

Ministerio de Salud y Protección Social

Resolución 1441 de 2016

(Abril 21 de 2016)

Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

El Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios Encargado de las Funciones del Despacho del Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de las facultades legales, en especial, las conferidas en los artículos 2º numerales 14 y 30, del [Decreto-ley 4107 de 2011](#), 42 numeral 42.14 de la [Ley 715 de 2001](#), 13 de la [Ley 1384 de 2010](#), 62 y 64 de la [Ley 1438 de 2011](#), y en desarrollo de los artículos 180 de la [Ley 100 de 1993](#), 13 de la [Ley 1751 de 2015](#), 6º de la [Ley 1733 de 2014](#), y 65 de la [Ley 1753 de 2015](#) y el Decreto 613 de 2016, y

CONSIDERANDO:

Que en desarrollo de las Leyes [1122 de 2007](#), [1438 de 2011](#), [1751 de 2015](#) y 1753 de 2015 este Ministerio expidió la Resolución 429 de 2016 que adopta la Política de Atención Integral en Salud.

Que dicha Política desarrolla específicamente el mandato de la [Ley 1753 de 2015](#), que en su artículo 65 estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la [Ley 1751 de 2015](#), Estatutaria en Salud y demás leyes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, bajo el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud, para ajustarse a las necesidades territoriales mediante modelos diferenciados para zonas con población urbana, rural y dispersa.

Que la Política de Atención Integral en Salud cuenta con un marco estratégico y un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Que el artículo 5° de la Resolución 429 de 2016, estableció que el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), comprende 10 componentes así: caracterización de la población, regulación de rutas integrales de atención en salud, implementación de la gestión integral del riesgo en salud, delimitación territorial, redes integrales de prestadores de servicios de salud, redefinición del rol del asegurador, redefinición del esquema de incentivos, requerimientos y procesos del sistema de información, fortalecimiento del recurso humano en salud y fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento. Que el componente de redes integrales de prestadores de servicios de salud, se define "(...) como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud".

Que de otra parte, la [Ley 1384 de 2010](#) estableció acciones para la atención integral del cáncer en el país, disponiendo en el artículo 13 el deber por parte de las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, de responder por la organización y gestión integral de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecidos por este Ministerio y conforme lo dispuesto en la citada ley.

Que con base en la norma anterior, se expidió la Resolución 1419 de 2013, por medio de la cual se establecieron parámetros y condiciones para la organización integral de las redes de prestación de servicios oncológicos a cargo de las EPS.

Que igualmente la [Ley 1438 de 2011](#) que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispuso en los artículos 61 a 64 que la prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado, que las entidades territoriales en coordinación con las EPS, a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo y que estas redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el hoy Ministerio de Salud y Protección Social fijando los criterios a partir de los cuales se realizará la reglamentación para su habilitación.

Que conforme con lo previsto en el artículo 6° de la [Ley 1733 de 2014](#) las Entidades Promotoras de Salud (EPS), están en la obligación de garantizar a sus afiliados la prestación del servicio de cuidado paliativo en caso de una enfermedad en fase terminal, crónica, degenerativa, irreversible y de alto impacto en la calidad de vida con especial énfasis en cobertura, equidad, accesibilidad y calidad dentro de su red de servicios en todos los niveles de atención por niveles de complejidad, de acuerdo con la pertinencia médica y los contenidos del Plan Obligatorio de Salud.

Que la Resolución 518 de 2015 dicta disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas previendo en los numerales 11.2.1 y 11.3.1., respecto de los departamentos y distritos y municipios, respectivamente, que "(...) La formulación y ejecución del PIC se realizará de manera articulada y complementaria a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (...)".

Que los artículos, 11 en su párrafo y 14 ibídem, determina que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, bajo los principios de complementariedad y concurrencia, deberán coordinar con la entidad territorial que las actividades incluidas en el POS se realicen de manera complementaria y articulada al PIC y apunten al logro de los resultados en salud a lo largo del curso de vida, definidos en el Plan Territorial de Salud y que la contratación del PIC departamental, distrital y municipal, se contratarán con las instituciones que tengan capacidad técnica y operativa, de acuerdo con los criterios previstos en dicho acto administrativo.

