lo establecido en los criterios técnico-científicos y deben anexar el certificado de existencia y representación legal vigente.

2.2 Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, se evidencian con los estados financieros certificados por el revisor fiscal o el contador.

Para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar certificados y/o dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

La institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y sea de propiedad de una entidad promotora de salud, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.

La valoración de la suficiencia patrimonial y financiera se establecerá mediante la aplicación de los siguientes indicadores:

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

2.2.1 Patrimonio

Que el patrimonio total 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 el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.

$$\frac{\text{Patrimonio total} \times 100}{\text{Capital}} \times 100$$

El valor resultante de la operación indicada deberá ser superior a 50 %.

De acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad la cuenta que registra el capital es:

1. En las entidades descentralizadas del orden nacional, territorial y entidades autónomas una de las siguientes cuentas de acuerdo con las disposiciones legales de creación y funcionamiento:
 - a) Patrimonio Institucional – Aportes sociales Código 3203 del Plan General de Contabilidad Pública.
 - b) Patrimonio Institucional – Capital Suscrito y Pagado, Código 3204 del Plan General de Contabilidad Pública
 - c) Patrimonio Institucional – Capital Fiscal, Código 3208 del Plan General de Contabilidad Pública
2. En las entidades públicas es la cuenta Capital Fiscal, Código 3105, del Plan General de Contabilidad Pública o Patrimonio Público Incorporado, Código 3125, del Plan General de Contabilidad Pública.
3. En las entidades privadas el Capital Social, Código 31, del Plan Único de Cuentas Hospitalario (PUCH) para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.

2.2.2 Obligaciones Mercantiles

Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles vencidas en más de 180 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles, aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la entidad, así

$$\frac{\text{Sumatoria de los montos de obligaciones mercantiles vencidas en más de 360 días}}{\text{Pasivo Corriente}} \times 100$$

El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50%.

Para la obtención del valor del numerador, se solicitará a la entidad un reporte, certificado por el revisor fiscal y/o contador de las cuentas por pagar a los proveedores y demás obligaciones mercantiles que superen un período más de 360 días calendario contados a partir de la fecha de surgimiento de la obligación, con corte a la fecha de la verificación.

2.2.3 Obligaciones Laborales

Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales vencida en más de 180 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales, aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.

$$\frac{\text{Sumatoria de los montos de obligaciones laborales vencidas en más de 360 días}}{\text{Pasivo Corriente}} \times 100$$

El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50%.

Para la obtención del valor del numerador, se solicitará a la entidad un reporte, certificado por el revisor fiscal o contador de las moras de pago de nómina y demás obligaciones laborales que superen un período más de 360 días calendario contados a partir de la fecha de surgimiento de la obligación, con corte a la fecha de la verificación.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario

2.3 Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica

La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

- **Fiabilidad:** La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.
- **Esencialidad:** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- **Sencillez:** La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

Las condiciones tecnológicas y científicas tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud, a partir de los **estándares de habilitación**.

2.3.1 Estándares de habilitación.

Los estándares de habilitación son las **condiciones tecnológicas y científicas** mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, independientemente del servicio que éste ofrezca. Los estándares de habilitación son principalmente de estructura y delimitan el punto en el cual los beneficios superan a los riesgos. El enfoque de riesgo en la habilitación procura que el diseño de los estándares cumpla con ese principio básico y que estos apunten a los riesgos principales.

Los estándares son esenciales, es decir, no son exhaustivos, ni pretenden abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud; únicamente, incluyen aquellas que son indispensables para defender la vida, la salud del paciente y su dignidad, es decir, para los cuales hay evidencia de que su ausencia implica la presencia de riesgos en la prestación del servicio y/o atentan contra su dignidad y no pueden ser sustituibles por otro requisito.

El cumplimiento de los estándares de habilitación es obligatorio, dado que si los estándares son realmente esenciales como deben ser, la no obligatoriedad implicaría que el Estado permite la prestación de un servicio de salud a conciencia de que el usuario está en inminente riesgo. En este sentido, no deben presentarse planes de cumplimiento.

Los estándares deben ser efectivos, lo que implica que los requisitos deben tener relación directa con la seguridad de los usuarios, entendiendo por ello, que su ausencia, genera riesgos que atentan contra la vida y la salud. Por ello, están dirigidos al control de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud.

Los estándares buscan de igual forma atender la seguridad del paciente, entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Los estándares aplicables son siete (7) así: Talento humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos dispositivos médicos e insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia de servicios.

Los criterios establecen el detalle del estándar para su interpretación y son el elemento concreto dentro de cada servicio, para evaluar la seguridad en la atención del paciente. Los estándares y criterios para cada uno de los servicios se encuentran en el presente manual.

El Ministerio de Salud y Protección Social, será el encargado de establecer los estándares para todos los servicios que no se encuentren contemplados en el presente manual.

