


| | | | |
|---|-------------------------|-------------|-----------------|
|  | CIRCULAR EXTERNA | | |
| | CÓDIGO: F-PDD05-04 | VERSIÓN: 01 | FECHA: 11-02-10 |

Página 1 de 4

D- 172

PARA: EAPB Entidades Administradoras de Plan de Beneficios que operan en el Departamento de Nariño.

DE: DIRECCION

ASUNTO: REPORTE EXTRAORDINARIO DE INFORMACION- REQUERIMIENTO No.1-Superintendencia Nacional de Salud.

FECHA: MAYO 31 DE 2013

En cumplimiento de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control del Ente Territorial Departamental otorgadas por leyes 715 de 2001, 1122 de 2007 Y 1438 de 2011 insta a todas las Entidades Administradoras de Plan de Beneficios que operan en el Departamento de Nariño que en cumplimiento del Requerimiento 1 de la Superintendencia Nacional de Salud del 2 de Mayo de 2013, es de obligatorio cumplimiento reportar la información solicitada por la Superintendencia Delegada para la atención en Salud, y que textualmente cita:

El Artículo 2° del Decreto 1485 de 1994, establece que las Entidades Promotoras de Salud, en desarrollo de las responsabilidades, ejercerán entre otras, la siguiente función:

"ARTICULO 2o. RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.
Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:


d. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud..."

El Artículo 6° del Decreto 1020 de 2007, desarrolla la Organización de la Prestación de Servicios de Salud y establece en cabeza de la respectiva Entidad Prestadora de Servicios de Salud del Régimen Subsidiado, - EPS-S -, la obligación de organizar una Red de Prestadores de Servicios de Salud, para garantizar a su población afiliada entre otros, la integralidad, continuidad y calidad de la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Para los efectos que corresponden a continuación se transcribe el referido artículo:

"Artículo 6°. Organización de la prestación de servicios a cargo de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS. Las EPS, para garantizar la integralidad, continuidad y calidad de la prestación de servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de servicios a su cargo, deberán organizar una red de prestadores que tenga en cuenta, como mínimo, los siguientes aspectos:



| | | | |
|---|-------------------------|-------------|-----------------|
|  | CIRCULAR EXTERNA | | |
| | CÓDIGO: F-PDD05-04 | VERSIÓN: 01 | FECHA: 11-02-10 |

1. Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la población afiliada, con el cálculo de la demanda potencial de servicios del plan de beneficios de los afiliados por municipio.

2. El modelo de prestación de servicios definido por la EPS, que incluya los elementos establecidos en el sistema único de habilitación de dichas entidades.

3. Los servicios habilitados por parte de las empresas sociales del Estado y de otras instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, en el área de residencia de los afiliados.

4. El cálculo de la relación entre la oferta de prestadores con la demanda potencial de servicios.

5. Sin perjuicio de lo establecido en el Sistema único de habilitación de EPS definido en la normatividad correspondiente, los estándares de calidad y de acceso que concertará con los prestadores, que incluya:

- a) Los procesos de atención en salud.
- b) Las metas de cobertura de servicios y oportunidad en la atención.
- c) Los procedimientos de verificación de derechos, autorización de servicios, formas y canales de comunicación con la entidad para trámites administrativos y para el contacto en caso de atención urgente o programada.

6. El sistema de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red.


7. La identificación de los mecanismos de pago en la contratación de prestación de servicios que promuevan el equilibrio contractual, incentiven la calidad y acceso a la prestación de servicios y la racionalidad en el uso de los recursos.

Parágrafo. En la conformación de la red no se utilizarán mecanismos de intermediación entre las EPS y los prestadores de servicios de salud."

Por su parte, el artículo 17 del Decreto 4747 de 2007 estableció el procedimiento de referencia y contrarreferencia, el cual dispuso:

"ARTÍCULO 17. PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.



| | | | |
|---|-------------------------|-------------|-----------------|
|  | CIRCULAR EXTERNA | | |
| | CÓDIGO: F-PDD05-04 | VERSIÓN: 01 | FECHA: 11-02-10 |

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitir hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

PARÁGRAFO. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso."

La Superintendencia Nacional de Salud a través de la Circular Única, señaló la obligación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de reportar información referente a la contratación y organización de la red de prestadores de acuerdo al Plan de Beneficios que ofrezca cada tipo de entidad, y teniendo en cuenta el anexo técnico de la Circular.


El anexo de la Circular, por su parte señala cuales son los archivos que deben diligenciar las EAPB, con la información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud, estos son:

- Archivo Tipo 28. Identificación del contratante - contratista tipo de red
- Archivo Tipo 29. Contratos suscritos por la administradora.
- Archivo Tipo 30. Área de cobertura por contrato realizado.
- Archivo Tipo 31. Servicios de Salud.

Ahora bien, la Circular señala que el reporte de la anterior información, se hará semestralmente, con cortes a 30 de junio y 31 de diciembre.

No obstante lo anterior, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud en virtud de las competencias conferidas por la Ley 100 de 1993, la ley 1122 de 2007, el Decreto 1018 de 2007, estima conveniente hacer a través del presente requerimiento, una solicitud de reporte extraordinario de los Archivos Tipo 28, 29, 30 y 31 a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que operan en todo el territorio nacional, del período 01 de enero de 2013 a 30 de abril de 2013.



| | | | |
|---|-------------------------|-------------|-----------------|
|  | CIRCULAR EXTERNA | | |
| | CÓDIGO: F-PDD05-04 | VERSIÓN: 01 | FECHA: 11-02-10 |

Para cumplir con el presente requerimiento se otorga un término de 5 días hábiles, el cual es improrrogable, a partir de la expedición del presente requerimiento.

La Superintendencia Nacional de Salud a través de su página web habilitará el link de recepción cargue de vigilados, para un cargue extraordinario del período enero 2013 a abril 2013, para que se adelante el correspondiente cargue de la información.

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



SANDRA ROCA GARAVITO
Superintendente Delegada para la Atención en Salud.

La presente Circular se encuentra publicado en las páginas web – www.idsn.gov.co / eje aseguramiento.

Firmado,

(ORIGINAL FIRMADA)

ELIZABETH TRUJILLO MONTALVO
DIRECTORA IDSN

| | | | |
|--|------------------------------|--|------------------------------|
| Proyectó: LINA RIVERA Contratista SCA.A Revisó: MARIO CABRERA Profesional Universitario SCA.A | | Revisó: JAVIER ANDRES RUANO GONZALEZ Subdirector de Calidad y Aseguramiento | |
| Firma | Fecha: 31 de Mayo de 2013 | Firma | Fecha: 31 de Mayo de 2013 |