Que la Corte Constitucional en Sentencia C-313 de 2014, precisa la diferencia de "Redes integradas" y "Redes integrales", siendo la primera, aquella que guarda relación con sistemas interinstitucionales que desprenden la idea de varias entidades compartiendo un orden funcional, más no el propósito de atender la demanda en salud en todos los ámbitos; y la segunda, aquellas que en su estructura cuentan con las instituciones y tecnologías para garantizar la cobertura global de las contingencias que se puedan presentar en materia de salud.

Que en virtud de lo anteriormente expuesto, se hace necesario reglamentar la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y dictar otras disposiciones acordes con el desarrollo de dicha política.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), en el marco de la

Política de Atención Integral en Salud (PAIS), determinando su conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación, así como, adoptar el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud" que hace parte integral del presente acto administrativo.

Artículo 2º. Campo de aplicación. Las disposiciones previstas en la presente resolución van dirigidas a:

2.1. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, a las Entidades Adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que operan en regímenes contributivo y/o subsidiado, independientemente de su naturaleza jurídica.

2.2. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

2.3. Las Entidades Municipales de Salud.

2.4. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

2.5. La Superintendencia Nacional de Salud.

2.6. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), independiente de su naturaleza jurídica.

Parágrafo 1º. Se exceptúan de la aplicación de la presente resolución las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) y las entidades que administran los Regímenes de excepción y especiales, sin perjuicio de la obligación de garantía y accesibilidad a los servicios que le corresponde.

Parágrafo 2º. Cuando se utilice la expresión EPS en la presente resolución, se está haciendo referencia a cada una de las entidades de que trata el numeral 2.1 del presente artículo.

Artículo 3º. Definiciones. Para efectos de la presente resolución se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

3.1. Certificado de renovación de habilitación. Es el documento que expide la Superintendencia Nacional de Salud a través del módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud en adelante el módulo de redes, de conformidad con el cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia para la renovación de la habilitación de las RIPSS.

3.2. Constancia de habilitación. Es el documento emitido por la Entidad Departamental o Distrital de Salud a través del módulo de redes, de conformidad con el análisis de las propuestas de RIPSS presentada por la EPS y que determina el cumplimiento de los estándares y criterios de entrada para la habilitación de las RIPSS.

3.3. Componente primario y componente complementario de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS). Se tendrán como definiciones del componente primario y complementario las establecidas en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) adoptada mediante Resolución 429 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya.

3.4. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Conforme lo definido en la Resolución 429 de 2016, es el Modelo operacional de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que a partir de las estrategias definidas, adopte las herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.

3.5. Organización funcional de servicios de salud. Se refiere a formas de organización de los servicios a habilitar por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, para la disposición y provisión de servicios de salud con

el fin de garantizar la atención en salud de manera accesible, oportuna, continua, integral, y resolutive, en los componentes primario o complementario de la Red. Las organizaciones funcionales de servicios de salud serán: (i) prestadores primarios para el componente primario; y (ii) unidades funcionales para el componente complementario de la red.

3.6. Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Son una herramienta que define las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

3.7. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS). Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud.

3.8. Red de Prestación de Servicios Oncológicos. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud para la atención integral de cáncer, en lo correspondiente a la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, para garantizar el acceso y

la atención oportuna, continua, integral y resolutive, como parte de las RIPSS.

3.9. Red de Urgencias. Es el conjunto articulado de servicios habilitados por Prestadores de Servicios de Salud para la atención de urgencias, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, como parte de las RIPSS.

CAPÍTULO II

Estándares y Criterios para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS)

Artículo 4°. Estándares para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS). Para la habilitación de las RIPSS, las EPS deberán cumplir en cada departamento o distrito donde estén autorizadas para operar, con los siguientes estándares:

4.1. Estándar de conformación y organización de la RIPSS. Comprende el análisis de la demanda de necesidades de atención en salud de la población afiliada a la EPS y de la oferta de los servicios de salud disponible al interior del departamento o distrito donde esté autorizada para operar, así como también, la organización de la red, la definición de los procesos, mecanismos, instrumentos y metodologías que soportan su coordinación y gestión operativa y la voluntad expresa de los prestadores para proveer los servicios a la población de referencia.

En la conformación y organización de las RIPSS, un prestador puede hacer parte de una o más redes, de conformidad con su disponibilidad, suficiencia y capacidad instalada.