El alcance de cada uno de los estándares es:

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

- **Talento Humano.** Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional y ocupacional del Talento Humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención.
- **Infraestructura.** Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
- **Dotación.** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.
- **Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos.** Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico, así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.
- **Procesos Prioritarios.** Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.
- **Historia Clínica y Registros.** Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.
- **Interdependencia.** Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

En caso de ser contratado el servicio o producto, debe mediar una formalidad explícita y documentada entre el prestador y la institución que provee el servicio o producto de apoyo que soporta el servicio principal declarado y que contemple como mínimo, los procedimientos para la atención de los pacientes, los tiempos de obtención de los productos y quien declara el servicio. Lo anterior, por cuanto quien lo declare será responsable del cumplimiento del estándar independientemente que intervengan otras organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento del estándar.

2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio

2.3.2.1 Todos los servicios

Los criterios definidos a continuación corresponden a aquellos que deben ser cumplidos por los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación que se pretenda prestar.

Talento Humano	El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.
	Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.
	Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.
	Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

	<p>- servicio, según aplique, y contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.</p>
	<p>Los prestadores de servicios de salud, determinarán para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada, teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta-demanda, criterios y metodología de calidad en especial riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de respeto y dignidad del paciente y oportunidad.</p>
	<p>Todos los servicios que se presten en la modalidad extramural, deberán contar con el mismo perfil del talento humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito intramural.</p>
	<p>Cuando se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II fuera de salas de cirugía ejemplo en algunos procedimientos de radiología, gastroenterología y odontología, el encargado de realizar la sedación, será un profesional diferente a quien está realizando el procedimiento, será éste el responsable de la sedación y su perfil será el de un anestesiólogo o profesional médico u odontólogo con certificación de formación en soporte vital básico con actualización cada 2 años y certificación de formación para sedación. Podrá tener colaboración de una enfermera o auxiliar de enfermería para la monitorización del paciente y siempre bajo la supervisión del profesional responsable de la sedación.</p>
	<p>La realización de sedación profunda (grado III) cuando el paciente responde a estímulos dolorosos o repetitivos) cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profesional con entrenamiento en soporte vital avanzado 2. Entrenamiento en monitoria de EKG 3. Entrenamiento en métodos avanzado de vías aérea 4. Curso avanzado de sedación aprobado 5. Capacidad de lectura/interpretación electrocardiográfica 6. Equipo de monitoria que incluye, SpO₂, PANI, EKG, y en algunos procedimientos EtCO₂ 7. Experiencia supervisada al iniciar a hacer sedaciones.
	<p>La sedación grado IV es de dominio exclusivo del anestesiólogo.</p>
	<p>Una vez termine el procedimiento los pacientes deberán ser vigilados por enfermera o auxiliar de enfermería, bajo la supervisión del profesional que realizó el procedimiento quien es el responsable del mismo.</p>
	<p>Para sedación en odontología con óxido nitroso, el odontólogo debe contar con certificación de formación para el uso clínico y práctico de éste gas</p>
	<p>El odontólogo deberá estar acompañado del personal de apoyo correspondiente. El personal de apoyo, debe encargarse únicamente de la administración del medicamento, monitoreo continuo del paciente y registrar los signos vitales y la respuesta a la sedación</p>
	<p>Se deberá contar con anestesiólogo; cuando la atención se trate de pacientes con características particulares; como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades cardiacas severas, con enfermedades pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central, cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a alguno de los medicamentos mencionados (midazolam, ketamina, hidrato de cloral u óxido</p>

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones"

	nitroso); por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.
Infraestructura	Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.
	Los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y/u obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.
	Las instituciones o profesionales independientes que presten servicios exclusivamente ambulatorios, podrán funcionar en edificaciones de uso mixto, siempre y cuando la infraestructura del servicio, sea exclusiva para prestación de servicios de salud, delimitada físicamente, con acceso independiente para el área asistencial.
	Las instalaciones eléctricas (tomas, Interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.
	En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de tres o más pisos contarán con ascensor o rampa.
	Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.
	Si se tienen escaleras o rampas, el piso de éstas es uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.
	Para la movilización de usuarios de pie, en silla de ruedas, o camilla, la cabina de los ascensores deberá tener las dimensiones interiores mínimas que permita la maniobrabilidad de estos elementos al interior y un espacio libre delante de la puerta de la cabina que permita su desplazamiento y maniobra.
	En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar su empaque y transporte, debidamente cerrados: compreseros, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental quirúrgico y de procedimientos, etc.
	En instituciones prestadoras de servicios de salud, se deberán disponer unidades sanitarias para personas con condición de discapacidad o movilidad reducida.
	La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
	Las instituciones donde se presten servicios de internación, obstetricia, urgencias y recuperación quirúrgica cuentan con: ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños; los cuales cuentan con ducha o aspersores tipo ducha teléfono para éste fin.
	Disponibilidad de gases medicinales: (oxígeno, aire medicinal y vacío) con equipo o con puntos de sistema central con regulador.
	La institución garantiza el suministro de agua, energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.
En edificaciones donde se preste cualquiera de los siguientes servicios: quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, servicios hospitalarios, unidades de cuidado intermedio e intensivo, de apoyo de imágenes	