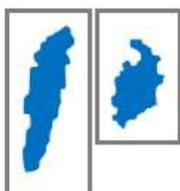


**TRIBUNAL DE ÉTICA ODNTOLÓGICA
SECCIONAL BOLÍVAR**



**Marco Legal Básico Para el
Ejercicio de la Odontología en
Colombia**

**Cartagena de Indias
Abril 2022**

**TRIBUNAL DE ÉTICA ODNTOLÓGICA
SECCIONAL BOLÍVAR**

2020 – 2022

Magistrados:

HELENA JOSEFINA MUSKUS LOPEZ (PRESIDENTE)

MARTHA CARMONA LORDUY

LUISA AREVALO TOVAR

CAROLINA TORREGROZA OJEDA

OSVALDO CANTILLO PALLARES

Abogado Secretario Tesorero:

JOSE ERVIN DUQUE FERNANDEZ

Dirección:

Avenida Venezuela, Edificio Citibank Oficina 2B.

Teléfono: 6438386

Email: teodobol@gmail.com

Página Web: <http://www.teobolivar.org>

PRESENTACIÓN

El Código de Ética del Odontólogo es la mejor herramienta para facilitar el ejercicio ético de la profesión, como también el marco que determina las exigencias que puede hacerle la sociedad al Odontólogo por sus actuaciones profesionales, en el anterior entendido, tiene un doble interés, por parte de los profesionales de la Odontología, a fin de que mediante su consulta se logre tener presente los límites o estándares generales para su ejercicio profesional y por parte del Público en general, para determinar aquellas actuaciones que riñen con el ejercicio ético, como también el conocer la existencia de los Tribunales de Ética y su Función en pro de la Profesión Odontológica y la salud de la Población en general.

Lastimosamente, ya cumplido su trigésimo aniversario de promulgación, es notorio su desconocimiento por parte de la opinión en general, empero lo que resulta preocupante es ver la misma situación en los Sujetos Disciplinables, los Odontólogos; quienes como consecuencia desconocen su importancia o conociéndola no le dan la relevancia que debe tener en su ejercicio para el infortunio de la Profesión.

A fin de contrarrestar lo anterior, el Tribunal de Ética Odontológica Seccional Bolívar en primer lugar; invita a los Profesionales de la Odontología para que hagan de los principios contenidos en el Código de Ética (Ley 35 de 1989) su guía de comportamiento y se hagan conscientes de que como servidores de la sociedad, el ejercicio de su profesión comporta un compromiso con la misma y tiene como destino el bien común, en segundo lugar; presenta el siguiente compendio legislativo, con la convicción de que se convierta en material de consulta habitual que combata la apatía y el desinterés, en favor la Sociedad en general, la Profesión Odontológica y sus Profesionales.

LEY No. 35 DEL 8 DE MARZO DE 1989

“Código de Ética del Odontólogo Colombiano”

Concordada con el Decreto Reglamentario

No. 491, del 27 de febrero de 1990

El Congreso de Colombia

DECRETA

CAPÍTULO I

Declaración de Principios

Artículo 1º.

a. Se entiende por ejercicio de la odontología la utilización de medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico con criterios de prevención, tratamiento de las enfermedades, malformaciones, traumatismos, las secuelas de los mismos a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema estomatognático.

b. El profesional odontólogo es un servidor de la sociedad y, por consiguiente, debe someterse a las exigencias que se derivan de la naturaleza y dignidad humanas. De acuerdo con lo anterior, la atención al público exige como obligación primaria dar servicios profesionales de calidad y en forma oportuna.

c. Los conocimientos, capacidades y experiencias con que el odontólogo sirve a sus pacientes y a la sociedad, constituyen la base de su profesión. Por lo tanto, tiene obligación de mantener actualizados los conocimientos; los cuales, sumados a su honestidad en el ejercicio de la profesión, tendrán como objetivo una óptima y mejor prestación de los servicios.

d. El odontólogo respetará y hará respetar su profesión, procediendo en todo momento con prudencia y probidad. Sus conocimientos no podrá emplearlos ilegal o inmoralmente. En ningún caso utilizará procedimientos que menoscaben el bienestar de sus pacientes.

e. Debido a la función social que implica el ejercicio de su profesión, el odontólogo está obligado a mantener una conducta pública y privada ceñida a los más elevados preceptos de la moral universal. (Inexequible según Sentencia C-537 de mayo de 2005 de la Corte Constitucional)

f. Es deber del odontólogo colaborar en la preparación de futuras generaciones en instituciones docentes aprobadas por el Estado, estimulando el amor a la ciencia y a la profesión, difundiendo sin restricciones el resultado de sus experiencias y apoyando a los que se inicien en su carrera.

En caso de que sea llamado a dirigir instituciones para la enseñanza de la odontología o a regentar cátedra en las mismas, se someterá a las normas legales o reglamentarias sobre la materia, así como a los dictados de la ciencia, a los principios pedagógicos y a la ética profesional.

g. La vinculación del odontólogo a las actividades docentes implica una responsabilidad mayor ante la sociedad y la profesión. La observancia meticulosa de los principios éticos

que rigen su vida privada y profesional y sus relaciones con otros odontólogos, profesores y estudiantes deben servir de modelo y estímulo a las nuevas promociones universitarias. (La expresión en negrilla es inexequible, según la Sentencia antes citada)

h. El odontólogo podrá ser auxiliar de la justicia en los casos que señale la Ley, ora como funcionario público, ora como perito expresamente designado para ello y cumplirá su deber teniendo en cuenta la importancia de la tarea que se le encomiende como experto.

i. El odontólogo como profesional perteneciente a las áreas de la salud, tiene la responsabilidad de aplicar sus conocimientos en el diagnóstico precoz de las enfermedades de la boca y de las enfermedades generales que presenten manifestaciones orales, valiéndose de todos los medios de diagnóstico que tenga a su alcance.

j. La presente Ley comprende el conjunto de normas sobre ética a que debe ceñirse el ejercicio de la odontología en la República de Colombia.

Conc. D. 491/90. Art. 19. «En lo dispuesto por la Ley 35 de 1989. Artículo 10., literal H, y demás constancias solicitadas, los conceptos emitidos por el odontólogo deberán ser por escrito y contener por lo menos los siguientes datos:

1. Lugar y fecha de expedición.
2. Persona o entidad a la cual se dirige el certificado.
3. Objeto o fines del certificado.
4. Nombre e identificación del paciente.
5. Concepto.
6. Nombre del odontólogo.
7. Número de la tarjeta profesional o carnet.
8. Firma del odontólogo».

CAPÍTULO II

Práctica profesional

De las relaciones del odontólogo con el paciente

Artículo 2º. El odontólogo dispensará los beneficios de su profesión a las personas que los necesiten, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta Ley, y rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la moral y cuando existan condiciones que interfieran su libre y correcto ejercicio.

Artículo 3º. Los servicios odontológicos se fundamentan en la libre elección del odontólogo, por parte del paciente. En el trabajo institucional se respetará, en lo posible, este derecho.

Conc. D. 491/90. Art. 10. «En el trabajo institucional, el derecho de libre elección del odontólogo por parte del paciente estará sujeto a las posibilidades ofrecidas por cada institución».

Artículo 4º. El odontólogo respetará la libertad del paciente para prescindir de sus servicios.

Conc. D. 491/90. Art. 30. «El odontólogo respetará la libertad del paciente para prescindir de sus servicios, siempre y cuando éste tenga capacidad de manifestar libremente su voluntad».

Artículo 5º. El odontólogo debe informar al paciente de los riesgos, incertidumbres y demás circunstancias que puedan comprometer el buen resultado del tratamiento.

Conc. D. 491/90. Art. 70., 80. 90. y 10.

Art. 70. «Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo».

Art. 80. «El odontólogo cumple la advertencia del riesgo previsto a que se refiere la Ley 35 de 1989, capítulo II. Artículo 50., con el aviso que en forma prudente haga a su paciente, o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica odontológica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento odontológicos».

Art. 90. «El odontólogo quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto, en los siguientes casos:

a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan.

b) Cuando exista urgencia para llevar a cabo el procedimiento odontológico».

Art. 10. «El odontólogo dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto, o de la imposibilidad de hacerla.

Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento odontológicos pueden comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el odontólogo no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos, de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica odontológica, al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico».

Artículo 60. La actitud del odontólogo ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte injustificada preocupación y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas.

Art. 70. «Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo».

Art. 80. «El odontólogo cumple la advertencia del riesgo previsto a que se refiere la Ley 35 de 1989, capítulo II. Artículo 50., con el aviso que en forma prudente haga a su paciente, o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica odontológica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento odontológicos».

Art. 90. «El odontólogo quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto, en los siguientes casos:

a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan.

b) Cuando exista urgencia para llevar a cabo el procedimiento odontológico».

Art. 10. «El odontólogo dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto, o de la imposibilidad de hacerla.

Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento odontológicos pueden comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el odontólogo no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos, de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica odontológica, al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico».

Artículo 70. El odontólogo mantendrá su consultorio con el decoro y la responsabilidad que requiere el ejercicio profesional.

Conc. D. 491/90. Art. 40. «Entiéndase por consultorio odontológico, el sitio donde se puede atender privadamente al paciente y cuyo objetivo sea la consulta o tratamiento ambulatorio».

Artículo 80. El odontólogo dedicará a sus pacientes el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud bucal. Igualmente indicará los exámenes indispensables para establecer el diagnóstico y prescribir el tratamiento correspondiente.

Artículo 90. Siendo la retribución económica de los servicios profesionales un derecho, el odontólogo fijará sus honorarios de conformidad con la importancia y circunstancias del tratamiento que debe efectuar, teniendo en cuenta la situación económica del paciente, y previo acuerdo con éste o sus responsables.

Artículo 10. El odontólogo no debe exagerar el valor de sus honorarios profesionales ni antepondrá la obligación de prestar un servicio social a intereses puramente comerciales.

Artículo 11. El odontólogo está obligado a atender a cualquier persona que solicite sus servicios con carácter de urgencia, si el caso corresponde a su especialidad. De no ser así, ayudará al paciente a encontrar un profesional que lo atienda adecuadamente, quien luego lo remitirá a su propio odontólogo informándole del tratamiento ejecutado.

Artículo 12. En casos de urgencia, la prestación del servicio no se condicionará al pago anticipado de honorarios profesionales.

Conc. D. 491/90. Art. 20. «Para señalar la responsabilidad del odontólogo frente a los casos de emergencia o urgencia, entiéndase por ésta todo tipo de afección que requiera atención inmediata de acuerdo con el dictamen del profesional de odontología».

Artículo 13. Cuando quiera que se presenten diferencias entre el odontólogo y el paciente con respecto a los honorarios, tales diferencias podrán ser conocidas y resueltas por el Tribunal Seccional Ético Profesional de la respectiva Seccional de la Federación Odontológica Colombiana.

Artículo 14. El odontólogo no exigirá al paciente exámenes innecesarios ni le someterá a tratamientos que no se justifiquen.

Conc. D. 491/90. Art. 50. «Se entiende por exámenes innecesarios o tratamientos injustificados, aquellos que no correspondan a la historia clínica y plan de tratamiento del caso particular».

Artículo 15. El odontólogo no debe comprometerse a efectuar tratamientos para los cuales no esté plenamente capacitado.

Artículo 16. El odontólogo no debe ofrecer o conservar como exclusivo ningún elemento, agente, método o técnica.

Artículo 17. Es contrario a la ética emplear materiales diferentes a los convenidos con el paciente, o ejecutar tratamientos contraindicados.

Artículo 18. El odontólogo no podrá atender ningún paciente que por su estado de salud, ponga en peligro su vida, salvo previa autorización escrita de sus familiares y/o el médico tratante.

Artículo 19. El odontólogo no hará tratamiento, ni intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, personas en estado de inconsciencia o intelectualmente no capaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.

Artículo 20. La responsabilidad del odontólogo por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.

Conc. D. 491/90. Art. 70. 80. 90. y 10.

Art. 70. «Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico patológicas del mismo».

Art. 80. «El odontólogo cumple la advertencia del riesgo previsto a que se refiere la Ley 35 de 1989, capítulo II, Artículo 50., con el aviso que en forma prudente haga a su paciente, o a sus familiares o allegados, con respecto a los adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica odontológica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento odontológicos».

Art. 90. «El odontólogo quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto, en los siguientes casos:

a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan.

b) Cuando exista urgencia para llevar a cabo el procedimiento odontológico».

Art. 10. «El odontólogo dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto, o de la imposibilidad de hacerla. Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento odontológicos pueden comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el odontólogo no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos, de imposible o difícil previsión dentro del

campo de la práctica odontológica, al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médicos».

Artículo 21. Si la situación del enfermo es grave, el odontólogo tiene la obligación de comunicarle a sus familiares o allegados y al paciente en los casos que ello contribuya a la solución de sus problemas espirituales y materiales.

Conc. D. 491/90. Art. 11 y 13.

Art. 11. «Entiéndese que la obligación a que se refiere la Ley 35 de 1989. Capítulo II. Artículo 21, con relación a los familiares o allegados, debe cumplirse sólo cuando éstos se encuentran presentes».

Art. 13. «Para efectos de lo previsto por la Ley 35 de 1989, Artículo 21, son responsables del enfermo las personas naturales o jurídicas que figuren como tales en la historia clínica o registros odontológicos».

Artículo 22. Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el odontólogo tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en junta odontológica o médica, con el objeto de discutir el caso del paciente confiado a su asistencia.

Los integrantes de la junta odontológica y/o médica serán escogidos de común acuerdo, por los representantes del enfermo y el odontólogo tratante.

Conc. D. 491/90. Art. 60, 12 y 14.

