CIRCULAR EXTERNA No. 061

CIRCULAR ÚNICA

(10 JUN 2010)

PARA: **ENTIDADES, SUJETOS VIGILADOS Y USUARIOS DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

DE: **SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD**

ASUNTO: **Adiciones, modificaciones y exclusiones de la circular 47 de 2007 modificada por las circulares 48, 49, 50, 51, 52 de 2008, 57, 58 de 2009, 059 y 060 de 2010.**

I ADICIONES

Modificar la Circular Externa Nº 047 de 2007 modificada por las circulares 48, 49, 50,51 y 52 de 2008, 57, 58 de 2009, 59 y 60 de 2010 en los terminos y condiciones especificadas en esta circular. Las adiciones se incorporaran a su texto al momento de su publicación así:

TÍTULO II
ENTIDADES ADMINSITRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB)
CAPITULO PRIMERO

Adiciónese el numeral 7 al capitulo primero, Entidades Adminsitradoras de Planes de Beneficios, el cual quedará así:

6

7. Contratación

7.1 Contratación con Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud

Para que una Institución Prestadora de Servicios de salud pueda formar parte de la red de prestadores de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, debe cumplir con las obligaciones y responsabilidades definidas en la normatividad vigente, en especial, las siguientes:

7.1.1 Tener habilitados los servicios de salud que se vayan a contratar con las Entidades, contando con la declaración de habilitación de los servicios presentada ante la Dirección Territorial de Salud correspondiente.

7.1.2 Encontrarse registrada en el Registro Unico de Prestadores del Ministerio de la Protección Social.

7.1.3. Tener posesionado el revisor fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud. (ver título I, capitulo tercero, numeral dos)

7.1.4. Estar a paz y salvo con el pago de la tasa a la Superintendencia Nacional de Salud, demostrable con la copia de la Resolución de liquidación de la tasa y del último recibo de consignación.

7.1.5. Estar al día con el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud.

7.1.6. Definir como parte de la relación contractual las condiciones de atención de los afiliados, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, los procesos de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, los indicadores y estándares de calidad que garanticen la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud.

7.1.7. Garantizar el acceso a la atención en salud para lo cual la consulta médica general debe ser por lo menos de veinte (20) minutos, así mismo, la atención en salud no puede ser condicionada al pago de los servicios, conforme la normatividad vigente.

7.2 Inviabildid de contratación con Consorcio y/o Uniones Temporales

6

El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, es normado y reglado, en consecuencia quienes en él participan deben cumplir conla normatividad vigente.

Los consorcios y uniones temporales son figuras autorizadas por el ordenamiento jurídico, no obstante, en materia de Seguridad Social en Salud la conformación de los mismos desconocen postulados legales que reglamentan la prestación de los servicios de salud.

La anterior afirmación tiene sustento en los Decretos 1011 de 2006 y 4747 de 2007, entre otros, toda vez que la reglamentación allí prevista aplica a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen contributivo y subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

El Decreto1011 de 2006, considera como **prestadores de servicios de salud** a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Considerándose como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que deben contar con infraestructura física para prestar servicios de salud.

A su vez el artículo 3 Del Decreto 4747 de 2007, adoptó las siguientes definiciones:

a. **Prestadores de servicios de salud:** Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

6

b. **Entidades responsables del pago de servicios de salud:** Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

El artículo 5 del mismo decreto establece como requisitos mínimos que deben tenerse en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

a. Por parte de los prestadores de servicios de salud:

1. Habilitación de los servicios por prestar.
2. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
3. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.
4. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Igualmente, el artículo 26 del Decreto 1011 de 2006 dispone: "*Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud* ***el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud.*** *Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información.*

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

6

Aunado a lo anterior, el Decreto 4747 de 2007, define **la red de prestación de servicios** como el conjunto articulado de **prestadores de servicios de salud**, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Dispuso que el modelo de atención, comprenda el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia, permitiendo prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

De lo anterior se desprende que las obligaciones surgen entre las Entidades responsable de pago y los prestadores de salud debidamente habilitados, **quedando por tanto excluidos los consorcios y/o uniones temporales que carecen del requisito *sine qua non*, es decir la habilitación** otorgada por la respectivas Entidades Departamentales y Distritales de Salud, lo cual conllevaría a configurarse una intermediación, figura prohibida en el Sistema General de Seguridad Social en Salud conforme lo dispuesto en el parágrafo del artículo 6 del Decreto 515 de 2004, así: "Se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre las ARS

6

y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice una ARS (hoy EPS´S) con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores de servicios de salud de la (ARS), esto es al prestador primario habilitado. La práctica de estos mecanismos de intermediación impedirá la habilitación de la ARS (hoy EPS´S).

