Supersalud	CIRCULAR EXTERNA No. 000066	CODIGO: FI-PT-MVIC-2001 VERSIÓN: 02
		COPIA CONTROLADA

PARA: VIGILADOS SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

DE: SUPERINTEDENTE NACIONAL DE SALUD

ASUNTO: LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

FECHA: 23 DIC. 2010

1. ENTIDADES CONTRATANTES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

Son entidades contratantes en la prestación de servicios de salud, las entidades responsables del pago de servicios de salud (ERP) [1], las entidades que ofrezcan planes adicionales de salud[2], los particulares y demás pagadores del sistema.

1.1. ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD (ERP) EN LA CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

De acuerdo con lo establecido en el literal b, artículo 3º del Decreto 4747 de 2007, se consideran como tales:

1. Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud,
2. Las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado,
3. Las entidades adaptadas,
4. Las administradoras de riesgos profesionales
5. Las entidades que administran regímenes especiales y de excepción, cuando estas suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el Decreto 4747 de 2007, según lo previsto en el artículo 2º del Decreto 4747 de 2007.

[1] Literal b, artículo 3º del Decreto 4747 de 2007.
[2] Inciso 2º, artículo 17º, Decreto 806 de 1998.

1.2. ENTIDADES QUE OFRECEN PLANES ADICIONALES DE SALUD.[3]

Son Entidades que ofrecen Planes adicionales de Salud,

I. Las Entidades Promotoras de Salud,

II. Las Entidades Adaptadas en Salud,

III. Las compañías de medicina prepagada

IV. Las aseguradoras.

V. Las Cajas de Compensación Familiar.[4]

Las Cajas de Compensación Familiar, conforme a lo establecido por la Circular Externa Conjunta del 16 de diciembre de 1994 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud, y la Circular Externa No. 0035 del 19 de Octubre de 1995 de la Superintendencia del Subsidio Familiar, dentro del esquema de Seguridad Social en Salud, podrán.

1. Prestar los servicios de salud distintos a los previstos en el Plan Obligatorio de Salud –P.O.S.- al tenor de la Ley 21 de 1982, exclusivamente para sus afiliados como CCF.

2. Desarrollar programas de Medicina Prepagada o de Planes Complementarios de Salud –PACS- de conformidad con las normas pertinentes de los Planes Adicionales de Salud –PAS-.

2. ASEGURAMIENTO EN SALUD.

Entiéndase por aseguramiento en salud:[5]

1. La administración del riesgo financiero,

2. La gestión del riesgo en salud,

3. La articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo,

---

[3] Inciso 2º, artículo 17º, Decreto 806 de 1998.
[4] Circular Externa Conjunta del 16 de diciembre de 1994 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud; Circular Externa No. 0035 del 19 de Octubre de 1995 de la Superintendencia del Subsidio Familiar.
[5] Inciso 1º, artículo 14º, Ley 1122 de 2007.

4. La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y

5. La representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, esto es, la salud y la vida del usuario afiliado.

Los aseguradores en salud deben coordinar las pautas necesarias para los procedimientos, ser diligentes y prudente en todos los contratos, y además, actuar con buena fe; si esto se aplica no tienen porque presentarse problemas en la atención de los servicios de salud. Lo que sí no se puede es desplazar la falta de diligencia al paciente para que pague, ya que todos somos pacientes potenciales, y lo que se está haciendo es proteger a la sociedad.

Los aseguradores en salud deberán exigirle a sus prestadores de servicios de salud PSS que cumplan con los manuales de los procedimientos y que los firmen. Se entiende que toda actividad, procedimiento e intervención en salud tienen un protocolo y si estos se siguen disminuyen las responsabilidades y establecen una forma de salir a la defensa, en estos casos. El deber no es solo hacer la actividad, procedimiento e intervención, sino también todo lo correspondiente para que sea exitosa.

Conforme a lo establecido por el artículo 38 del Decreto 1011 de 2006, los aseguradores en salud incorporarán, en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de los aseguradores en salud de acuerdo con lo definido en el artículo 59 del Decreto 1011 de 2006.