Art. 60. «En caso de sospecha de enfermedad infecto-contagiosa o de cualquier otra etiología que comprometa la ejecución de procedimientos clínicos en el paciente, debe solicitarse la interconsulta pertinente».

Art. 12. «Entiéndese por Junta Odontológica la interconsulta o la asesoría solicitada por el odontólogo tratante a uno o más profesionales, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente».

Art. 14. «La frecuencia de las Juntas Odontológicas estará subordinada a la gravedad de la enfermedad y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento y satisfacer el deseo expresado por el enfermo a sus familiares, siempre y cuando corresponda esta solicitud a la condición clínico-patológica de aquél».

CAPÍTULO III

Del secreto profesional, prescripción, Historia clínica y otras conductas

Artículo 23. El odontólogo está obligado a guardar el secreto profesional en todo lo que, por razón del ejercicio de su profesión, haya visto, escuchado y comprendido, salvo en los casos en que sea eximido de él por disposiciones legales. Así mismo, está obligado a instruir a su personal auxiliar sobre la guarda del secreto profesional.

Conc. D. 491/90. Art. 17, 18 y 20.

Art. 17. «El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del odontólogo de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta».

Art. 18. «El odontólogo velará o instruirá a sus auxiliares sobre la reserva del secreto profesional, y no será responsable, por la revelación voluntaria que ellos hagan».

Art. 20. «Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos odontológicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual».

Artículo 24. El odontólogo no debe prescribir, suministrar o promover el uso de droga, aparatos u otros agentes sobre los cuales no exista una seria investigación científica.

Artículo 25. El odontólogo deberá abrir y conservar debidamente, historias clínicas de sus pacientes, de acuerdo con los cánones científicos.

Conc. D. 491/90. Art. 20. «Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos odontológicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual».

Artículo 26. Es anti-ético impartir enseñanza organizada de posgrado en consultorios particulares, por ser función privativa de las Facultades de Odontología y demás entidades científicas autorizadas por el Estado con respaldo académico de aquéllas.

Artículo 27. Ningún odontólogo permitirá que sus servicios profesionales, su nombre o su silencio, faciliten o hagan posible la práctica ilegal de la odontología.

CAPÍTULO IV

De las relaciones del odontólogo con sus colegas

Artículo 28. La lealtad, la consideración, la solidaridad y el mutuo respeto entre los colegas son los factores esenciales o el fundamento de las relaciones entre los odontólogos.

Es antiético censurar los tratamientos efectuados o expresar dudas sobre los sistemas de trabajo o la capacidad de sus colegas.

Constituye falta grave difamar, calumniar o injuriar a un colega, o tratar de perjudicarlo en su ejercicio profesional.

Artículo 29. El odontólogo se concretará exclusivamente a la atención de su especialidad cuando se trate de un paciente remitido. No hará tratamientos distintos, aun cuando lo solicite el paciente. Sólo podrá hacerlo, previo conocimiento y aceptación del colega remitente.

Artículo 30. El odontólogo no fijará honorarios que establezcan competencia con sus colegas, ni aceptará o dará comisiones por remisión de pacientes. (la expresión en negrillas declarada inexecutable por la Sentencia No. C-537 de mayo de 2005 de la Corte Constitucional).

Artículo 31. El odontólogo no debe intervenir en un tratamiento ya iniciado, sin previa comprobación de que el paciente ha informado de la sustitución al anterior odontólogo o de que el colega que estaba haciendo el tratamiento ha renunciado a continuarlo o se encuentra en imposibilidad de hacerlo.

Artículo 32. El odontólogo tiene la obligación de solicitar la colaboración de un colega, que por sus capacidades, conocimiento y experiencia pueda contribuir a mantener o mejorar la salud del paciente. Así mismo, éste tendrá la obligación de prestar dicha colaboración cuando le sea solicitada.

Artículo 33. Todo disentimiento profesional entre odontólogos será dirimido por la Federación Odontológica Colombiana, de conformidad con las normas de la presente ley.

Conc. D. 491/90. Art. 15 y 16.

Art. 15. «No constituyen actos desaprobatorios las diferencias de criterio o de opinión entre odontólogos, que manifestadas en forma prudente surjan de la discusión, análisis y tratamiento del paciente».

Art. 16. «Si el disentimiento profesional entre odontólogos tiene contenido ético, la competencia para dirimirlo será de los Tribunales de Ética Odontológica».

Artículo 34. Es deber de todo odontólogo informar, por escrito, al Tribunal Seccional Ético Profesional, de cualquier acto que vaya contra la moral y la ética profesional, cometido por algún colega. (la expresión en negrillas declarada inexecutable. Sentencia C-534 de la Corte Constitucional)

Parágrafo: La Federación Odontológica Colombiana señalará el mecanismo mediante el cual los Tribunales Éticos seccionales se ocuparán de las solicitudes que se presenten en desarrollo de este artículo.

CAPÍTULO V

De las relaciones del odontólogo con el personal auxiliar

Artículo 35. El odontólogo tiene la obligación de proteger la salud del paciente, sin delegar en personas menos calificadas cualquier tratamiento que requiera de su competencia profesional. Debe también prescribir y supervisar el trabajo del personal auxiliar con el interés de procurar al paciente el mejor servicio posible.

Parágrafo: El odontólogo no debe permitir la intervención directa en el paciente del mecánico de laboratorio de prótesis dental.

Artículo 36. El odontólogo no debe aceptar como colaboradores a personas que practiquen ilegalmente la profesión, es su obligación denunciarlas.

CAPÍTULO VI

De la relación del odontólogo con las instituciones

Artículo 37. Las entidades públicas o privadas pueden utilizar los servicios del odontólogo para distintas funciones. La búsqueda o aceptación de cargos estará sujeta a las reglas profesionales, destinadas a salvaguardar la dignidad e independencia del odontólogo, así como también los intereses gremiales o sociales.

Artículo 38. El odontólogo cumplirá a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos, así como el horario de trabajo y demás compromisos a que esté obligado en la institución donde preste sus servicios.

Artículo 39. El odontólogo que labore por cuenta de una entidad pública o privada no podrá percibir honorarios de los pacientes que atiende dentro de esas instituciones.

Artículo 40. Es contrario a la ética suministrar informes falsos o cargar honorarios irreales a cualquier tipo de entidad (gobierno, compañías de seguros, embajadas, cajas de compensación, etc.).

Artículo 41. El odontólogo no aprovechará su vinculación con una institución para inducir al paciente a que utilice sus servicios en el ejercicio privado de su profesión.

CAPÍTULO VII

Requisitos para ejercer la profesión de odontólogo

Artículo 42. Para ejercer la profesión de odontólogo se requiere:

- a) Realizar un (1) año completo de servicio social obligatorio en cualquier área geográfica de la república de Colombia, siendo certificado por el respectivo Servicio de Salud de dicha área o prestar el servicio profesional del odontólogo a particulares de escasos recursos económicos en forma gratuita según lo reglamente el Ministerio de Salud y lo certifique el Médico Director del Hospital del respectivo municipio.
- b) Refrendar el título respectivo ante el Ministerio de Educación Nacional.
- c) Registrar el título ante el Ministerio de Salud.
- d) Cumplir con los demás requerimientos que para los efectos señalen las disposiciones legales.

Parágrafo: El Ministerio de Salud expedirá a cada odontólogo un carné o Tarjeta Profesional que acredite su calidad de tal, y enviará mensualmente a la Federación Odontológica Colombiana una relación completa de los profesionales registrados, con el número correspondiente a su tarjeta profesional.

Artículo 43. El odontólogo egresado de universidad extranjera que aspire a ejercer la profesión en el país, revalidará su título de conformidad con la Ley.

Artículo 44. Constituye falta grave contra la ética, sin perjuicio de las sanciones administrativas, civiles o penales, a que haya lugar, la presentación de documentos

alterados, y/o el empleo de recursos irregulares para el registro del título o para la inscripción del odontólogo.

CAPÍTULO VIII

De las relaciones del odontólogo con la sociedad y el Estado

Artículo 45. El odontólogo deberá fomentar las medidas que beneficien la salud general y bucal de la comunidad.

Artículo 46. El odontólogo deberá participar en la motivación y educación sanitaria, promoviendo los procedimientos generalmente aceptados para mejorar la salud bucodentaria, tanto del individuo como de la comunidad.

Artículo 47. Por cuanto toda agremiación procura con la unión, la fuerza requerida para desarrollar programas que beneficien a la profesión, es recomendable para el odontólogo el que esté afiliado a una asociación científica o gremial.

Artículo 48. El odontólogo colaborará con las entidades gubernamentales en todo lo relacionado con el campo de su profesión, por voluntad propia y siempre que ella le sea solicitada.

CAPÍTULO IX

Publicidad y propiedad intelectual

Artículo 49. Para efectos de placas, membretes o avisos, el odontólogo sólo puede acompañar a su nombre el de la universidad que le otorgó el título y la especialidad, cuando sea el caso, estipulando: especialidad en... (Especialidad) o práctica limitada a... (Especialidad). El uso de caracteres desproporcionados o iluminados, o cualquier sistema similar, es violatorio del presente artículo. La mención de títulos académicos, honoríficos, científicos, o de cargos desempeñados, solamente podrá hacerse en publicaciones de carácter científico. (Inexequible todo el artículo)

Artículo 50. Declarado inexequible. Sentencia No. C355/94 Corte Constitucional 11 de agosto de 1994.

Artículo 51. La formación decorosa de la clientela debe cimentarse en la capacidad profesional y en la honorabilidad.

El odontólogo tiene la obligación de elevar su reputación, gracias a su cumplimiento, juicio y capacidades, y todo ello sólo por medio del servicio prestado a sus pacientes y a la sociedad.

Modificado por la Corte Constitucional en sentencia número C355/94 de 11 de agosto de 1994.

Artículo 52. La difusión de los trabajos odontológicos, científicos e investigativos, podrá hacerse por conducto de las publicaciones científicas correspondientes. Es contrario a la ética profesional hacer su divulgación en forma directa y anticipada por medio de persona no especializada, radiotelefonía, televisión, prensa o cualquier otro medio de información masiva.

Artículo 53. El odontólogo no auspiciará en ninguna forma la publicación de artículos que no se ajusten estrictamente a hechos científicos debidamente comprobados, o los que se presenten en forma que induzcan a error, bien sea por el contenido o por el título de los mismos, o que impliquen una propaganda personal.

Artículo 54. El odontólogo tiene la obligación de participar los resultados de sus investigaciones. La patente y derechos de impresión pueden ser adquiridos por un odontólogo siempre y cuando éstos y la remuneración que se obtenga con ellos no se usen para restringir la investigación, la práctica o el proceso profesional que se deriven del material patentado o impreso. En igual forma, se ajustará a las reglamentaciones sobre propiedad intelectual.

CAPÍTULO X

Consultas y testimonios

Artículo 55. Es contrario a la ética absolver consultas y testimonios públicamente a título personal, bajo cualquier pretexto, haya o no remuneración, sobre asunto relacionado con la odontología y ramas auxiliares, salvo que lo requieran las autoridades competentes. (Declarado inexecutable todo el artículo).

CAPÍTULO XI

Alcance y cumplimiento del Código y sus sanciones

Artículo 56. Las normas del presente Código rigen el ejercicio ético de la odontología. La Federación Odontológica Colombiana, las Facultades de Odontología y las Asociaciones Profesionales velarán por su cumplimiento. Ninguna circunstancia eximirá de su aplicación.

Artículo 57. Las faltas contra lo preceptuado en este Código serán sancionadas de acuerdo con las disposiciones legales vigentes. Por tanto, se considera obligatoria la enseñanza de la ética odontológica en las Facultades de Odontología.

CAPÍTULO XII

Órgano de control y régimen disciplinario

Artículo 58. Reconócese a la Federación Odontológica Colombiana como institución asesora y consultiva del gobierno nacional.

Artículo 59. Créase el Tribunal Nacional de Ética Odontológica, con sede en la capital de la República, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la odontología en Colombia.

Artículo 60. El Tribunal Nacional de Ética Odontológica estará integrado por cinco profesionales de la odontología, elegidos por el Ministerio de Salud de una lista de diez (10) candidatos, de los cuales cinco (5) serán propuestos por la Federación Odontológica Colombiana y cinco (5) por la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO).

Artículo 61. Para ser miembro del Tribunal de Ética Odontológica se requiere: a) gozar de reconocida solvencia moral e idoneidad profesional, b) haber ejercido la odontología por espacio no inferior a quince años, o haber desempeñado la cátedra universitaria en Facultades de Odontología legalmente reconocidas por el Estado, por lo menos durante diez años.

Artículo 62. Los miembros del Tribunal Nacional de Ética Odontológica serán nombrados para un período de dos años, pudiendo ser reelegidos y tomarán posesión de sus cargos ante el Ministerio de Salud.

Conc. D. 491/90. Art. 21. «Durante los dos (2) meses anteriores a la iniciación de un período del Tribunal Nacional de Ética Odontológica, la Federación Odontológica Colombiana y la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología, enviarán las listas de candidatos al Ministerio de Salud.

Artículo 63. En cada departamento, intendencia o comisaría se constituirá un Tribunal Seccional de Ética Odontológica.

Artículo 64. El Tribunal Seccional de Ética Odontológica está integrado por cinco profesionales de la Odontología, elegidos por el Tribunal Nacional de Ética Odontológica, de conformidad con lo establecido en el artículo 63, escogidos de listas presentadas por las seccionales de la F.O.C. correspondientes, cuyo número en cada caso no podrá ser inferior a 11 diez profesionales, salvo cuando en el respectivo territorio no existiere este número con el lleno de las calidades que más adelante se señalan.