4.2. Estándar de operación de las RIPSS. Son los mecanismos que utilizará e implementará cada EPS, para desarrollar la gestión de la prestación de los servicios de salud garantizando procesos para la articulación de acciones del PIC y el POS, la disponibilidad de información como soporte del

componente asistencial, administrativo y logístico de la red y la actualización continua del talento humano, así como, para la planeación, organización, ejecución y control de las RIPSS conformadas.

4.3. Estándar de seguimiento y evaluación de la RIPSS. Son los mecanismos, instrumentos y metodologías para el monitoreo continuo y el mejoramiento de la gestión de las RIPSS, así como también, para su evaluación, con base en lo establecido en los numerales 4.1. y 4.2. del presente artículo.

Artículo 5°. Criterios de entrada de los estándares. Corresponden a los estándares de habilitación indispensables para garantizar la prestación de los servicios, en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y resolutivez a la población a cargo de la EPS, así como también, su articulación con las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) que desarrolla la entidad territorial en la cual operara la Red Integral de Prestación de Servicios de Salud; por lo tanto el cumplimiento de los mismos es obligatorio dentro de los procesos de verificación.

Artículo 6°. Criterios de permanencia de los estándares. Corresponden a los estándares de habilitación que la RIPSS deberá cumplir de manera ininterrumpida para garantizar la prestación de los servicios, en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y resolutivez a la población a cargo de la EPS, así como también, su articulación con las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas que desarrolla la entidad territorial en la cual operara la Red Integral de Prestación de Servicios de Salud; por lo tanto el cumplimiento de los mismos es obligatorio dentro de los procesos de verificación.

Artículo 7°. Manual de Habilidadación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS). Los criterios de entrada y permanencia de los estándares para la habilitación de las RIPSS, se desarrollan en el "Manual de Habilidadación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud".

CAPÍTULO III

Procedimiento para la habilitación y renovación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS)

Artículo 8°. Procedimiento para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS). Para la habilitación de las RIPSS, se seguirá el siguiente procedimiento:

8.1. Autoevaluación. Una vez se disponga del módulo de redes, la EPS realizará para cada departamento o distrito donde esté autorizada para operar, la verificación interna del cumplimiento de los estándares definidos en el artículo 4 de la presente resolución, así como, los criterios de entrada para la habilitación desarrollados en el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud". Para el efecto, se realizará la declaración correspondiente en dicho módulo y elaborará los documentos técnicos para dar cumplimiento a los estándares y criterios a ser verificados y evaluados por la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud.

8.2. Declaración de la autoevaluación. Una vez cumplido lo anterior, a través del módulo de redes, la EPS cargará los documentos y los soportes definidos en el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud", y seleccionará en el módulo de redes los prestadores, organizaciones funcionales de servicios de salud y los servicios que harán parte de la propuesta de RIPSS, en el departamento o distrito donde esté autorizada para operar. Sólo podrán registrarse prestadores que estén inscritos y los servicios u organizaciones funcionales de servicios de salud habilitados en el REPS.

8.3. Habilitación por la entidad departamental o distrital de salud. Una vez la EPS realice la declaración de autoevaluación en el módulo de redes, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes, analizará la propuesta y verificará el cumplimiento de los estándares y criterios de entrada para habilitación. De considerar procedente la propuesta, dentro del mismo término deberá presentarla ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, quien expedirá el acta, la cual se

cargará en el módulo de redes. Dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al cargue del acta, habilitará la RIPSS de la EPS y emitirá la Constancia de Habilitación a través del módulo de redes.

De no considerar procedente la propuesta y determinar el incumplimiento de los estándares y criterios de habilitación por parte de la EPS, la Entidad Departamental o Distrital de Salud indicará las causas del mismo, a través del módulo de redes.

En este caso, la EPS deberá subsanar las causales de incumplimiento dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al cargue de la información de no cumplimiento, en dicho módulo; una vez la EPS cargue la información correspondiente, la Entidad Departamental o Distrital de Salud deberá determinar si la EPS ha subsanado las causales de incumplimiento, lo cual realizará en los quince (15) días hábiles siguientes. De considerarlo procedente, y dentro de dicho término, la presentará ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, quien expedirá el acta correspondiente, la cual se cargará en el módulo de redes. Dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al cargue del acta, la Entidad Departamental o Distrital de Salud habilitará la RIPSS de la EPS y emitirá la constancia de habilitación a través del módulo de redes.