2.1. RESPONSAILIDAD DERIVADA DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.

A quien se afilia el usuario es al asegurador en salud, no al prestador de servicios de salud, y quien se compromete en la calidad, oportunidad, eficiencia en el servicio, en el manejo de la salud, en el manejo de la vida, es el asegurador no el

prestador, todo esto derivado de la responsabilidad contractual establecida por la firma del contrato de aseguramiento entre el asegurador y el afiliado, y entre el asegurador y el alcalde municipal en el caso del régimen subsidiado.

Conforme a la definición del aseguramiento en salud, son los aseguradores en salud y no los PSS, los responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia, y eficacia de la prestación de los servicios de salud, y por ende, los que deberán responder por toda falla, falta, lesión, enfermedad e incapacidad que se genere en la prestación de los mismos, teniendo en cuenta que el aseguramiento en salud, exige que el asegurador, asuma el riesgo transferido por el usuario, esto es, la salud y la vida de asegurado, y cumpla con cabalmente con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, derivado esto, de las obligaciones y responsabilidades contractuales que surgen del CONTRATO DE ASEGURAMIENTO.

La asunción directa de las responsabilidades en materia de servicios de salud, serán por parte de quien asegura, quien es el verdadero y directo responsable CONTRACTUAL, y no del prestador de servicios de salud, quien responderá solidariamente con el asegurador, solo cuando el PSS, habiéndose entregado por el ASEGURADOR, los elementos claves de atención esto es los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, haya hecho caso omiso a estos y haya generado la lesión, enfermedad, o incapacidad en el usuario, por su omisión, arbitrariedad y el desconocimiento de lo ordenado, pactado y planteado por el asegurador en salud.

3. LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD P.S.S.

Son aquellos que cumplen con la función de prestar los servicios de salud en los diferentes niveles de atención a los usuarios dl Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden ser personas naturales o personas jurídicas y estas últimas pueden ser instituciones privadas o públicas, teniendo en cuenta que las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud legalmente son conocidas como Empresas Sociales del Estado (ESE).

Son Prestadores de Servicios de Salud PSS, siempre que cumplan con los requisitos de habilitación y sean incluidos en el Registro especial de Salud, ante las entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes: [6,7]

[6] Inc. 7º, artículo 2º. Decreto 1011 de 2006; Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006.
[7] Literal a, artículo 3º Decreto 4747 de 2007.

1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS),
2. Los Profesionales Independientes de Salud
3. Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.
4. Los Prestadores de servicios con objeto social diferente

4. PRACTICA INSEGURA NO AUTORIZADA EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.

Se considera práctica insegura, conforme al inciso 3º del artículo 41 del Decreto 050 de 2003, la contratación que realice una Entidad Responsable del Pago de Servicios de Salud (ERP), una entidad que ofrezca Planes Adicionales de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema, con una institución o persona natural o jurídica para que ésta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios, figura conocida con el nombre de intermediación.[8]

Los recursos del SGSSS, deben tener un manejo impecable y destinado única y exclusivamente al fin para el cual fueron creados. No hacerlo así, constituye el delito de peculado por destinación oficial diferente, regulado por el Código Penal Colombiano, aplicable por extensión a los particulares que han recibido bienes del Estado a cualquier titulo, para su administración o custodia, de acuerdo con el mismo Código.9

La subcontratación o intermediación en los servicios de salud, desvía por sí misma el destino de los recursos de la salud pública, por lo que efectuada esta, debe ser puesta en conocimiento de las autoridades de control, a fin de que se efectúen las investigaciones y se apliquen las sanciones a que hubiere lugar.

Con la expedición de los Decretos 515 de 2004 y 1020 de 2007, se tiene un concepto más claro de lo que es la intermediación y la práctica insegura.

El parágrafo del artículo 6 del Decreto 515 de 2004, dispuso que se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre las EPSS y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice una EPSS 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

[8] La cultura de la sobrefacturación, o facturación no causada. "Quien vende lo que no presta, permite que quien no presta venda"

[9] Circular del 19 de abril de 2001 de Ministerio de Salud.