Así mismo, el artículo 41 del Decreto 050 de 2003, establece:

> ***Artículo 41.*** *Contratos de capitación y correcta aplicación de los recursos de la seguridad social. Los contratos por capitación que celebren las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con las instituciones prestadoras de servicios de salud, no las relevan de la responsabilidad de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento, frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
>
> *Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme al Decreto 2309 de 2002 y demás normas vigentes. En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el contratista y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros.*
>
> ***Se considera práctica insegura, la contratación que realice una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) o una Entidad Promotora de Salud (EPS) con una institución o persona natural, o jurídica para que ésta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios.***
>
> *Será solidariamente responsable la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) y la Entidad Promotora de Salud (EPS) de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación, cuando haya sido autorizada para el efecto."*

El numeral 15.3 del artículo 15 del decreto 515 de 2.004 establece:

"15.3. Se encuentra prohibida cualquier forma de estipulación, acuerdo o franquicia, en virtud de la cual se ofrezcan a través de terceros, planes de beneficios que impliquen por parte de la entidad habilitada y concedente no asumir directamente la responsabilidad del riesgo en salud y del aseguramiento de la población afiliada. Quien incurra en esta

práctica será responsable frente a los afiliados y los proveedores, de conformidad con las normas vigentes."

De lo expuesto, esta Superintendencia concluye que no es viable jurídicamente que las entidades administradoras de planes de beneficios EAPB contraten con consorcios y/o uniones temporales para la prestación de servicios de salud de sus afiliados, toda vez que al carecer de la debida habilitación estos no podrían ofertar servicios salud, lo cual conllevaría a que dichos consorcios y/o uniones temporales realicen operaciones de intermediación que se encuentran prohibidas en la normatividad vigente.

TÍTULO V ENTIDADES TERRITORIALES

Adicionose el numeral 9 al título quinto, entidades Territoriales, el cual quedará así:

9. Práctica insegura e Ilegal

El numeral 44.2.3 del artículo 44 de la ley 715 de 2001 establece: "44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías."

El artículo 17 de la Ley 1122 de 2007 estableció *"Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial".*

Así mismo el artículo 50 del Decreto 050 de 2003 establece: *Liquidación y/o aclaración y pago de saldos de los contratos del Régimen Subsidiado. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 216 de la Ley 100 de 1993, en los contratos de administración del régimen subsidiado suscritos entre las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) podrá pactarse la cláusula de liquidación unilateral prevista en la Ley 80 de 1993.*

6

En el evento en que no se pacte, todo contrato de administración del régimen subsidiado suscrito entre las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, deberá ser objeto de aclaración y pago de los saldos pendientes a su favor o en contra, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su terminación.

Si vencido este término, no se ha efectuado por mutuo acuerdo, la aclaración y pago de los saldos pendientes a favor o en contra, la entidad territorial procederá a realizarla dentro de los diez (10) días siguientes al vencimiento del término."

Adicionalmente el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007 determino que "*la liquidación de los contratos se hará de mutuo acuerdo dentro del término fijado en los pliegos de condiciones o sus equivalentes, o dentro del que acuerden las partes para el efecto. De no existir tal término, la liquidación se realizará dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución del contrato o a la expedición del acto administrativo que ordene la terminación, o a la fecha del acuerdo que la disponga.*

En aquellos casos en que el contratista no se presente a la liquidación previa notificación o convocatoria que le haga la entidad, o las partes no lleguen a un acuerdo sobre su contenido, la entidad tendrá la facultad de liquidar en forma unilateral dentro de los dos (2) meses siguientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 136 del C. C. A.