Artículo 65. Para ser miembro del Tribunal Seccional de Ética Odontológica se requiere:

- a. Gozar de reconocida solvencia moral e idoneidad profesional.
- b. Haber ejercido la odontología por espacio no inferior a diez años, o haber desempeñado la cátedra universitaria en Facultades de Odontología legalmente reconocidas por el Estado, por lo menos por cinco años.

Artículo 66. Los miembros de los Tribunales Seccionales de Ética Odontológica serán nombrados para un período de dos años, pudiendo ser reelegidos, y tomarán posesión de sus cargos ante la primera autoridad de salud del lugar.

Conc. D. 491/90. Art. 22, 23, 24 y 27.

Art. 22. «Los miembros de los Tribunales de Ética Odontológica ejercerán sus funciones mientras no sean reemplazados».

Art. 23. «El Tribunal Nacional de Ética Odontológica iniciará sus funciones previa apropiación presupuestal y desde la fecha de aprobación del presupuesto por parte del Ministerio de Salud».

Art. 24. «Cuando en el Tribunal Nacional, o Tribunales Seccionales, se produzca vacancia de uno o varios de sus cargos, éstos serán provistos para el período restante por uno de los profesionales que figuran en la lista inicialmente enviada a consideración del Ministerio de Salud, conforme al Artículo 21, o por profesionales escogidos de nuevas listas, a discreción de quien deba hacer el nombramiento o elección».

Art. 27. «Los Tribunales Seccionales de Ética Odontológica iniciarán funciones previa apropiación presupuestal y desde la fecha de aprobación del presupuesto por parte del Ministerio de Salud».

Artículo 67. Los miembros de los Tribunales Ético Profesionales Nacional y Seccionales, deberán pertenecer, si fuere posible, a diferentes especialidades odontológicas.

Artículo 68. El Tribunal Nacional de Ética Odontológica enviará en las oportunidades en que elija tribunales, los nombres de sus integrantes al Ministerio de Salud para que, si lo considera conveniente, manifieste su oposición al nombramiento de cualquiera de los miembros del tribunal sometido a su consideración. El nombramiento se entenderá perfeccionado y considerado en firme si pasados treinta días hábiles, contados a partir de la fecha de recibo de la consulta por parte del Ministerio, éste no se hubiere pronunciado sobre el particular.

Conc. D. 491/90. Art. 25. «En caso de impedimento o recusación de uno o varios de los miembros de los Tribunales de Ética Odontológica, se hará un sorteo entre los odontólogos integrantes de las últimas listas de candidatos para conformar el respectivo Tribunal, que no hayan sido elegidos».

Artículo 69. Los Tribunales Ético Profesionales, en ejercicio de las atribuciones que se les confieren mediante la presente Ley, cumplen una función pública, pero sus integrantes, por el solo hecho de serlo, no adquieren el carácter de funcionarios públicos.

Conc. D. 491/90. Art. 26. «Cuando por cualquier causa sea imposible el funcionamiento de un Tribunal Seccional de Ética Odontológica, el conocimiento de los procesos corresponderá al que señale el Tribunal Nacional».

CAPÍTULO XIII

Del proceso disciplinario ético-profesional

Artículo 70. El proceso disciplinario ético-profesional será instaurado: De oficio, cuando por conocimiento de cualquiera de los miembros del Tribunal se consideren violadas las normas de la presente Ley. Por la solicitud de una entidad pública o privada o de cualquier persona. En todo caso deberá presentarse, por lo menos, una prueba sumaria del acto que se considere reñido con la Ética Odontológica.

Artículo 71. Una vez aceptada la denuncia, el Presidente del Tribunal designará a uno de sus miembros para que se instruya el proceso disciplinario y presente sus conclusiones, dentro de un término no superior a quince días hábiles.

Conc. D. 491/90. Art. 28, 29 y 30.

Art. 28. «Durante la instrucción del proceso, el profesional instructor practicarán todas las pruebas y diligencias que considere necesarias para la investigación. Los testimonios que deba recibir el profesional instructor se harán bajo la gravedad del juramento en la forma establecida por el Código de Procedimiento Penal».

Art. 29. «Las actuaciones dentro del procedimiento disciplinario ético profesional deberán constar por escrito».

Art. 30. «El inculpado podrá solicitar por escrito al instructor las pruebas que considere convenientes, las que se decretarán y practicarán siempre y cuando sean conducentes dentro de la investigación».

Artículo 72. Si en el concepto del Presidente del Tribunal o del profesional instructor, el contenido de la denuncia permite establecer la presunción de violación de normas de carácter penal, civil o administrativo, simultáneamente con la instrucción del proceso disciplinario, los hechos se pondrán en conocimiento de la autoridad competente.

Artículo 73. En todos los casos en que el profesional instructor o el profesional acusado lo consideren indispensable o conveniente, podrán asesorarse de abogados titulados.

Artículo 74. Cuando la naturaleza del asunto así lo exija, el instructor podrá solicitar al Tribunal la ampliación del término señalado para presentar el informe de conclusiones. En tales casos, la prórroga que se concede no podrá exceder de quince días hábiles.

Artículo 75. Presentado el informe de conclusiones, el Tribunal en pleno se ocupará de su conocimiento dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de presentación y podrá, si lo considera conveniente, solicitar la ampliación del informativo señalando término para los efectos, el cual en ningún caso podrá ser superior a quince días.

Conc. D. 491/90. Art. 31, 32 y 33.

Art. 31. «Los Tribunales de Ética Odontológica sesionarán con la asistencia de la mayoría absoluta de sus integrantes».

Art. 32. «Las decisiones de los Tribunales de Ética Odontológica se adoptarán por mayoría absoluta de votos de los profesionales miembros, y serán firmadas por todos ellos. Quien no esté de acuerdo con la decisión tomada, podrá salvar su voto y así lo hará constar».

Art. 33. «En los eventos de caso fortuito o fuerza mayor, si uno de los integrantes no pudiere asistir a las sesiones de los Tribunales, éste será reemplazado por otro profesional que hubiere hecho parte de la lista de aspirantes e integrarlo y que no hubiere sido elegido, o, en su defecto solicitarán a las entidades competentes el envío de una nueva lista».

Artículo 76. Estudiado y evaluado por el Tribunal el informe de conclusiones, se tomará cualquiera de las siguientes decisiones:

a. Declarar que no existe mérito para formular cargos por violación de la Ética Odontológica, en contra del profesional acusado.

b. Declarar que existe mérito para formular cargos por violación de la Ética Odontológica, caso en el cual, por escrito, se le hará saber así al profesional inculcado, señalando claramente los actos que se le imputan y fijando fecha y hora para que el Tribunal en pleno lo escuche en diligencia de descargos.

Parágrafo: La diligencia de descargos no podrá adelantarse antes de los diez días hábiles, ni después de los veinte, contados a partir de la fecha de recibo de la comunicación en la cual se señalan los cargos, salvo en los casos de fuerza mayor.

Artículo 77. Practicada la diligencia de descargos, el Tribunal podrá solicitar la ampliación del informativo, fijando para ello un término no superior a quince días hábiles, o pronunciarse de fondo dentro del mismo término, en sesión distinta a la realizada para escuchar los descargos.

Parágrafo: En los casos de ampliación del informativo como consecuencia de la diligencia de descargos, la decisión de fondo deberá tomarse dentro de los quince días hábiles siguientes al plazo concedido para la práctica de dicha diligencia.

Artículo 78. En lo no previsto en la presente Ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal.

Conc. D. 491/90. Art. 34. «En lo no previsto en la Ley 35 de 1989 y su reglamento, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal».

CAPÍTULO XIV

De las sanciones

Artículo 79. A juicio del Tribunal Ético Profesional, contra las faltas a la Ética Odontológica, de acuerdo con su gravedad o con la reincidencia en ellas, proceden las siguientes sanciones:

- a) Amonestación privada.
- b) Censura, que podrá ser:
 - 1. Escrita, pero privada.
 - 2. Escrita y pública.
 - 3. Verbal y pública.
- c) Suspensión en el ejercicio de la odontología hasta por seis meses.
- d) Suspensión en el ejercicio de la odontología hasta por cinco años.

Conc. D. 491/90. Art. 35, 36, 37, 38 y 39.

Art. 35. «La amonestación privada consiste en la reprensión privada y verbal que se le hace al infractor por la falta cometida».

Art. 36. «Se entiende por censura la reprobación que se hace al infractor por la falta cometida».

Art. 37. «La censura escrita pero privada, se hará mediante la entrega, por parte del Tribunal, de una copia de la decisión del mismo, al infractor sancionado».

Art. 38. «La censura escrita y pública se aplicará mediante la lectura de la decisión en sala plena del Tribunal y será fijada en lugar visible de los tribunales por diez (10) días hábiles y publicada en la revista de la Federación Odontológica Colombiana o en los boletines seccionales. Copia de este acto debe ser enviada al Ministerio de Salud».

Art. 39. «La censura verbal y pública será dada a conocer al infractor, mediante la lectura de la decisión ante la Junta Seccional de la Federación Odontológica Colombiana correspondiente y la fijación de la misma en lugar visible de la sede de los Tribunales por diez (10) días hábiles y publicada en la revista de la Federación Odontológica Colombiana o en los boletines seccionales. Copia de este acto debe ser enviada al Ministerio de Salud.

Artículo 80. El Tribunal Seccional Ético Profesional es competente para aplicar las sanciones a que se refieren los literales a), b), y c) del artículo 79 de la presente Ley.

Cuando a su juicio haya mérito para aplicar la suspensión de que trata el literal d) del artículo 79 dará traslado, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha del pronunciamiento de fondo al Tribunal Nacional para que decida.

Artículo 81. Cuando la sanción consistente en la suspensión de que trata el literal d) del Art. 79 sea enviada por el Tribunal Seccional al Nacional para que decida y este último considere que no hay lugar a su aplicación, devolverá al primero el informativo con el pronunciamiento en que fundamentó su decisión, a fin de que éste proceda a tomar la determinación de su competencia.

Conc. D. 491/90. Art. 40, 41, 42, 43 y 44.

Art. 40. «La decisión que conlleva a imponer como sanción la censura o la suspensión, será transcrita al profesional sancionado, a los Tribunales Nacional y Seccionales, y si es de carácter público será, además, fijada en lugares visibles de las sedes de los Tribunales, Ministerio de Salud y de la Federación Odontológica Colombiana y publicada en la revista de la Federación Odontológica Colombiana o boletines seccionales».

Art. 41. «La sanción disciplinaria se aplicará teniendo en cuenta los antecedentes personales y profesionales del infractor, y las circunstancias atenuantes o agravantes de la falta».

Art. 42. «La reincidencia del profesional en la comisión de la falta dará lugar, por lo menos, a la aplicación de la sanción inmediata superior».

Art. 43. «Para los efectos del artículo anterior, entiéndese como reincidencia la comisión de la misma falta, en dos o más ocasiones durante un período no mayor de un (1) año».

Art. 44. «Las sanciones contempladas en la Ley 35 de 1989, Artículo 79, literales c y d., deberán ser comunicadas al Ministerio de Salud para efectos de su registro».

Artículo 82. De cada una de las sesiones del Tribunal se dejará, por parte de la Secretaría, constancia en actas que se incorporarán al informativo y que serán suscritas por el presidente del Tribunal, el secretario y el declarante, si fuere el caso.

Artículo 83. En contra de las sanciones consistentes en amonestación privada o censura, únicamente es procedente el recurso de reposición ante el respectivo tribunal, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de su notificación.

Artículo 84. La sanción consistente en la suspensión en el ejercicio de la odontología es susceptible del recurso de reposición para ante el tribunal que la impuso, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de su notificación, o del de apelación para ante el Tribunal Nacional de Ética Odontológica dentro del mismo término.

Artículo 85. La sanción consistente en la suspensión de que trata el literal d. del artículo 79 sólo podrá ser impuesta por el Tribunal Nacional Ético-Profesional y en su contra son procedentes los recursos de reposición para ante el mismo Tribunal, dentro de los treinta días hábiles siguientes a la fecha de su notificación de la sanción, o el subsidiario de apelación para ante el Ministerio de Salud, dentro del mismo término.

Artículo 86. Los recursos de reposición y apelación que se interpongan en contra de cualquiera de las providencias a que se refiere la presente Ley, estarán destinados a que aquellas se aclaren, modifiquen o revoquen.

Artículo 87. El Ministerio de Salud, oído el concepto de la Federación Odontológica Colombiana, señalará la remuneración que corresponda a los miembros de los Tribunales Ético-Profesionales y demás personal auxiliar.

Artículo 88. El Gobierno Nacional incluirá en el proyecto de presupuesto de gastos correspondientes a cada vigencia, las partidas indispensables para sufragar los que demande el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 89. Autorízase al Gobierno Nacional para hacer los traslados presupuestales indispensables para dar cumplimiento a la presente Ley.

Artículo 90. Esta Ley regirá desde su sanción:

Dada en Bogotá, D.E., a los ocho (8) días del mes de marzo de mil novecientos ochenta y nueve (1989).

El Presidente del Honorable Senado de la República,

(Fdo.) Ancízar López López

El Presidente de la Honorable Cámara de Representantes,

(Fdo.) Francisco José Jattín Safar.

El Secretario General del Honorable Senado de la República,

(Fdo.) Crispín Villazón de Armas

El Secretario General de la Honorable Cámara de Representantes.

(Fdo.) Luis Lorduy Lorduy

República de Colombia - Gobierno Nacional

Publíquese y ejecútese

Bogotá, D.E., 8 de marzo de 1989

(Fdo.) Virgilio Barco

El Ministro de Hacienda y Crédito Público.

(Fdo.) Luis Fernando Alarcón Mantilla

El Ministro de Educación Nacional.

(Fdo.) Manuel Francisco Becerra Barney

El Ministro de Salud Pública

Eduardo Díaz Uribe

Conc. D. 491/90. Art. 45. «El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial».