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 (EPSS), esto es al prestador primario habilitado. La práctica de estos mecanismos de intermediación impedirá la habilitación de la EPSS.

Mientras que el parágrafo del artículo 6º del Decreto 1020 de 2007, establece que en la conformación de la red de prestadores de servicios de salud de una EPSS, no se utilizarán mecanismos de intermediación entre las EPSS y los prestadores de servicios de salud. [10]

De lo expuesto, se concluye que se incurre en práctica ilegal de los PSS en los siguientes casos:

a. Contratar la prestación de servicios de salud que no tiene habilitados.

b. Contratar la prestación de servicios de salud que no está en capacidad de ofrecer.

c. Asumir responsabilidades que por ley le corresponden a las Entidades Responsable del Pago de Servicios de Salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema, provocando una intermediación entre las Entidades Responsable del Pago de Servicios de Salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema y las subcontratadas.

Es un contrasentido, que quienes fueron autorizados y habilitados para realizar una actividad terminen desarrollando otras actividades para las cuales no se le otorgó aval alguno.

La determinación de las funciones a cargo de quienes desarrollan actividades de PSS y pagador de servicios de salud corresponde a una regulación que se encuentra en el sistema general de seguridad social en salud.

En efecto, si algo caracteriza la Ley 100 es la definición clara de roles. Ha ocurrido, sin embargo, que dicha norma ha vivido la tragedia propia de muchas

[10] Parágrafo, artículo 6º, Decreto 1020 de 2007.

disposiciones pues siempre le hace falta una norma "para que se haga efectiva su "respetabilidad". [11]

A pesar de la claridad de estos postulados, algunos actores se han dado a la tarea de filtrarse por los resquicios de esta regulación e inventarse su propio guión. Es así como ciertas Entidades Responsable del Pago de Servicios de Salud (ERP), entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, ciertos particulares y demás pagadores del sistema han delegado en entidades que cumplen labores de prestadores de servicios de salud, PSS, sus tareas en zonas del país. A su turno, estos últimos antes que prestar servicios de salud han decidido dedicarse a contratar con otras entidades su prestación real y efectiva.

Tal y como se establece en el artículo 185 de la Ley 100 de 1993, la función que se les ha asignado y de allí su nombre "prestadores", es la de "prestar los servicios en el nivel de atención correspondiente", no la de ser contratistas como instituciones contratistas de los servicios de salud, ni ninguna otra fórmula que desvirtúe su razón esencial, situaciones que constituyen sin duda, una aplicación fraudulenta de la ley.

Cualquier conducta que tergiverse el actuar de las Entidades Responsable del Pago de Servicios de Salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema o los PSS (llámese intermediación u otra por el estilo) es reprochable, por la conducta en sí, y por las consecuencias y responsabilidad que se producen en la atención en salud, teniendo en cuenta que el ciudadano, al que se le debe brindar la máxima confianza y seguridad respecto de los actores, percibe que su Entidad Responsable del Pago de Servicios de Salud (ERP), o su entidad de Plan Adicional de Salud, no es, realmente su ERP, o su entidad de plan adicional de salud, sino que un PSS de la red de prestadores de su ERP o de su entidad de planes adicionales de salud, se encarga de contratar otros prestadores para su atención en salud, impidiendo la libre elección y diluyendo la responsabilidad en contratos y contratos.

Las autorizaciones y habilitaciones son intuite persona.

Por lo que, permitir legar o contratar lo autorizado o habilitado, conduciría a una burla en torno a las sanciones de inspección, vigilancia y control, las cuales no dependen de los acuerdos entre los particulares o el sector público que cumple tales funciones.

[11] EL DESAFÍO CÍNICO seguido de EL DERECHO CIVILIZADOR, Oscar Reyes M., ediciones Desde Abajo, Bogotá, D.C., marzo de 2003, pág. 216.)