Cuando la EPS no subsane las causales de incumplimiento o no se considere procedente la información cargada por la EPS para subsanar el incumplimiento, la Entidad Departamental o Distrital de Salud se abstendrá de expedir la constancia de habilitación para la RIPSS objeto de incumplimiento y procederá a reportar, a través del módulo de redes, a la Superintendencia Nacional de Salud, la cual deberá adoptar las medidas pertinentes con respecto a la EPS, de acuerdo con sus competencias y procedimientos en la materia.

Artículo 9º. Habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) por la Superintendencia Nacional de Salud. Si vencidos los términos establecidos en el numeral 8.3 del artículo 8º la Entidad Departamental o Distrital de Salud no cumple con lo allí dispuesto o no

considera procedente la información cargada por la EPS para subsanar el incumplimiento, se trasladará a la Superintendencia Nacional de Salud, mediante el módulo de redes, en el estado en el que esté el procedimiento, quien adelantará el trámite de habilitación o no de la RIPSS de la EPS, en un plazo no superior a sesenta (60) días hábiles siguientes a la recepción del traslado, término en el que podrá solicitar la información que estime pertinente.

De considerar procedente la propuesta de RIPSS presentada por la EPS, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al término establecido, o antes si ello ocurriera, a través del módulo de redes se habilitará la RIPSS de la EPS y emitirá la Constancia de Habilitación.

En caso de ser negada la habilitación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se entenderá que la RIPSS no cumple con los estándares, criterios y procedimientos para la conformación, organización, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las RIPSS, por lo que la Superintendencia Nacional de Salud deberá adoptar las medidas pertinentes de acuerdo con la normatividad y sus competencias, con respecto a la EPS responsable del incumplimiento.

Artículo 10. Vigencia de la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS). La habilitación de las RIPSS tendrá una vigencia de cinco (5) años, a partir de su habilitación a través del módulo de redes, sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de seguimiento al cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia de Red y de inspección, vigilancia y control, adopte las medidas pertinentes sobre la habilitación.

Artículo 11. Procedimiento para la renovación de la habilitación. Durante el quinto año de habilitación y antes del vencimiento de la misma, la EPS deberá renovar la habilitación de la RIPSS, para lo cual realizará el siguiente procedimiento:

11.1. Autoevaluación. Cada EPS realizará, en forma previa a la renovación de la habilitación de las RIPSS para cada departamento o distrito donde esté

autorizada para operar, la autoevaluación de los estándares de permanencia definidos en el Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.

11.2. Declaración de Autoevaluación. La EPS una vez realizada la autoevaluación del cumplimiento de los criterios de permanencia, conforme a lo señalado en el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud", declarará el cumplimiento de los mismos en el módulo de redes y cargará los documentos requeridos como soporte para la verificación in situ, definidos en los estándares y criterios de permanencia.

11.3. Verificación de cumplimiento. Una vez la EPS realice la declaración de autoevaluación en el módulo de redes, la Superintendencia Nacional de Salud, con el acompañamiento de la Entidad Departamental o Distrital de Salud según corresponda, deberá realizar la verificación in situ, mediante selección aleatoria de los componentes de la RIPSS en el territorio (municipios y distritos), del cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia de la RIPSS y registrará el resultado de dicha verificación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes en el módulo de redes.

11.4. Renovación de la Habilitación. La Superintendencia Nacional de Salud dentro de los quince (15) días hábiles siguientes determinará el cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia, aprobará la renovación de la habilitación de la RIPSS para la EPS, y expedirá el Certificado de Renovación de la Habilitación a través del módulo de redes. La renovación de la habilitación tendrá una vigencia de cinco (5) años.

En caso que se determine el incumplimiento de los estándares y criterios de permanencia, la Superintendencia Nacional de Salud indicará las causas de incumplimiento, dentro del término anteriormente indicado y lo registrará a través del módulo de redes. En este caso, la EPS deberá adelantar el trámite pertinente para subsanar las causales de incumplimiento dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a dicho registro y efectuar el correspondiente reporte en el módulo de redes.