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D.E., 27 de febrero de 1990

Virgilio Barco.

LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015

(Febrero 16)

POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

CAPITULO I

Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 3°. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 4°. Definición de Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;

b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;

- c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;
- d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;
- e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;
- f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;
- g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;
- h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;
- i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;
- j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;
- b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;
- c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

d) Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

a) Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;

b) Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;

c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;

e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones;

f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;

g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;

i) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;

j) Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;

k) Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población;

l) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global;

m) Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI);

n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

Artículo 7°. Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo. El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema.

Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;
- b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;
- c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;
- d) A obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud;
- e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;
- f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;
- g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma;
- h) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;
- i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;

- j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;
- k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;
- l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito;
- m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;
- n) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;
- o) A no ser sometido en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;
- p) A que no se trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;
- q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

- a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;
- b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;
- c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;
- d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;
- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;
- f) Cumplir las normas del sistema de salud;
- g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;
- h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;

i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago

Parágrafo 1°. Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos.

Parágrafo 2°. El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo 1°.

Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Parágrafo 1° Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran.

Parágrafo 2°. En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

CAPÍTULO II

Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud

Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

- a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación;
- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;

- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.

El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

Parágrafo 1º. En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma.

Parágrafo 2º. Lo anterior sin perjuicio de la tutela.

Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo,

participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud.

Parágrafo 2°. Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso administrativas.

Parágrafo 3°. Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo, afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas.

Artículo 16. Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.

CAPÍTULO III

Profesionales y trabajadores de la salud

Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad la evidencia científica.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

Artículo 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

CAPÍTULO IV

Otras disposiciones

Artículo 19. Política para el manejo de la información en salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine.

Artículo 20. De la política pública en salud. El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.

De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

Artículo 21. Divulgación de información sobre progresos científicos. El Estado deberá promover la divulgación de información sobre los principales avances en tecnologías costo-efectivas en el campo de la salud, así como el mejoramiento en las prácticas clínicas y las rutas críticas.

Artículo 22. Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud. El Estado deberá establecer una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en Salud, orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Artículo 23. Política Farmacéutica Nacional. El Gobierno Nacional establecerá una Política Farmacéutica Nacional, programática e integral en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción,

compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos, así como los mecanismos de regulación de precios de medicamentos. Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad.

Con el objetivo de mantener la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental a la salud, una vez por semestre la entidad responsable de la expedición del registro sanitario emitirá un informe de carácter público sobre los registros otorgados a nuevos medicamentos incluyendo la respectiva información terapéutica. Así mismo, remitirá un listado de los registros negados y un breve resumen de las razones que justificaron dicha determinación.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de Salud y Protección Social, estará a cargo de regular los precios de los medicamentos a nivel nacional para los principios activos. Dichos precios se determinarán con base en comparaciones internacionales. En todo caso no podrán superar el precio internacional de referencia de acuerdo con la metodología que defina el Gobierno Nacional.

Se regularán los precios de los medicamentos hasta la salida del proveedor mayorista. El Gobierno Nacional deberá regular el margen de distribución y comercialización cuando éste no refleje condiciones competitivas.

Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.

Artículo 25. Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

(Ver Decreto 1793 de 2021; Art. 35)

Artículo 26. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

EL PRESIDENTE DEL H. SENADO DE LA REPUBLICA
JOSÉ DAVID NAME CARDOZO
EL SECRETARIO GENERAL DEL H. SENADO DE LA REPUBLICA
GREGORIO ELJACH PACHECO
EL PRESIDENTE DE LA H. CÁMARA DE REPRESENTANTES
FABIO RAUL AMIN SALEME
EL SECRETARIO GENERAL DE LA H. CÁMARA DE REPRESENTANTES
JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
REPÚBLICA DE COLOMBIA – GOBIERNO NACIONAL
PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

En cumplimiento de lo dispuesto en la Sentencia C-313 de fecha veintinueve (29) de mayo de dos mil catorce (2014) - Sala Plena - Radicación: PE-040, y al Auto 377 del tres (3) de diciembre de dos mil catorce (2014) - Sala Plena -, proferidos por la Honorable Corte constitucional, se procede a la sanción del proyecto de Ley, la cual ordena la remisión del expediente al Congreso de la República, para continuar el trámite de rigor y posterior envío al Presidente de la República.

Dada en Bogotá, D.C., a 16 de febrero de 2014

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

EL MINISTRO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

NOTA: Publicado en el Diario Oficial 49427 de febrero 16 de 2015

LEY 38 DE 1993

(Enero 15)

Diario Oficial No. 40.724, enero 15 de 1993.

Por la cual se unifica el sistema de dactiloscopia y se adopta la Carta Dental para fines de identificación.

EL CONGRESO DE COLOMBIA,

DECRETA:

ARTÍCULO 1º. A partir del 10. de enero de 1993, en todos los consultorios odontológicos, tanto públicos como privados será obligación levantar una Carta Dental, según modelo que se determine en esta Ley.

PARÁGRAFO. El archivo de la Carta Dental será llevado por las entidades de previsión social, las clínicas odontológicas y los consultorios odontológicos.

ARTÍCULO 20. Para fines de identificación de las personas unificase la dactiloscopia según el sistema utilizado por la Registraduría Nacional del Estado Civil, con base en el registro decadactilar.

ARTÍCULO 30. La Registraduría Nacional del Estado Civil al tomar las huellas digitales con el fin de expedir documentos de identidad, lo hará en un formato el cual se conservará en el archivo único de la capital de la República, sin perjuicio de las bases de datos incorporadas a los programas de computador donde se almacena la información para consulta. Esta información podrá conservarse en forma descentralizada, en medio de almacenamiento electrónico u óptico.

La unificación de los registros dactiloscópicos es obligación de todas las entidades del Estado, de acuerdo con lo expresado en el artículo segundo de esta Ley.

PARÁGRAFO. El Registrador Nacional del Estado Civil, podrá reglamentar lo relativo a los elementos básicos, forma y características del documento de identidad y definir el contenido del Registro Civil.

ARTÍCULO 40. En caso de fallecimiento de personas sin identificación que requieran necropsia médico-legal, el funcionario que practica el levantamiento, a más de la descripción de las características físicas, anotará el estado de la dentadura, y ordenará al médico que realice la necropsia, examen y descripción de los dientes.

PARÁGRAFO. Si en el sitio de las diligencias hay servicio odontológico oficial, al respectivo profesional le ordenará la práctica de la Carta Dental adoptado en la presente Ley.

ARTÍCULO 50. Las características físicas y odontológicas de las personas fallecidas sin identificar, así como la descripción de la ropa utilizada serán anotadas en un acta especial que debe ser enviada al respectivo Instituto de Medicina Legal de la capital de cada departamento.

ARTÍCULO 60. El Instituto de Medicina Legal llevará un registro de personas fallecidas sin identificar y establecerá una red de información entre sus diferentes oficinas con el fin de lograr su identificación.

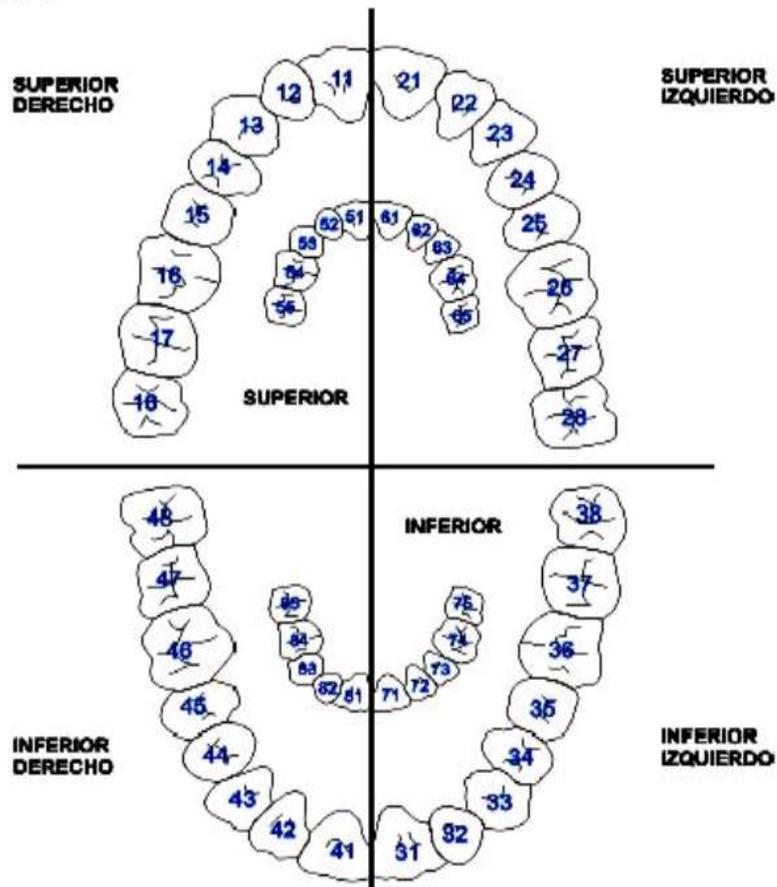
ARTÍCULO 70. Para fines de identificación de las personas adóptese el siguiente esquema de la dentadura:

PARÁGRAFO. La descripción dental señalada como número 1, será llenada por el funcionario que practica la diligencia del levantamiento. La señalada como número 2, será llenada por el médico, en caso de no existir odontólogo, la número 3 será llenada por el odontólogo, o por la auxiliar de odontología, la que será igual a la de la historia clínica odontológica.

ESQUEMA No 1

TIPO DE PROTESIS		DENTADUR A SUPERIOR	DENTADUR A INFERIOR	CON DIENTES MAMARILLO S (oro)	CON DIENTES BLANCO (planito)
TOTAL O CAJA DE DIENTES					
REMOVIBLES (PUENTE)	METALICA				
	ACRILICO				
FIJA	METALICA COLOR				
	PORCELNA				

ESQUEMA No 2



ESQUEMA No 3

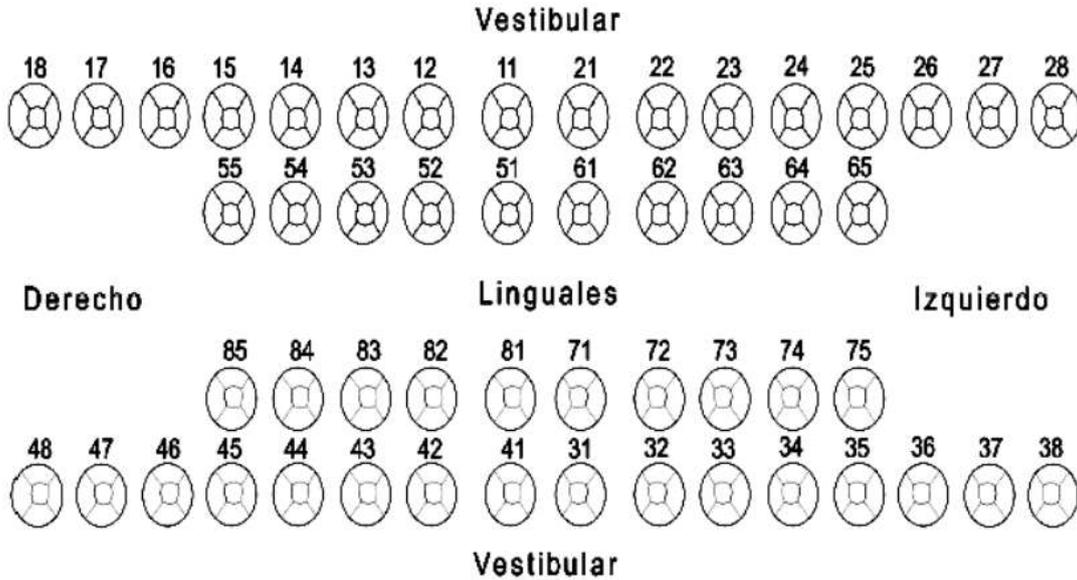
Diente Obturado (azul) amalgama: lleno-resina: rayado

Dientes faltantes (raya horizontal)

Dientes destruidos por caries (rojo)

Dientes destruidos por trauma (negro)

ODONTOGRAMA (para ser lleno por el odontólogo)



CONVENCIONES		NUMERO DE DIENTES AFECTADOS
Diente Sano		
Diente Faltante		
Caries		
Diente obturado con amalgama gris		
Diente con corona		
Diente Fracturado		
Diente con facetas de desgaste		
Diente obturado con resina		
Diente Rotado		
Diente con destrucción coronal completa		
Endodoncia, u otras		

FORMATO UNICO DE CARTA DENTAL CON FINES DE IDENTIFICACION

(Documento público de uso legal que debe conservar la normatividad en cadena de custodia)

O.T. _____ REGISTRO ODONTOLOGICO No: _____ No .PERSONAS EVIDENTIX _____

APELLIDOS _____ NOMBRES _____

No. DOCUMENTO _____ EXPEDIDA EN _____

ESTADO CIVIL _____ NOMBRECÓNYUGE _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NOMBRE DE LA MADRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

SEXO _____ EDAD _____ RH _____ ESTATURA _____

RAZA:

BLANCA _____ NEGRA _____ ORIENTAL _____ MESTIZA _____ INDÍGENA _____

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA _____

TELEFONO _____

PROFESIÓN Y/O

OCUPACIÓN _____

SEGURIDAD SOCIAL (EPS, SISBEN,

LUGAR) _____

CODIFICACIONES

AA	Ausente Antiguo+espacio	DL	Desgaste Leve	OT	Obturación Temporal+sup	EX	Extruido
AP	Ausente Postmortem	DM	Desgaste Moderado Superior	PG	Pigmentación	GR	Gresión
AR	Ausente Reciente	DS	Desgaste Severo Superior	PE	Parcialmente Erupcionado	IN	Intruido
AB	Abrasión	EP	Enfermedad Periodontal	PF	Prótesis Fija	RL	Rotación Leve
AF	Adfracción	ER	Erosión	PI	Pilar	RM	Rotación Moderada
AT	Atrición	FA	Fractura Antigua+superficie	PL	Placa Ortopedia	RS	Rotación Severa
AG	Amalgama + Superficie	FR	Fractura Reciente+superficie	PO	Póntico	I	Incisal
AP	Apiñamiento	FE	Férula	PR	Prótesis Removible	RR	Resto Radicular
C	Caries+sup+grado severidad	FI	Fragmento Imcompleto	PT	Prótesis Total	C	Cervical
CA	Cálculos	HI	Hipoplasia	RR	Recto Redicular	D	Distal
CC	Corona Completa	IE	Incrustación Estética+sup	RG	Retracción Gingival	L	Lingual
CE	Corona Material Estetico	IM	Incrustación Metálica+sup	SA	Sin Alteración	M	Mesial
DA	Diastema	MA	Macrodoncia	SF	Sellante Fosetas y Fisuras	O	Oclusal
DC	Destrucción Coronal	NU	Nucleo	SU	Suoenumerario	P	Palatino
DI	Diente Incluido	OE	Obturación Estética+sup	TP	Talla Preprotesis	V	Vestibular
						VE	Versión

ESTA CARTA DENTAL DEBE SER ARCHIVADA EN LUGAR DIFERENTE A LA HISTORIA CLINICA

Derecho Superior Izquierdo
Inferior

11 51 81 81
12 52 82 82
13 53 83 83
14 54 84 84
15 55 85 85
16 56 86 86
17 57 87 87
18 58 88 88
48 59 89 89
47 60 88 88
46 61 87 87
45 62 86 86
44 63 85 85
43 64 84 84
42 65 83 83
41 66 82 82
79 67 82 82
78 68 81 81
77 69 80 80
76 70 79 79
75 71 78 78
74 72 77 77
73 73 76 76
72 74 75 75
71 75 74 74

EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS
MUCOSA
SURCO MUCOGINGIVAL
FRENILLOS

(Llenar en tinta negra con letra clara y legible, codificaciones adjuntas, no colores)

PISO DE BOCA _____

PALADAR BLANDO _____

ZONA RETROMOLAR _____

EXAMEN DE TEJIDOS PERIODONTALES _____

EXAMEN DE TEJIDOS DUROS

MAXILAR SUPERIOR.

FORMA _____ TAMAÑO _____ HALLAZGOS _____

MAXILAR INFERIOR,

FORMA _____ TAMAÑO _____ HALLAZGOS _____

EXAMEN EXTERNO

(Describir lesiones cicatrices)

BOCA, LABIOS _____

MENTON _____

REGION, PERIBUCAL _____

EXAMEN CRANEOMAXILAR

LINEA MEDIA DENTAL: COINCIDE _____ DESVIACIÓN A LA IZQUIERDA _____ DESVIACIÓN A LA DERECHA _____

PERFIL: RECTO _____ CÓNCAVO _____ CONVEXO _____

PALADAR: PARABOIDE _____ EN U _____ CERRADO _____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

FOTOGRAFIAS: SI ___ NO ___ CUALES _____

RADIOGRAFIAS: SI ___ NO ___ CUALES _____

MODELOS DE ESTUDIO: SI ___ NO ___ CUALES _____

SEÑALES PARTICULARES ODONTOLÓGICAS (Describir tipo de Brackets, arcos, bandas, tornillos, placas, férulas, prótesis total, removible, parcial, fija, tratamiento de endodoncia, cirugías) _____

_____.

(ESTA CARTA DENTAL DEBE SER ARCHIVADA EN LUGAR DIFERENTE A LA HISTORIA CLINICA)

PACIENTE
NOMBRE _____
FIRMA _____
CC _____

INDICE
IZQUIERDO

INDICE
DERECHO

ODONTÓLOGO EXAMINADOR

NOMBRE _____ FIRMA _____
No. DE TARJETA PROFESIONAL _____ EGRESADO _____
FECHA ACREDITACION DEL CONSULTORIO _____

(ESPACIO EXCLUSIVO PARA PERITO)

AUTORIDAD SOLICITANTE _____ No. DE
PROCESO _____
OFICIO PETITORIO _____ M.T. _____ No:
RL _____
FECHA _____ LUGAR _____
NOMBRE PERITO _____
FIRMA _____
CODIGO _____ INSTITUCIÓN _____

RESOLUCION NÚMERO 1995 DE 1999

(Julio 8)

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

EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y en especial las conferidas por los artículos 1, 3, 4 y los numerales 1 y 3 del artículo 7 del Decreto 1292 de 1994 y

CONSIDERANDO

Que conforme al artículo 8 de la Ley 10 de 1990, al Ministerio de Salud le corresponde formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.

Que la Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones

Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

Que el Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoria, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios.

Que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989.

RESUELVE:

CAPÍTULO I

DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES.

a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

b) Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

c) Equipo de Salud. Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

d) Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

e) Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

f) Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.

e) Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

ARTÍCULO 2.- AMBITO DE APLICACIÓN. Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA. Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

ARTÍCULO 4.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO. Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

CAPÍTULO II

DILIGENCIAMIENTO

ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES. La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

ARTÍCULO 6.- APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

PARÁGRAFO PRIMERO. Mientras se cumple el plazo en mención, los prestadores de servicios de salud deben iniciar el proceso de adecuación correspondiente a lo ordenado en el presente artículo.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

ARTÍCULO 7.- NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA. Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

ARTÍCULO 8.- COMPONENTES. Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

ARTÍCULO 9.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO. Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

ARTÍCULO 10.- REGISTROS ESPECÍFICOS. Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

PARAGRAFO PRIMERO. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

PARAGRAFO SEGUNDO. Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

ARTÍCULO 11.- ANEXOS. Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

PARAGRAFO PRIMERO. Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

PARAGRAFO SEGUNDO. A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

PARAGRAFO TERCERO. Los archivos de imágenes diagnosticas que hasta la fecha existen en las Instituciones Prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en el artículo 15 de la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

PARAGRAFO CUARTO. En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia firmada por el usuario, será este último el responsable de la conservación de las mismas.

CAPÍTULO III

ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

ARTÍCULO 12.- OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO. Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO 13.- CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

PARÁGRAFO PRIMERO. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

PARÁGRAFO SEGUNDO. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

PARÁGRAFO TERCERO. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

ARTÍCULO 14.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario.
- 2) El Equipo de Salud.
- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- 4) Las demás personas determinadas en la ley.

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

ARTÍCULO 15.- RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN. La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

ARTÍCULO 16.- SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS. El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

ARTÍCULO 17.- CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO 18.- DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la

firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

CAPÍTULO IV

COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

ARTÍCULO 19.- DEFINICION. Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución.

PARÁGRAFO. El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

ARTÍCULO 20.- FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

- a) Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b) Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- c) Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- d) Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

ARTICULO 21. - SANCIONES. Los Prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

ARTÍCULO 22.- VIGENCIA. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ
Ministro de Salud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
RESOLUCIÓN NÚMERO 839 DE 2017.

(23 MAR) 2017

Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y
LA MINISTRA DE CULTURA

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 25 de la Ley 594 de 2000, y

CONSIDERANDO

Que el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el numeral 30 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, facultan al Ministerio de Salud y Protección Social para expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS. Que bajo el marco normativo vigente para la época, el entonces Ministerio de Salud, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 1995 de 1999, mediante la que se dictaron normas para el manejo de la historia clínica.

Que con posterioridad, la Ley 594 de 2000, Ley General de Archivos, estableció en su artículo 25, la necesidad de reglamentar lo relativo a los tiempos de retención documental, organización y conservación de las historias clínicas, en labor conjunta del sector correspondiente y del Ministerio de Cultura, a través del Archivo General de la Nación, incluidos los documentos producidos por las entidades privadas que presten servicios públicos, como lo es el de salud.

Que el Decreto Ley 019 de 2012, en su artículo 110, contempló algunas disposiciones en relación con el procedimiento que ha de seguirse para la custodia y conservación de la historia clínica en caso de liquidación de entidades del SGSSS, previendo el deber de la correspondiente Entidad Promotora de Salud — EPS, de proceder a su recibo, custodia y conservación hasta por el término normativamente previsto.

Que, de otro lado, mediante la Ley 1712 de 2014 se adoptó la norma de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional, cuyo objeto, según su artículo 1º, es regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.

Que conforme con lo establecido en el literal c) del artículo 5 ibídem, las disposiciones contenidas en dicha ley se aplican a las personas naturales y jurídicas, públicas o privadas que presten servicios públicos, respecto de la información directamente relacionada con la prestación de tales servicios, como lo es el servicio público de salud. Que el artículo 16 de la Ley 1712 de 2014 prevé el deber para los sujetos obligados de asegurar que existan procedimientos claros para la creación, gestión, organización y conservación de sus archivos, conforme con los lineamientos que expida para el efecto el Archivo General de la Nación.

Que la precitada ley fue reglamentada mediante los artículos 44 a 50 del Decreto 103 de 2015, compilados en los artículos 2.1.1.5.4.1 al 2.1.1.5.4.7 del Decreto 1081 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Presidencia de la República, en los que se desarrolla

lo correspondiente al "Programa de Gestión Documental" entendido, según lo allí estatuido, como "el plan elaborado por cada sujeto obligado para facilitar la identificación, gestión, clasificación, organización, conservación y disposición de la información pública, desde su creación hasta su disposición final, con fines de conservación permanente o eliminación". Que el artículo 45 del Decreto 103 de 2015, compilado en el artículo 2.1.1.5.4.2 del Decreto 1081 de 2015, prevé el deber para los sujetos obligados de contar con políticas de eliminación segura y permanente de la información, una vez cumplidos los tiempos de conservación establecidos entre otros, en las tablas de retención documental y conforme con las normas expedidas por el Archivo General de la Nación, disposiciones todas estas concordantes con el artículo 25 de la Ley 594 de 2000.

Que conforme con lo precedente, se hace necesario adoptar disposiciones en relación con el manejo, custodia, tiempos de retención y conservación de las historias clínicas, así como con su disposición final.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, así como reglamentar el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS-, para el manejo de estas en caso de liquidación.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán a las entidades que integran el SGSSS, a las entidades con regímenes especiales y de excepción y demás personas naturales o jurídicas, que se relacionan con la atención en salud. Así mismo, se aplicará a las entidades pertenecientes al SGSSS que se encuentren en proceso de liquidación o se liquiden con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución, a los profesionales independientes que decidan no continuar con la prestación del servicio de salud y a los mandatarios y Patrimonios Autónomos de Remanentes que hayan recibido y tengan bajo su custodia historias clínicas como consecuencia de procesos de liquidación o cierre definitivo de servicios de salud.

CAPÍTULO II

PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA HISTORIA CLÍNICA

Artículo 3. Retención y tiempos de conservación documental del expediente de la historia clínica. La historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Los cinco (5) primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión y los diez (10) años siguientes en el archivo central. Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho

Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegare a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere necesarios.

Cumplidos dichos términos, con miras a propender por la entrega de la historia clínica al usuario, su representante legal o apoderado responsable de su custodia, de forma previa al proceso de disposición final de que trata el artículo siguiente, se publicarán como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional, definidos por la entidad responsable de dicha publicación, con un intervalo de ocho (8) días entre el primer aviso y el segundo, en los que indicará el plazo y las condiciones para la citada entrega, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses más, contados a partir de la publicación del último aviso.

Parágrafo. Las entidades pertenecientes al SGSSS que a la entrada en vigencia de la presente resolución se encuentren en proceso de liquidación y hayan efectuado la publicación de los avisos a que refiere este artículo, no deberán realizar una nueva publicación para efectos de adelantar el proceso de disposición final del expediente de historia clínica de que trata el artículo 4 de esta resolución. Tampoco deberán efectuarla las entidades, mandatarios y Patrimonios Autónomos de Remanentes que, para el mismo momento, hayan recibido y tengan bajo su custodia historias clínicas como consecuencia de procesos de liquidación o cierre definitivo de servicios de salud. Lo anterior sin perjuicio de que, si lo estiman pertinente y en aras de proceder a la entrega de las historias clínicas a los usuarios, realicen nuevamente la publicación de que trata este artículo.

Artículo 4. Disposición final del expediente de historia clínica. La disposición final y la consecuente eliminación de historias clínicas, procederá por parte del responsable de su custodia, siempre que concurran las siguientes condiciones:

4.1 Que se haya cumplido el tiempo de retención y conservación documental de que trata el artículo anterior.

4.2 Que se haya adelantado el procedimiento de publicación a que refiere el artículo 3 de la presente resolución, salvo lo previsto para las entidades a que refiere el parágrafo de dicho artículo.

4.3 Que se haya adelantado la valoración correspondiente, orientada a determinar si la información contenida en las historias a eliminar posee o no valor secundario (científico, histórico o cultural), en los términos establecidos por el Archivo General de la Nación, de lo cual se dejará constancia en un acta, que será firmada por el representante legal de la entidad y por el revisor fiscal cuando a ello haya lugar, acompañada del respectivo inventario en el que se identifique la valoración realizada a cada una de aquellas. En el caso de profesionales independientes, una vez realizado el proceso de valoración, el acta será suscrita únicamente por dicho profesional.