De esta manera, no puede concluirse que las sociedades que surgen en virtud de dicho proceso son plenamente hábiles y competentes y la autoridad estatal es una simple espectadora de tal proceso. El control, por tratarse de una función pública, no puede ser restringido por voluntad de los particulares, ni generar transformaciones de naturaleza ni de rol. Ello, constituiría una flagrante trasgresión de la teoría del riesgo creado (artículo 26 Constitución Política) y de la protección del interés público.

Una vez que el sistema general de seguridad social en salud, determinó unas funciones a las Entidades Responsable del Pago de Servicios de Salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, y demás pagadores del sistema y a los prestadores de servicios de salud PSS, definió, clara y expresamente un deber ser de cada uno, y por oposición, todas las conductas que se apartan de estos postulados. No es imprescindible, por tanto, definir la intermediación.

El término intermediación, una de las conductas irregulares, se define como acción y efecto de **intermediar** (poner en relación a dos o más personas o entidades)[12]

De otro lado, intermediar admite dos acepciones:

1. Existir en medio de otras cosas

2. Actuar poniendo en relación a dos o más personas o entidades para que lleguen a un acuerdo.

Lo que aquí se destaca es que el sujeto conecta dos extremos de la relación, para el caso, el usuario y quien presta el servicio de salud.

Lo censurable de la intermediación es que los PSS, son quienes deben realizar directamente la labor y no contratar a otro (intermediar) para que lo haga cuando es él quien debe realizarlo.

"El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, …"[13]

Mientras que, *"un mismo servicio no puede tener doble habilitación y solo podrá ser habilitado por el prestador responsable del mismo."* [14]

---

[12] Cfr. www.rae.es..

[13] Inciso 2º, artículo 12, Decreto 1011 de 2006.

Por lo que, los servicios de salud sólo podrán tener una habilitación, es decir, que un mismo servicio no podrá ser habilitado por dos o más Prestadores de Servicios de Salud y sólo podrán ser declarados por uno de ellos. Quien habilita entonces el Servicio, es quien lo presta y quien podrá suscribir los contratos con las Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema.

El prestador de servicios de salud que busque ser contratado por las Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema, solo podrá ofertar los servicios que haya habilitado, ya que es responsable directo en el cumplimiento de los estándares de todos y cada uno de los servicios que inscribe.

Es preciso resaltar que el Prestador de Servicios de Salud no podrá ofertar un servicio habilitado por un tercero, situación conocida como subcontratación o intermediación, así sea por Interdependencia de Servicios, en tal caso, las Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema, deberán contratar no al prestador que lo oferta por subcontratación o intermediación de otro prestador, sino directamente a quien lo habilitó.

Subcontratado un tercero por un PSS para el suministro de servicios de salud, dentro de la contratación de los servicios de salud que haga una Entidad Responsable del Pago de Servicios de Salud (ERP), una entidad que ofrezca Planes Adicionales de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema, con el prestador de servicios de salud PSS, deberá observarse que el servicio que se suministrará a través del tercero subcontratado, debe ser habilitado exclusivamente por el PSS y no por el tercero subcontratado por el PSS.

De esta manera, en forma excepcional, un PSS podrá subcontratar con terceros, siempre que el PSS que los subcontrate y no los terceros subcontratados, habilite exclusivamente los servicios, teniendo en cuenta que:

I. Los servicios de salud sólo podrán tener una habilitación, esto es, que un mismo servicio no puede ser habilitado por dos o más PSS y sólo podrán ser declarados por uno de ellos,

[14] Inciso 3°, artículo 5°. Resolución 1043 de 2006.

II. El operador primario es aquel que habilita el servicio, y que quien habilita el servicio es quien lo presta y quien podrá suscribir los contratos con las Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema.

Los PSS que van a subcontratar servicios son responsables de la habilitación de aquellos que declara, y por lo tanto no podrá ofertar servicios que a su vez ya se encuentren habilitados con otra representación legal, lo anterior con el fin de evitar la habilitación y obtención de registro de un mismo servicio, por dos prestadores de servicios de salud.