La Superintendencia Nacional de Salud deberá verificar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, que por parte de la EPS se hayan subsanado las causales del incumplimiento. De ser así dentro del mismo término, la Superintendencia Nacional de Salud aprobará la renovación de la habilitación de las RIPSS para la respectiva EPS y expedirá el correspondiente Certificado de Renovación de la Habilitación a través del módulo de redes.

En caso que la EPS no subsane el incumplimiento o de negarse la renovación de la habilitación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, esta entidad deberá adoptar las medidas pertinentes, de acuerdo con sus competencias y procedimientos en la materia, de lo cual deberá dejar constancia en el módulo de redes.

Parágrafo. Lo anterior sin perjuicio de las demás actuaciones que se realicen por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento de sus funciones de seguimiento al cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia de RIPSS, y de Inspección, Vigilancia y Control.

Artículo 12. Módulo de Redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Este Ministerio dispondrá de un módulo de redes en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y sus aplicativos, para el registro de la información concerniente al proceso de habilitación de las RIPSS.

Artículo 13. Novedades en el Módulo de Redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Las EPS tienen la obligación de reportar en el módulo de redes, las novedades que a continuación se establecen, por cada RIPSS habilitada:

13.1. Entrada de un prestador a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.

13.2. Salida de un prestador de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.

13.3. Entrada de una unidad funcional a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.

13.4. Salida de una unidad funcional de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.

13.5. Entrada de un prestador primario a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.

13.6. Salida de un prestador primario de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.

13.7. Inclusión de servicio(s) de un prestador a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.

13.8. Retiro de servicio(s) de un prestador a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.

Parágrafo 1º. Las novedades deberán reportarse en las condiciones definidas en el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud".

Parágrafo 2º. En el evento que se presenten controversias en el trámite y aceptación de novedades en la conformación, organización y actualización de la RIPSS y éstas no sean resueltas por el departamento o distrito, se deberá acudir a la Superintendencia Nacional de Salud, la cual resolverá de fondo, dentro de sus competencias legales en la materia.

CAPÍTULO IV

Responsabilidades

Artículo 14. Responsabilidades en la conformación, organización, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS). Las responsabilidades de las entidades en el

proceso conformación, organización, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las RIPSS están distribuidas de la siguiente manera:

14.1. Ministerio de Salud y Protección Social. Corresponde el Ministerio de Salud y Protección Social garantizar la disponibilidad y continua actualización del módulo de redes en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y sus correspondientes aplicativos, para uso de los integrantes del Sistema de Salud.

14.2. Entidades Promotoras de Salud (EPS). Corresponde a las EPS:

a) Diseñar y organizar la RIPSS en cada territorio del país en el cual cuente con la autorización para operar, de acuerdo con lo establecido en el numeral 3.7. de la presente resolución y en lo pertinente de la Resolución 429 de 2016;

b) Realizar los trámites para su habilitación ante cada Dirección Departamental o Distrital donde esté autorizada para operar, conforme a los estándares, criterios y procedimientos definidos el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud;

c) Gestionar y operar la RIPSS;

d) Realizar seguimiento y evaluación de la RIPSS;

e) Atender los requerimientos de la Superintendencia Nacional de Salud, para obtener el certificado de renovación de habilitación de cada RIPSS.

14.3. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Corresponde a las IPS:

a) Suscribir acuerdos de voluntades con EPS, según corresponda en cada caso;

b) Desarrollar las acciones necesarias y suficientes para garantizar el cumplimiento de los compromisos contractuales establecidos con las EPS y/o con las entidades territoriales.

14.4. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud Departamentales y Distritales. Corresponde a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud Departamentales y Distritales conocer sobre las propuestas de RIPSS presentadas a su consideración por parte de la entidad territorial de salud.

14.5. Entidades Departamentales y Distritales de Salud. Les corresponde a las entidades departamentales y distritales de Salud:

a) Analizar las propuestas de RIPSS presentadas por la EPS;

b) Socializar con los municipios de su jurisdicción las acciones tendientes a garantizar que las RIPSS diseñadas, organizadas, gestionadas y operadas por las EPS cubran las necesidades de salud de la población;

c) Determinar el cumplimiento de los estándares y criterios de entrada para la habilitar y autorizar la expedición de la constancia de habilitación de las RIPSS en el módulo de redes, conforme a los estándares, criterios y procedimientos definidos el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud";

d) Coordinar con otras entidades territoriales, la habilitación de las RIPSS gestionadas y operadas por las EPS, en territorios con zonas limítrofes, en los aspectos pertinentes;

e) Acompañar a la Superintendencia Nacional de Salud en la verificación del cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia de la RIPSS, para la renovación de la habilitación.