Para las entidades pertenecientes al SGSSS que se encuentren en proceso de liquidación o se liquiden con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución, el acta que contenga el análisis sobre valor secundario, será firmada por el responsable de la

liquidación. En el caso de las entidades que como consecuencia de procesos de liquidación o cierre definitivo de servicios, hayan recibido y tengan bajo su custodia historias clínicas, las referidas actas serán firmadas por el representante legal de la entidad que recibió dichas historias o por quien este delegue. Tratándose de Patrimonios Autónomos de Remanentes, dichas actas serán firmadas por el correspondiente vocero o administrador del Patrimonio Autónomo de Remanentes. En caso de mandato, las actas deberán ser suscritas por el mandatario.

Parágrafo. Cuando de la valoración a que refiere el numeral 4.3 del presente artículo, se identifiquen historias clínicas con valor secundario, estas deberán ser conservadas de forma permanente y su transferencia deberá realizarse en los términos que definan el Archivo General de la Nación y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 5. Procedimiento de eliminación de historias clínicas. Cumplidas las condiciones de que trata el artículo anterior, se procederá a la eliminación de las historias clínicas, así:

5.1. Las entidades públicas seguirán el procedimiento contemplado en el artículo 15 del Acuerdo 004 de 2013 expedido por el Consejo Directivo del Archivo General de la Nación o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

5.2. Las entidades privadas adelantarán el siguiente procedimiento:

5.2.1 Identificarán cada una de las historias clínicas que se vayan a eliminar, de lo cual levantarán un acta denominada "acta de eliminación", indicando la fecha y el número de expedientes a eliminar, que será firmada por el representante legal de la entidad, por el responsable del archivo de historias clínicas y por el revisor fiscal cuando normativamente deba tenerlo. Dicha acta, adicionalmente deberá contener el señalamiento expreso de que se ha cumplido con los tiempos de retención y conservación establecidos en el artículo 3 de esta resolución, a la cual deberá anexarse el acta que contenga el análisis sobre el valor secundario de las historias clínicas.

5.2.2 Elaborarán el inventario documental, de conformidad con el Formato Único de Inventario Documental y su instructivo, reglamentado por el Archivo General de la Nación, el cual deberán publicar en medio de amplia difusión o en su página de internet.

5.2.3 La eliminación de historias clínicas deberá estar respaldada en las tablas de retención o las tablas de valoración documental. Este último instrumento archivístico se elaborará y aplicará cuando posean fondos documentales acumulados, todo acorde a la debida sustentación técnica, legal o administrativa, y consignada en conceptos técnicos emitidos por el Comité de Historias Clínicas.

5.3. Los profesionales independientes adelantarán el siguiente procedimiento:

5.3.1 Identificarán cada una de las historias clínicas a eliminar, de lo cual levantarán un acta denominada "acta de eliminación", indicando la fecha y el número de expedientes a eliminar, que será firmada por el profesional independiente que tenga la custodia, posesión o control de las historias clínicas. Dicha acta, adicionalmente deberá contener el señalamiento expreso de que se ha cumplido con los tiempos de retención y conservación establecidos en el artículo 3 de esta resolución, a la cual, deberá anexarse el acta que contenga el análisis sobre el valor secundario de las historias clínicas.

5.3.2 Elaborarán el inventario documental, de conformidad con el Formato Único de Inventario Documental y su instructivo, reglamentado por el Archivo General de la Nación, que deberán publicar en medio de amplia difusión o en su página de internet.

5.4 Las Entidades en Liquidación o a liquidar y otras entidades aquí indicadas, adelantarán el siguiente procedimiento: Las entidades pertenecientes al SGSSS que se encuentren en proceso de liquidación o se liquiden con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución y las entidades, los mandatos y Patrimonios Autónomos de Remanentes que como consecuencia de procesos de liquidación o cierre definitivo de servicios, hayan recibido y tengan bajo su custodia historias clínicas, deberán:

5.4.1 Identificar cada una de las historias clínicas a eliminar, de lo cual levantarán un acta denominada "acta de eliminación", indicando la fecha y el número de expedientes a eliminar, que será firmada por el liquidador, el representante legal de la entidad que haya recibido las historias clínicas o quien éste delegue, por el mandatario o por el vocero del Patrimonio Autónomo de Remanentes, según corresponda. Dicha acta, adicionalmente deberá contener el señalamiento expreso de que se ha cumplido con los tiempos de retención y conservación establecidos en el artículo 3 de esta resolución, a la cual deberá anexarse el acta que contenga el análisis sobre el valor secundario de las historias clínicas.

5.4.2 Elaborar el inventario documental, de conformidad con el Formato Único de Inventario Documental y su instructivo, reglamentado por el Archivo General de la Nación, que deberán publicar en medio de amplia difusión o en su página de internet.

5.4.3 La eliminación de historias clínicas deberá estar respaldada en las tablas de retención documental o las tablas de valoración documental. Este último instrumento archivístico se elaborará y aplicará cuando posean fondos documentales acumulados, todo acorde a la debida sustentación técnica, legal o administrativa, consignada en los correspondientes conceptos técnicos.

Tratándose de entidades que recibieron historias clínicas como consecuencia del cierre de un proceso de liquidación y que no dispongan de tablas de retención documental y/o tabla de valoración documental, deberán elaborarlas, aprobarlas y obtener convalidación conforme a la normatividad expedida por el Archivo General de la Nación.

Parágrafo 1. Copia del "acta de eliminación" y sus anexos, serán remitidos a la entidad departamental o distrital de salud del domicilio de la entidad o sus sedes o del domicilio del profesional independiente que esté adelantando el proceso de eliminación y a la

Superintendencia Nacional de Salud, quienes la conservarán con el fin de brindar la respectiva información al usuario o a la autoridad que lo solicite. Adicionalmente, las Entidades con regímenes especiales y de excepción, deberán remitir copia del "acta de eliminación", a las entidades y dependencias, que al interior de su estructura, consideren pertinente.

Parágrafo 2. La eliminación se deberá llevar a cabo por series y subseries documentales y no por tipos documentales. Por ningún motivo se podrán eliminar documentos individuales de una historia clínica o una serie, excepto que se trate de copias idénticas o duplicados.

CAPÍTULO III

CUSTODIA, CONSERVACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE LOS EXPEDIENTES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS ANTE LA LIQUIDACIÓN DE UNA ENTIDAD O EL CIERRE DEFINITIVO DEL SERVICIO

Artículo 6. Manejo de los expedientes de las historias clínicas en el proceso de liquidación de una entidad o ante el cierre definitivo del servicio. Las entidades pertenecientes al SGSSS que se encuentren en proceso de liquidación o se liquiden con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución, así como los profesionales independientes que decidan no continuar con la prestación del servicio de salud, en el marco de sus responsabilidades sobre la custodia y conservación de las historias clínicas, deberán proceder a entregarlas a los respectivos usuarios, representantes legales o apoderados de aquellos, antes del cierre de la liquidación o del servicio, esto último para el caso del profesional independiente, de lo cual dejarán constancia teniendo como referente el formato de inventario documental regulado por el artículo séptimo del Acuerdo 042 de 2002, expedido por el Consejo Directivo del Archivo General de la Nación o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Para efecto de dicha entrega, publicarán como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional con un intervalo de ocho (8) días, en los que indicarán el plazo y las condiciones para la entrega, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses más, contados a partir de la publicación del último aviso.

De no ser posible la entrega de la historia clínica al usuario o a su representante legal o apoderado, el liquidador de la empresa o el profesional independiente, levantará un acta con los datos de quienes no las recogieron y procederá a remitirla junto con las historias clínicas, a la Entidad Promotora de Salud a la que se encuentre afiliado el usuario. Copia del acta se remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. Igualmente se remitirá copia de dicha acta a la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, quien deberá conservarla en su archivo a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de qué Entidad Promotora de Salud se encuentra la historia clínica. Las actas deberán ir acompañadas de un inventario documental, en los términos del artículo 7° del Acuerdo 042 de 2002 o las normas que lo modifiquen o sustituyan. Parágrafo. La Entidad Promotora de Salud que reciba la historia clínica deberá conservarla hasta por el término contemplado en el artículo 3 de la presente resolución.

Artículo 7. Expedientes de historias clínicas de personas sin afiliación. Cuando en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6 de la presente resolución, se encuentren historias clínicas de personas sin afiliación a una Entidad Promotora de Salud, estas serán entregadas a la entidad departamental o distrital de salud del domicilio y sede donde se les haya prestado el servicio por parte de la entidad liquidada o en liquidación. En caso del profesional independiente que decida cerrar en forma definitiva el servicio, la historia clínica se entregará en la entidad departamental o distrital de salud del domicilio y sedes donde haya prestado el servicio. La entrega se realizará mediante acta, la cual deberá ir acompañada de un inventario documental, en los términos del artículo 7° del Acuerdo 042 de 2002 o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Artículo 8. Expedientes de historias clínicas en custodia de profesionales independientes que fallezcan. Cuando el profesional independiente fallezca, sus herederos entregarán las historias clínicas a la entidad departamental o distrital de salud del domicilio donde aquél venía prestando sus servicios al momento del fallecimiento o a la entidad departamental o distrital de salud, donde estén ubicadas las sedes en las cuales se prestó el servicio, en el caso de que estas se encuentren en otro departamento o distrito. De este hecho se dejará constancia teniendo como referente el formato de inventario documental regulado por el artículo séptimo del Acuerdo 042 de 2002 o las normas que lo modifiquen o sustituyan, expedido por el Consejo Directivo del Archivo General de la Nación.

Artículo 9. Manejo de historias clínicas por parte de la entidad distrital o departamental de salud para los casos de los artículos 7 y 8 de la presente resolución. La entidad distrital o departamental de salud que reciba historias clínicas en aplicación de los artículos 7 y 8 de esta resolución, deberá adelantar el procedimiento establecido en el inciso 2 del artículo 6 de la presente resolución, para entregar al usuario, su representante legal o apoderado, la correspondiente historia clínica. De dicha entrega se dejará constancia teniendo como referente el formato de inventario documental regulado por el artículo 7° del Acuerdo 042 de 2002, o la norma que lo modifique o sustituya. Ante la imposibilidad de su entrega, la entidad departamental o distrital de salud deberá revisar si el usuario tiene afiliación al SGSSS y, de ser así, procederá a remitir la correspondiente historia clínica a la Entidad Promotora de Salud donde se encuentre dicha afiliación. Para tal fin, levantará un acta que deberá ir acompañada de un inventario documental, en los términos del artículo 7° del Acuerdo 042 de 2002 o la norma que lo modifique o sustituya.

De no ser posible la entrega de la historia clínica al usuario, o su representante legal o apoderado o a la Entidad Promotora de Salud a la que el usuario se encuentre afiliado, la entidad distrital o departamental de salud deberá asumir la custodia y conservación de aquella, hasta por el término previsto en el artículo 3 de la presente resolución.

Parágrafo. Para el cumplimiento de estas actividades, la entidad departamental de salud contará con el apoyo de las entidades territoriales de salud de orden municipal o quienes hagan sus veces, del domicilio donde esté ubicado el usuario.

Artículo 10. Continuidad en la prestación de servicios de salud. Cuando en las instalaciones de una institución prestadora de servicios de salud que ha sido objeto de liquidación, se continúen prestando servicios de salud, quien asuma su prestación deberá recibir las historias clínicas de la entidad objeto de liquidación, en el estado en que se encuentren, custodiarlas y llevar a cabo los procesos de gestión documental que estas requieran, para garantizar la continuidad de la prestación de servicios a la comunidad.

CAPÍTULO IV

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 11. Protección de datos personales. El uso, manejo, recolección, tratamiento de la información y disposición final de las historias clínicas, deberá observar lo correspondiente

a la protección de datos personales, de que trata la Ley 1581 de 2012, sus normas reglamentarias y las disposiciones que las modifiquen o sustituyan.

Artículo 12. Normativa aplicable en el caso de personas naturales o jurídicas que custodian y manejan historias clínicas. Las personas naturales o jurídicas que pese a no tener la calidad de prestadores de servicios de salud, contraten profesionales de la salud para prestar servicios en sus sedes e instalaciones y que como tal, custodien y conserven expedientes de historias clínicas, se sujetarán a lo dispuesto en la presente resolución.

Artículo 13. Sanciones. Los prestadores de servicios de salud y demás destinatarios que incumplan lo establecido en esta resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

Artículo 14. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica en lo pertinente la Resolución 1995 de 1999.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá D.C. a los 23 días del mes de Marzo de 2017
MARIANA GARCÉS CÓRDOBA
Ministra de Cultura.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 3100 DE 2019

(Noviembre 25)

Diario Oficial No. 51.149 de 26 de noviembre 2019

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus atribuciones, especialmente las conferidas en los artículos 173, numeral 3, de la Ley 100 de 1993, 56 de la Ley 715 de 2001, 58 de la Ley 1438 de 2011, y numeral 13 del artículo 20 del Decreto ley 4107 de 2011, y en desarrollo de los capítulos 1, 2, 3 y 7 del Título I de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, y

CONSIDERANDO:

Que en cumplimiento de lo previsto en el parágrafo 1 del artículo 2.5.1.2.2 del Decreto 780 de 2016, el 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 el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, está conformado por cuatro componentes como son: 1. Sistema Único de Habilitación. 2. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. 3. El Sistema Único de Acreditación y 4. El Sistema de Información para la Calidad.

Que mediante la Resolución 2003 de 2014, se definieron los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de servicios de salud, como parte del Sistema Único de Habilitación.

Que durante los cinco años de implementación de la precitada resolución se han presentado avances tecnológicos y expedido normas relacionadas con la prestación de servicios de salud, que impactan el proceso de inscripción de los prestadores y las condiciones, estándares y criterios de habilitación de servicios de salud, por lo que se considera necesario efectuar revisión integral y actualización de la norma.

Que dentro del proceso de actualización se adelantaron reuniones con diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en las que se recibieron recomendaciones sobre aspectos técnicos de la referida resolución.