Respecto al suministro de servicios que realiza un PSS, deberá tenerse en cuenta que el ofrecimiento y prestación de los servicios que se contemplen, debe enmarcase dentro de lo dispuesto por las normas, advirtiendo, que el desconocer la normatividad vigente sobre el particular, y estar operando sin el cumplimiento de los requisitos allí dispuestos, determina que la entidad puede incurrir en la violación del derecho a la libre y leal competencia en el mercado de los servicios de salud previstos en el Decreto 1663 de 1994 y la Ley 1122 e 2007, que regulan los aspectos de la competencia en el sector, ser objeto de las investigaciones por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio, de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, y de las sanciones a que haya lugar.

En consecuencia, sí existen disposiciones en virtud de las cuales se construye un deber legal de funcionamiento de los PSS, y por ende, se definen las prácticas que no pueden realizar pues desvirtúan su objeto.

5.1. MEDIDAS QUE ORIGINAN LAS SITUACIONES DESCRITAS.

Hemos de destacar, que el servicio público de salud es inherente al Estado Social de Derecho, y en consecuencia, su labor consiste en asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional y el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida, concretamente en relación con salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable, tal y como lo establecen los artículos 49 y 365 de la Constitución Política Colombiana.

Si lo que se pretende es salvaguardar los derechos fundamentales, es preciso que la actividad del Estado, tanga las facultades necesarias para lograr su preservación y evitar el riesgo, cuando ello sea posible sin perjuicio de los deberes correccionales.

Toda conducta que contraviene un deber legal debe sufrir el reproche del organismo que ejerce funciones de inspección, vigilancia y control.

A nivel de los sujetos que se habilitan para cumplir una determinada labor no puede ser otro el razonamiento. La habilitación determina los límites en el actuar tanto de las Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud (ERP), de las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, y de los demás pagadores del sistema, como de los prestadores de servicios de salud PSS. La actuación se encuentra reglada para tales operadores quienes solo pueden hacer lo que les está permitido por la ley. Cuando una entidad actúa por fuera de estos linderos, se producen dos consecuencias principales, que tiene que ver con el carácter de las funciones asignadas al ente de inspección, vigilancia y control, a saber, las tendientes a prevenir una conducta o la continuación de la misma, y aquellas que están destinadas a sancionarlas.

De esta manera, la intermediación, constituye una conducta por fuera del marco previsto en la ley, sancionable, ya que vulnera las operaciones entre los prestadores de servicios de salud por cuanto desmejoran las condiciones normales del mercado y no garantizan la adecuada prestación de los servicios a los usuarios, y es claro que dicha conducta vulnera el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuya inspección, vigilancia y control corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud revocará Totalmente la habilitación de una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPSS, cuando se verifique la utilización de intermediarios para la organización y administración de la red de prestadores de servicios. [15]

Por lo que, corresponde a la Superintendente Nacional de Salud, ordenar se suspenda la práctica ilegal de los prestadores de servicios de salud que no acaten las directrices comprendidas dentro del Sistema.

6. PRACTICAS AUTORIZADAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.

Los prestadores de servicios de salud podrán contratar individualmente la prestación de servicios de salud o podrá contratar la prestación de servicios mediante la figura de asociación o de alianzas estratégicas con otros Operadores Privados o Públicos mediante Sistemas Negociables Mercantiles que faciliten su

[15] Literal d, Numeral 16.1, artículo 16°, Decreto 515 de 2004; artículo 4° Decreto 3556 de 2008.

cumplimiento, generen economía de costos y optimicen la gestión, obteniéndose una participación razonable en el margen de rentabilidad logrado por el operador de servicios, buscando a través de esta asociación o alianza, la optimización de los recursos destinados a la salud, reduciendo el costo que para las Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema, podría significar el tener contratos con cada prestador, brindando los servicios de salud en un paquete integral e interdisciplinario de servicio.