Si vencido el plazo anteriormente establecido no se ha realizado la liquidación, la misma podrá ser realizada en cualquier tiempo dentro de los dos años siguientes al vencimiento del término a que se refieren los incisos anteriores, de mutuo acuerdo o unilateralmente, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 136 del C. C. A.

Los contratistas tendrán derecho a efectuar salvedades a la liquidación por mutuo acuerdo, y en este evento la liquidación unilateral solo procederá en relación con los aspectos que no hayan sido objeto de acuerdo".

De igual forma, el Artículo 68 del Acuerdo 415 de 2009 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estableció que "*la liquidación del contrato deberá efectuarse a más tardar cuatro (4) meses finalizado el período contractual. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del régimen subsidiado que no se encuentren en cobertura superior, no podrán acceder a recursos de ampliación de cobertura sin cumplir este requisito."*

Finalmente, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en su circular 17 del 3 de junio de 2010 indicó: *"La Ley 1122 de 2007 en su artículo 17 estableció la obligación de*

6

las entidades territoriales de realizar la liquidación de mutuo acuerdo de los contratos de régimen subsidiado a más tardar en seis meses a partir de la expedición de la norma. En desarrollo del artículo anteriormente mencionado, el Minsiterio de la Protección Social expidió la Resolución 3309 de 2007, modificada por la Sentencia C-035/08 de la corte Constitucional, en este orden de ideas, las EPS`S y las entidades territoriales debieron liquidar contratos suscritos y ejecutados en su totalidad al cierre de la vigencia 2007.

En razón a que la obligación de liquidar no ha sido cumplida por las entidades territoiales dentro de los plazos señalados, y en la medida que se están configurando eventos de riesgo que afectan el cumplimiento de las metas de continuidad, cobertura y calidad en la prestación de los servicios de salud, esta dirección considera perentorio, que en ***un término no mayor a un mes sean liquidados unilateralmente aquellos contratos ejecutados y finalizados antes del cierre de la vigencia fiscal 2008, y de dos meses para aquellos ejecutados y finalizados*** *a 30 de septiembre 2009, términos contados a partir de la expedición de esta circular.*

Aquellos contratos ejecutados y finalizados a partir del primero de octubre de 2009 y a la fecha de expedición de esta circular, serán liquidados en los términos del artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. Para ello, también se tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 38 de la Ley 1122 de 2007.

Si como consecuencia de la liquidación de los contratos resultaren valores a favor de las EPS`S o de la entidad territorial por concepto del aseguramiento, estos deberán destinados (sic) de acuerdo a los lineamientos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

De no darse cumplimiento a lo anterior en el término establecido, hecho del que dará razón el Ministerio de la Protección Social, la Dirección General de Apoyo fiscal, en cumplimiento de sus funciones respecto al seguimiento y control al uso de los recursos del Sistema General de Participaciones, que le fueron asignadas al Ministerio de Hacienda y crédito Público mediante el Decreto 791 de 2009, dará aplicación al proceso establecido en el Decreto 028 de 2008 y sus normas reglamentarias para ordenar la adopción de medidas preventivas y/o correctivas, entre las que se encuentran la suspensión de giros, el giro directo, y la asunción temporal de la competencia.

Todo lo anterior sin perjuicio de las consecuencias que la no liquidación contractual tenga frente a las competencias directas de los órganos de control, el ministerio Sectorial y la Superintendencia de Salud."

6

Por lo anterior la no liquidación de contratos de que trata el numeral 3 del presente título se considerará como una práctica insegura e ilegal, razón por la cual la Superintendencia Nacional de Salud impondrá las sanciones a que hubiere lugar. Sin perjucicio de las medidas preventivas y correctivas a las que hace referencia el Decreto 028 de 2008 y la normatividad vigente.

II VIGENCIA

La presente Circular rige a partir de su publicación.

III SANCIONES

La inobservancia e incumplimiento de las instrucciones consignadas en la presente circular acarrearán la imposición de sanciones, tanto a título personal como institucional, que las normas determinan dentrio de las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, penales o civiles que ellas conlleven y las sanciones que puedan imponer otras autoridades administrativas.

IV. FIRMA

MARIO MEJÍA CARDONA
Superintendente Nacional de Salud

Elaboró: Andrea Torres y Luz Karime Fernández
Revisó: Luz Karime Fernández