Que, adicionalmente, mediante Resolución 2654 de 2019 se establecieron las disposiciones para la telesalud y los parámetros para la práctica de la telemedicina en el país, razón por la cual es necesario en la actualización de la presente norma, incluir los procedimientos y

condiciones para la inscripción de los prestadores y la habilitación de los servicios en la modalidad de telemedicina.

Que teniendo en cuenta lo anterior, se requiere definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

CAPÍTULO I.

OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.

ARTÍCULO 1º. OBJETO. La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, en el anexo técnico, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud el cual hace parte integral del presente acto administrativo.

PARÁGRAFO. La presente resolución, incluido el Manual aquí adoptado no establece competencias para el talento humano, dado que las mismas se encuentran definidas en los programas académicos aprobados por el Ministerio de Educación Nacional.

ARTÍCULO 2º. CAMPO DE APLICACIÓN. La presente resolución aplica a:

- 2.1 Las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- 2.2 Los profesionales independientes de salud.
- 2.3 Los servicios de transporte especial de pacientes.
- 2.4 Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud.
- 2.5 Las secretarías de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias
- 2.6 Las entidades responsables del pago de servicios de salud.
- 2.7 La Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO. Están exceptuados de cumplir con lo establecido en la presente resolución, los servicios de salud que se presten intramuralmente en los establecimientos carcelarios y penitenciarios que les aplique el modelo de atención en salud definido en la Ley 1709 de 2014. También están exceptuadas las entidades que presten servicios de salud pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción establecidos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, salvo que estos últimos voluntariamente deseen inscribirse como prestadores de servicios de salud dentro del SOGCS o de manera obligatoria en los casos que deseen ofertar y contratar sus servicios en el SGSSS.

ARTÍCULO 3º. CONDICIONES DE HABILITACIÓN QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Los prestadores de servicios de salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS), deben cumplir las siguientes condiciones

3.1 Capacidad técnico-administrativa.

3.2 Suficiencia patrimonial y financiera.

3.3 Capacidad tecnológica y científica.

PARÁGRAFO 1º. Las condiciones de habilitación, definiciones, estándares y criterios son los establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, el cual hace parte integral de la presente resolución.

PARÁGRAFO 2º. Las instituciones prestadoras de servicios de salud que al momento de su autoevaluación o de la verificación de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, por parte de la secretaría de salud departamental o distrital o de la entidad que tenga a cargo dichas competencias, se encuentren bajo medida especial de intervención forzosa administrativa para administrar por la Superintendencia Nacional de Salud o 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 intervención, de reestructuración o el proceso concordatario.

<Doctrina Concordante INVIMA>

Concepto 16026578 de 2016 INVIMA - Certificado de condiciones del sistema de habilitación

ARTÍCULO 4º. INSCRIPCIÓN Y HABILITACIÓN. Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), registrando como mínimo una sede y por lo menos un servicio habilitado. La inscripción y habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

CAPÍTULO II.

AUTOEVALUACIÓN E INSCRIPCIÓN EN EL REPS.

ARTÍCULO 5º. AUTOEVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN. La autoevaluación es el mecanismo de verificación de las condiciones de habilitación establecidas en el Manual de Prestadores y de Habilitación de Servicios de Salud, que efectúa periódicamente el prestador de servicios de salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS.

La autoevaluación es un requisito en los siguientes casos:

5.1 De manera previa a la inscripción del prestador de servicios de salud y habilitación del o los servicios.

5.2 Durante el cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial del prestador de servicios de salud y antes de su vencimiento.

5.3 Antes del vencimiento del término de renovación anual de la inscripción de que trata el artículo 10 de la presente resolución.

5.4 De manera previa al reporte de las novedades, para aquellas que señale el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Cuando el prestador de servicios de salud realice la autoevaluación a los servicios y evidencie el incumplimiento de una o más condiciones de habilitación, deberá abstenerse de registrar, ofertar y prestar el servicio.

ARTÍCULO 6º. AUTOEVALUACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD CON MEDIDAS DE SEGURIDAD. Los prestadores de servicios de salud que tengan una medida de seguridad que implique el cierre de una o varias sedes o de uno o varios servicios en la entidad territorial donde esté funcionando, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud o la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, y que durante dicha medida se cumpla el término para realizar la autoevaluación, deberán realizarla para los servicios que no se afectaron con la medida en los términos establecidos en el artículo 50 de la presente resolución. Cuando la medida de seguridad de una o varias sedes o de uno o varios servicios, sea levantada y registrada en el REPS, el prestador de servicios de salud dentro de los quince (15) días siguientes realizará la autoevaluación de tales servicios, de no hacerlo en este plazo, le será inactivada su inscripción o habilitación de los servicios afectados por la medida de seguridad de cierre.

Los prestadores de servicios de salud que tengan una medida de seguridad que implique el cierre de la totalidad de las sedes en la entidad territorial donde esté funcionando, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud o la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, y que durante la vigencia de la medida se cumpla el término para realizar la autoevaluación, esta deberá ser efectuada por el prestador y registrada en el REPS dentro de los treinta (30) días siguientes al levantamiento de la medida por parte de la autoridad competente y a su registro en el REPS, de no hacerlo en ese plazo se inactivará el prestador.

Transcurrido un (1) año desde que se cumplió el término para realizar la autoevaluación, sin que la medida sea levantada, se inactivará el prestador.

ARTÍCULO 7º. REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE LA INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL REPS. Para que un prestador de servicios de salud se inscriba y habilite servicios en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), deberá:

7.1 Ingresar a la página web de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, ubicar y seleccionar el enlace de inscripción de prestadores de servicios de salud del aplicativo REPS, y:

7.1.1 Determinar la sede o sedes donde va a funcionar,

7.1.2 Determina el o los servicios a habilitar, la complejidad, la modalidad y la capacidad instalada de acuerdo con los servicios definidos en el REPS.

7.1.3 Diligenciar el formulario de inscripción en el REPS.

7.1.4 Diligenciar la declaración de la autoevaluación por cada uno de los servicios a ofertar.

7.1.5 Imprimir el formulario de inscripción.

7.2 Radicar el formulario de inscripción y el documento de declaración de la autoevaluación del cumplimiento de las condiciones de habilitación ante la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, y los demás soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 8º. PROCEDIMIENTO DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL, O LA ENTIDAD QUE TENGA A CARGO DICHAS COMPETENCIAS. Una vez recibido el formulario de inscripción con los soportes establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias:

8.1 Ingresará a su página web y ubicará en el REPS el formulario de inscripción diligenciado por el interesado

8.2 Verificará que los soportes entregados con el formulario correspondan a los previstos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. En caso de no corresponder, los devolverá al interesado indicando las inconsistencias documentales o la información faltante.

8.3 Asignará el código de inscripción al prestador de servicios de salud si el formulario y los soportes se encuentran completos y cumplen con los requisitos establecidos en la presente resolución.

8.4 Programará y realizará visita de verificación previa o de reactivación, cuando corresponda, de acuerdo con su competencia y conforme a lo establecido en la presente resolución.

8.5 Radicará y registrará la inscripción del prestador de servicios de salud y simultáneamente expedirá la constancia de habilitación y autorizar en el REPS la generación del distintivo de habilitación de los servicios, momento a partir del cual se

considera inscrito el prestador de servicios de salud y habilitado el servicio y podrá ofertar y prestar los servicios de salud.

ARTÍCULO 9º. RESPONSABILIDAD. El prestador de servicios de salud que habilite un servicio es el responsable del cumplimiento y mantenimiento de todos los estándares y criterios aplicables a ese servicio, independientemente que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas que aporten al cumplimiento de estos y de las figuras contractuales o acuerdos de voluntades que se utilicen para tal fin. El servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador de servicios de salud responsable del mismo. No se permite la doble habilitación de un servicio.

ARTÍCULO 10º. VIGENCIA DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REPS. La inscripción inicial de cada prestador de servicios de salud en el REPS tendrá una vigencia de cuatro (4) años contados a partir de la fecha en que la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, haya realizado la inscripción del prestador conforme a lo definido en el numeral 8.5 del artículo 8o de la presente resolución.

La inscripción inicial del prestador podrá ser renovada por el término de un (1) año siempre y cuando haya realizado la autoevaluación y esta haya sido declarada en el REPS durante el cuarto año de inscripción inicial y antes de su vencimiento.

Las renovaciones posteriores tendrán vigencia de un (1) año, previa autoevaluación de las condiciones de habilitación y declaración en el REPS, antes del vencimiento de cada año.

El prestador de servicios de salud cuya inscripción en el REPS haya sido inactivada y desee volver a inscribirse, esta tendrá vigencia de un (1) año, así como sus renovaciones, previa autoevaluación de las condiciones de habilitación y su declaración en el REPS.

PARÁGRAFO 1º. Entiéndase por inscripción inicial aquella que realiza el prestador de servicios de salud que ingresa al REPS por primera vez. La reactivación de la inscripción de un prestador luego de su inactivación no se entiende como inscripción inicial.

PARÁGRAFO 2º. La inscripción del prestador de servicios de salud podrá ser revocada en cualquier momento por la Superintendencia Nacional de Salud o la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, cuando se compruebe el incumplimiento de las condiciones de habilitación o requisitos previstos para su otorgamiento previo el debido proceso.

ARTÍCULO 11º. CONSECUENCIAS POR LA NO AUTOEVALUACIÓN. Se inactivará la inscripción de un prestador de servicios de salud si el mismo no realiza la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados con la declaración en el REPS, dentro del término previsto en la presente resolución, si dicho prestador desea inscribirse y habilitar servicios de salud deberá dar cumplimiento al procedimiento determinado en el artículo 7o de la presente resolución y solicitar visita de reactivación por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, entidad que tendrá seis (6) meses de plazo para la ejecución de la visita de reactivación a partir del momento de la radicación de la solicitud.

Cuando el prestador de servicios de salud no autoevalúe uno o varios de los servicios habilitados y no realice la declaración en el REPS, se inactivarán los servicios no autoevaluados. Para la habilitación de dichos servicios deberá realizar la autoevaluación y

declaración del servicio en el REPS. Para los casos de servicios de alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial y oncológicos, requerirá visita de reactivación por parte de la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, quien tendrá seis (6) meses de plazo para la ejecución de la visita a partir del momento de la radicación de la solicitud.

CAPÍTULO III.

NOVEDADES Y CIERRE DE SERVICIOS.

ARTÍCULO 12. NOVEDADES. Los prestadores de servicios de salud están en la obligación de reportar las novedades que aquí se enuncian, ante la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de cada entidad territorial y, cuando sea el caso para su verificación anexará los soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Se consideran novedades las siguientes, las cuales se encuentran definidas en el Manual anexo a la presente resolución:

12.1 Novedades del prestador de servicios de salud:

- a. Cierre del prestador de servicios de salud.
- b. Disolución y liquidación de la entidad.
- c. Cambio de domicilio.
- d. Cambio de nomenclatura.
- e. Cambio de representante legal.
- f. Cambio de razón social o nombre que no implique cambio de NIT, ni de documento de identidad.
- g. Cambio de datos de contacto (teléfono y correo electrónico).

12.2 Novedades de la sede:

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

12.3 Novedades de servicios:

- a. Apertura de servicio.
- b. Cierre temporal de servicio.
- c. Reactivación de servicio.
- d. Cierre definitivo de servicio.
- e. Apertura de modalidad.

- f. Cierre de modalidad.
- g. Cambio de complejidad.
- h. Cambio de horario de prestación de servicio.
- i. Traslado de servicio.
- j. Cambio de prestador de referencia.
- k. Cambio de especificidad del servicio.

12.4. Novedades de capacidad Instalada:

- a. Apertura de camas.
- b. Cierre de camas.
- c. Apertura de camillas de observación.
- d. Cierre de camillas de observación.
- e. Apertura de salas.
- f. Cierre de salas.
- g. Apertura de ambulancias.
- h. Cierre de ambulancias.
- i. Apertura de sillas.
- j. Cierre de sillas.
- k. Apertura de unidad móvil.
- l. Cierre de unidad móvil.
- m. Apertura de consultorios.
- n. Cierre de consultorios.

ARTÍCULO 13. CIERRE DE SERVICIOS. El prestador de servicios de salud podrá cerrar temporalmente los servicios por un periodo máximo de un (1) año contado a partir del reporte de la novedad “Cierre temporal de servicio”; no obstante, si vencido dicho plazo no reporta la novedad “reactivación de servicio”, este se inactivará en el REPS. Para su apertura, el prestador de servicios de salud debe realizar nuevamente el procedimiento para la habilitación del servicio.

Cuando se trate de servicios de alta complejidad, urgencias, atención del parto, oncológicos y transporte asistencial, el prestador de servicios de salud debe solicitar la visita de reactivación por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

Los prestadores de servicios de salud que vayan a reportar novedades relacionadas con el cierre de uno o más de los servicios de urgencias, atención del parto, hospitalización pediátrica y cuidado intensivo, deben informar por escrito de tal situación a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, y a las entidades responsables de pago con las cuales tengan contrato, mínimo veinte (20) días calendario antes de reportar 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.

CAPÍTULO IV.

VISITAS DE VERIFICACIÓN.

ARTÍCULO 14. VISITA DE VERIFICACIÓN PREVIA. Se requiere visita de verificación previa en los siguientes casos:

14.1 Para habilitar nuevos servicios oncológicos, de urgencias, atención del parto, transporte asistencial y todos los servicios de alta complejidad, esta visita se realiza por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

14.2 Para inscribir una nueva institución prestadora de servicios de salud; esta visita se realiza por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, dentro de los seis (6) meses siguientes al cumplimiento de las condiciones definidas en el numeral 8.4 del artículo 8o de la presente resolución.