Se observa entonces que la forma de participación del prestador de servicios de salud que subcontrata servicios con otros prestadores de servicios habilitados, se entiende como no autorizada y como práctica ilegal en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya que el Prestador tan solo podrá ofertar y brindar los servicios que éste tenga habilitados. Mientras que, la forma de participación del prestador de servicios de salud que realiza asociaciones o alianzas estratégicas con otros prestadores de servicios habilitados, o con terceros operadores de servicios de salud no habilitados, se entiende como autorizada y como práctica legal en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

De esta manera, el PSS tan solo podrá ofertar y brindar los servicios que éste tenga habilitados, en el evento en que pretenda brindarlos en un paquete integral de servicios junto con otros servicios que no tenga habilitados, lo podrá realizar siempre que lleve a cabo la conformación de una asociación o alianza estratégica de prestadores de servicios de salud, para poder ofertar en conjunto con otros prestadores de servicios de salud, sus servicios y los de estos, como paquete integral de servicios de salud.

Del mismo modo, el PSS podrá ofertar y vender sus servicios habilitadas, a través de un asociado o aliado por outsourcing, por tercerización, o por externalización, esto es, mediante la asociación o contratación de un tercero no habilitado, para el suministro de los servicios de salud habilitados por el PSS, bajo la figura de la asociación o contratación por outsourcing, por tercerización o por externalización de estos servicios.

6.1. FORMAS DE ASOCIACION O ALIANZAS ESTRATEGICAS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.

Los prestadores de servicios de salud podrán entre otras figuras, realizar asociaciones o alianzas estratégicas tales como:

I. La conformación de una asociación o alianza estratégica con otros prestadores de servicios de salud, para poder ofertar en conjunto los

servicios de salud, siempre que no configure la doble habilitación de un mismo servicio o la subcontratación o intermediación de servicios de salud claramente prohibidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

II. La contratación de un tercero operador de servicios de salud, persona natural o persona jurídica, o la asociación o alianza estratégica con este, para el suministro de los servicios de salud, bajo la figura de tercerización outsourcing o externalización para la prestación de servicios de salud, sin que dicho tercero operador, habilite los servicios objeto de la contratación o asociación.

En ningún caso puede entenderse que la asociación o alianza estratégica para la prestación de servicios de salud, pueda significar un nuevo eslabón de aseguramiento o de intermediación, que implique una reducción de los recursos que deben ir a salud, por concepto de la administración de estos contratos. [16]

En otras palabras, no se trata con esta modalidad de trasladarle los costos de administración de las Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema a los Prestadores de Servicios de Salud, ni aún en mínima parte.

Tampoco, como lo dice la Ley 100 de 1993, se trata de crear redes que impidan o dificulten la libre escogencia.

6.1.1. RAZÓN DE LA ASOCIACIÓN O ALIANZA ESTRATÉGICA PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

La única razón de la asociación o alianza estratégica para el suministro de servicios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, es precisamente, que menos recursos vayan a las Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema y más a la salud, y no que un Prestador de Servicios de Salud – contratista -, cobre por la administración de la asociación o alianza estratégica, porque en este caso no tendría ninguna razón de ser la autorización de la asociación o alianza estratégica para el suministro de servicios de salud. [17]

[16] Circular del 19 de abril de 2001 del Ministerio de Salud.
[17] Circular del 19 de abril de 2001 del Ministerio de Salud.

6.1.2. NO REDUCCIÓN DE LOS PAGOS POR SALUD.

La figura de la contratación de un tercero, o de la asociación o alianza estratégica con un tercero, por outsourcing, tercerización o externalización de un PSS, y de la asociación o alianza estratégica de PSS por unión temporal o por consorcio, no permite que quien contrate se valga de su condición de contratista, para reducir el pago que por salud deba reconocer a quienes se asocien o contraten con él la prestación de servicios de salud.

7. VIGENCIA Y DEROGATORIAS.

La presente Circular rige a parir de su publicación en el Diario Oficial y deroga el numeral I de las Adiciones de la Circular Externa Nº 061 de 2010 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

8. 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 dentro 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.

23 DIC. 2010

CONRADO ADOLFO GÓMEZ VELEZ
Superintendente Nacional de Salud