14.3 Para cambiar la complejidad de un servicio de baja o mediana complejidad a alta complejidad; esta visita se realizará por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. El servicio continuará prestándose en la complejidad inicial hasta tanto sea habilitado en alta complejidad.

En toda visita de verificación previa, los estándares relacionados con talento humano, historia clínica y registros, procesos prioritarios y medicamentos, dispositivos médicos e insumos, se verificarán con base en la planeación que al respecto tenga el prestador de servicios de salud y no se exigirá el resultado de los referidos estándares.

Si al realizar la visita de verificación previa, el prestador de servicios de salud o el servicio no cumple con las condiciones de habilitación establecidas en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de los Servicios de Salud, la entidad a cargo de la visita registrará en el REPS los resultados y el prestador de servicios de salud deberá iniciar nuevamente el trámite de inscripción del prestador o habilitación del servicio en los términos definidos en la presente resolución.

ARTÍCULO 15. VISITA DE CERTIFICACIÓN. Es realizada por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, con posterioridad a la habilitación de los servicios de salud permite certificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación, se realiza conforme al plan de visitas.

Las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables a los servicios verificados, si cumple dichas condiciones, autorizará al prestador de servicios de salud, a través del REPS, la generación del certificado de cumplimiento de las condiciones de habilitación de los servicios de salud verificados en un plazo máximo de veinte (20) días hábiles contados a partir de la fecha de cierre de la visita.

ARTÍCULO 16. VISITA DE REACTIVACIÓN. La visita de reactivación es realizada por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias y procede en los siguientes casos:

16.1 Cuando una Institución prestadora de servicios de salud se encuentra inactiva en el REPS como consecuencia de no haber realizado la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados y requiere activar su inscripción y habilitación.

16.2 Cuando un prestador de servicios de salud tenga inactivos los servicios de alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial y oncológico, como consecuencia de no haber realizado la autoevaluación de estos y requiera reactivar su habilitación.

16.3 Cuando un prestador de servicios de salud tenga inactivos servicios de alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial y oncológicos como consecuencia de realizar una novedad de cierre temporal de alguno de estos y dejó transcurrir más de un año sin haber gestionado la novedad de activación del o de los servicios y requiera reactivar su habilitación.

En toda visita de reactivación, los estándares relacionados con talento humano, historia clínica y registros, procesos prioritarios y medicamentos, dispositivos médicos e insumos, se verificarán con base en la planeación que al respecto tenga el prestador de servicios de salud y no se exigirá el resultado de los referidos estándares.

ARTÍCULO 17. PLAN DE VISITAS DE VERIFICACIÓN. Las Secretarías de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, con una periodicidad anual, formularán y ejecutarán un plan de visitas a los prestadores de servicios de salud inscritos en el REPS, con el objeto de verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación.

El plan deberá estar formulado a más tardar el 30 de noviembre de la vigencia anterior en la cual será ejecutado y deberá ser registrado en el REPS hasta el 20 de diciembre del mismo año. La Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento del registro del plan, así como su ejecución posterior, para lo cual tendrá acceso al REPS.

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

17.1 Los servicios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

17.2 Los servicios oncológicos habilitados.

17.3 Los servicios oncológicos que reporten alguna de las siguientes novedades: apertura de modalidad, reactivación de servicio o traslado de servicio.

17.4 Los prestadores de servicios de salud que no han tenido visita de verificación desde su inscripción.

17.5 Los servicios para la atención del parto que no hayan sido visitados en los últimos cuatro (4) años inmediatamente anteriores a la formulación del plan de visitas de cada vigencia.

17.6 Los prestadores de servicios que tengan habilitados servicios quirúrgicos de cirugía plástica y estética.

17.7 Los prestadores de servicios que se postulen ante el ente acreditador y no cuenten con certificación de habilitación. La visita de verificación se realizará en un término no mayor a tres (3) meses contados a partir de la solicitud presentada a la secretaría de salud departamental y distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

17.8 Los prestadores de servicios que se postulen para conformar organizaciones funcionales y requieran la certificación de habilitación no mayor a un año. Dicha visita de verificación se realizará en un término no mayor a tres (3) meses contados a partir de la solicitud presentada ante la instancia pertinente.

17.9 Las demás visitas que las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, definan en ejercicio de sus funciones.

Las visitas de verificación de condiciones de habilitación deben ser comunicadas al prestador como mínimo con un (1) día hábil de antelación y por medios físicos o electrónicos. Comunicada la visita de verificación, el prestador de servicios de salud no podrá presentar novedades mientras esta no haya concluido.

El plan de visitas de verificación que definan las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, no excluye la posibilidad de realizar las visitas de verificación que sean necesarias para garantizar la adecuada atención de la población en su jurisdicción, las visitas previas que se requieran o las que surjan en cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control, las visitas que se realicen por alguna de estas situaciones, harán parte del plan de visitas de verificación.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas, durante la vigencia de dicha acreditación, no requerirán visita de verificación de sus condiciones de habilitación salvo aquellas que vayan a realizar la apertura de nuevos servicios de urgencias, oncología, alta complejidad, atención del parto o transporte asistencial, las que deberán contar con visita de verificación previa, de acuerdo con lo establecido en la presente resolución. La información de los prestadores de servicios de salud acreditados estará disponible en el REPS para lo cual este Ministerio dispondrá lo pertinente.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. El plan de visitas que se formule por las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, el 30 de noviembre de 2019 para ser ejecutado en el año 2020, se realizará conforme a lo establecido en la Resolución 2003 de 2014, la Superintendencia Nacional de Salud verificará su cumplimiento en los términos establecidos en dicha norma.

CAPÍTULO V.

DISPOSICIONES GENERALES.

ARTÍCULO 18. EXIGIBILIDAD DE REQUISITOS. Las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, no podrán exigir en el proceso de inscripción, habilitación y verificación, requisitos distintos a los que se establecen en la presente norma. Así mismo, dichas entidades no podrán negar

la certificación de los servicios por el incumplimiento de requisitos distintos a los que se determinan en el presente acto administrativo.

ARTÍCULO 19. GARANTÍA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Cuando por incumplimiento de las condiciones de habilitación se presente el cierre de uno o varios servicios de una institución prestadora de servicios de salud y sea el único prestador de dichos servicios en su zona de influencia, la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en conjunto con el prestador y las entidades responsables de pago, deberán elaborar en un plazo de cinco (5) días, previos al cierre, un plan que permita la reubicación y la prestación de servicios a los pacientes, según sus necesidades y condiciones médicas.

En aquellos casos de cierre de servicios de una institución prestadora de servicios de salud por una intervención forzosa administrativa para liquidar o para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o por actuación administrativa para suprimir y liquidar por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, el prestador que asuma los servicios en el mismo domicilio y sedes, deberá efectuar el procedimiento de inscripción establecido en el artículo 70 de la presente resolución y habilitar los servicios que vaya a continuar prestando ante la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

El procedimiento de inscripción se realizará, siempre y cuando, las entidades responsables de pago que requieran estos servicios en su red para garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud comuniquen por escrito la necesidad de estos a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, entidad que realizará las actividades descritas en los numerales 8.1, 8.2, 8.3 y 8.5 del artículo 80 de la presente resolución.

Se considera inscrito el prestador que cumpla el anterior procedimiento, momento a partir del cual podrá ofertar y prestar los servicios de salud correspondientes y requerirá únicamente visita de verificación de las condiciones de habilitación por Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, la cual se efectuará dentro los seis (6) meses siguientes a la asignación del código de inscripción del prestador de servicios de salud.

ARTÍCULO 20. SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL DE PACIENTES. Los prestadores del servicio de transporte asistencial de pacientes en ambulancias aérea, fluvial o marítima habilitarán el servicio en el departamento o distrito donde esté ubicada la sede que hayan definido. Dicha habilitación producirá efectos en todo el territorio nacional, sin que se requiera inscripción del prestador de servicios de salud en cada una de las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en las cuales vayan a prestar el servicio.

ARTÍCULO 21. RESPONSABILIDAD EN LA VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN. Las Secretarías de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, son las responsables de validar la información que el prestador de servicios de salud registre en el REPS. De presentarse errores en dichos registros, la correspondiente

Secretaría de Salud Departamental o Distrital realizará las correcciones necesarias. Este Ministerio dispondrá lo pertinente en el REPS.

ARTÍCULO 22. GRATUIDAD. La inscripción de los prestadores de servicios de salud y la habilitación de servicios de salud en el REPS son trámites gratuitos.

ARTÍCULO 23. PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA NORMA. La actualización del Sistema Único de Habilitación se realizará mediante el análisis de las condiciones, estándares y criterios allí definidos, de manera permanente y periódica, para lo cual se analizarán los hallazgos y requerimientos del sector, las innovaciones necesarias que permitan disponer de alternativas en la prestación de los servicios, así como la minimización de los riesgos en la prestación de los servicios de salud.

ARTÍCULO 24. PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN Y DEPURACIÓN DE INCONSISTENCIAS PRESENTADAS EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Al detectarse inconsistencias en los registros del REPS, se procederá de la siguiente manera:

24.1 Este Ministerio, comunicará a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, la información correspondiente a los registros presuntamente inconsistentes.

24.2 Dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes al recibo de la comunicación, la Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, comunicará al prestador de servicios de salud para que revise los registros inconsistentes y realice los ajustes requeridos, y verificará que el prestador efectúe los trámites correspondientes en el REPS antes del vencimiento de dicho plazo.

24.3 Si vencido el plazo a que hace referencia el numeral anterior, la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, y el prestador no han realizado los ajustes que subsanen las inconsistencias, o no han informado al Ministerio de Salud y Protección Social las objeciones a las mismas, los servicios de salud se inactivarán automáticamente en el REPS.

24.4 Las objeciones a las presuntas inconsistencias serán revisadas y resueltas por este Ministerio en un plazo no mayor a sesenta (60) días calendario. De considerar procedentes las objeciones, se le informará a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o a la entidad que tenga a cargo dichas competencias. De no ser procedentes, se inactivará en el REPS el servicio sobre el cual se presenta la inconsistencia e informará a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, y estas a su vez deberán informar al prestador. El prestador podrá reactivar el servicio una vez realice los ajustes correspondientes cumpliendo con el trámite establecido en la presente resolución.

ARTÍCULO 25. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. La Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en el marco de sus competencias, vigilarán y controlarán el cumplimiento de la presente resolución.

ARTÍCULO 26. TRANSITORIEDAD. Se establecen como reglas transitorias las siguientes:

26.1 El Ministerio de Salud y Protección Social pondrá a disposición el REPS actualizado en un plazo máximo de doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acto administrativo, momento a partir del cual, los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS con servicios habilitados, contarán con seis (6) meses para actualizar por una única vez el portafolio de servicios y realizar la autoevaluación de las condiciones de habilitación definidas en la presente resolución.

La actualización del REPS estará publicada en la página web de cada Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, ingresando el prestador al enlace de novedades del prestador. Posteriormente, la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, deberá autorizar la expedición de los nuevos distintivos.

Una vez realizada la autoevaluación de las condiciones de habilitación esta tendrá una vigencia de un año. La siguiente autoevaluación deberá realizarse antes del vencimiento de dicho periodo, tal y como se dispone en el numeral 5.3 del artículo 50 de la presente resolución.

Los prestadores de servicios de salud que estén dentro de los cuatro (4) años de inscripción inicial, deberán realizar la autoevaluación en los términos definidos en el párrafo anterior manteniendo el tiempo que falte para cumplir los cuatro (4) años.

26.2 Desde la entrada en vigencia de la presente norma hasta la actualización del REPS prevista en el numeral 26.1 del presente artículo, los prestadores de servicios de salud no requerirán realizar la autoevaluación que debían presentar por el vencimiento de su inscripción.

26.3 A las visitas de verificación que adelanten las Secretarías de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, a los prestadores de servicios de salud inscritos con servicios habilitados, desde la entrada en vigencia de la presente norma hasta la autoevaluación de las condiciones de habilitación en los términos definidos en el numeral 26.1 del presente artículo, se les aplicará las condiciones de habilitación contempladas en la Resolución 2003 de 2014, o las previstas en la presente resolución, siempre y cuando el prestador lo manifieste al momento de la apertura de la visita, de lo cual se deberá dejar constancia en el acta de apertura de la visita.

26.4 Una vez realizada la autoevaluación de servicios definida en el numeral 26.1 del presente artículo toda visita de verificación a los prestadores de servicios de salud inscritos con servicios habilitados deberá realizarse aplicando las condiciones de habilitación contempladas en la presente resolución.

26.5 Las instituciones prestadoras de servicios de salud que al momento de entrar en vigencia la presente norma hayan solicitado o las que lo hagan durante el año siguiente, la evaluación del cumplimiento de los estándares para la acreditación ante el ente acreditador, podrán presentar, como soporte de visita de verificación ante dicho organismo, la última certificación que le haya expedido la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. Vencido dicho término, deberán presentar la certificación de verificación expedida por la Secretaría

de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, correspondiente a la vigencia que determine el organismo acreditador.

26.6 Los prestadores con servicios habilitados de fisioterapia o terapia física, fonoaudiología o terapia del lenguaje, terapia ocupacional, terapia respiratoria o vacunación, tendrán un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución para cumplir las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, que hace parte integral de la presente resolución. Vencido dicho término, el prestador deberá realizar la autoevaluación en los términos definidos para los servicios de terapias y vacunación.

ARTÍCULO 27. VIGENCIA Y DEROGATORIA. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones 2003 de 2014, 5158 de 2015, 226 de 2015 y 1416 de 2016.

Publíquese y cúmplase.
Dada en Bogotá, D. C., a 25 de noviembre de 2019.
Ministro de Salud y Protección Social,
Juan Pablo Uribe Restrepo.