14.6 Entidades Municipales de Salud. Corresponde a las entidades municipales de salud:

- a) Participar en las actividades que convoque la Entidad Departamental de Salud;
- b) Facilitar la información solicitada por parte de la Entidad departamental de salud;
- c) Acatar las disposiciones de la correspondiente Entidad Departamental de Salud en materia de habilitación, de las RIPSS.

14.7. Superintendencia Nacional de Salud. Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud:

- a) Realizar la verificación del cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia de las RIPSS habilitadas a cada EPS en los departamentos y distritos en los que estén autorizadas a operar, conforme a los estándares, criterios y procedimientos definidos en el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud";
- b) Aprobar la renovación de la habilitación de la RIPSS para la EPS;
- c) Realizar la habilitación de RIPSS cuando se presenten las situaciones definidas en el artículo 9 de la presente resolución.

Artículo 15. Vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento de la presente resolución. Las entidades departamentales, distritales y municipales de Salud podrán generar y comunicar alertas a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que esta proceda a realizar las acciones pertinentes.

CAPÍTULO V

Disposiciones finales

Artículo 16. Transitoriedad. La EPS que se encuentre habilitada a la fecha de entrada en vigencia de la presente resolución, deberá adelantar el

procedimiento de habilitación de las RIPSS, definido en la presente resolución, en un plazo no superior a doce (12) meses contados a partir de la fecha en la cual esté dispuesto el módulo de redes por parte de este Ministerio. Si vencido el plazo anterior no se ha culminado el trámite de habilitación referido en la presente resolución, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas que estime de pertinentes con respecto a la EPS y a la correspondiente entidad territorial, de acuerdo con sus competencias y procedimientos en la materia.

Artículo 17. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de su publicación y suprime la expresión “las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes” de los artículos 3, 4, 5 y 8 de la [Resolución 1419 de 2013](#).

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 21 de abril de 2016.

**El Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
Encargado de las Funciones del Despacho del Ministro de Salud y
Protección Social,
Fernando Ruiz Gómez.**

MANUAL DE HABILITACIÓN DE REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE
SERVICIOS DE SALUD

INTRODUCCIÓN

ESTRUCTURA DEL PROCESO DE HABILITACIÓN

1. Estándares y criterios de entrada para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
2. Procedimiento para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
 - 2.1. EPS
 - 2.2. Entidades Departamentales y Distritales de Salud
 - 2.3. Superintendencia Nacional de Salud
3. Estándares y criterios de permanencia de la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
4. Procedimiento para la renovación de la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
 - 4.1. EPS
 - 4.2. Superintendencia Nacional de Salud
5. Procedimiento para la gestión de novedades de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
 - 5.1. EPS
 - 5.2. Entidad Departamental o Distrital de Salud
 - 5.3. Superintendencia Nacional de Salud

INTRODUCCIÓN

El presente manual de habilitación contiene los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las RIPSS por parte de las EPS como responsables de los procesos de diseño, organización, gestión, seguimiento y evaluación de la Red para garantizar el proceso de atención en salud a la población a su cargo, en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, oportunidad, calidad y resolutivez, con disponibilidad y suficiencia de la oferta.

La habilitación de las RIPSS estará a cargo de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud y la expresión de la participación social y comunitaria se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. De otra parte, la renovación y el seguimiento de las condiciones de habilitación de las RIPSS, la realizará la Superintendencia Nacional de Salud.

ESTRUCTURA DEL PROCESO DE HABILITACIÓN

Los principios que guían la formulación de los estándares de habilitación de las Redes, son los siguientes:

a) Fiabilidad: La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea;

b) Sencillez: La formulación de los estándares, criterios y la verificación, son fáciles para entender y su aplicación permite evaluar los procesos de conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación de las RIPSS de las EPS y verificar su cumplimiento por las autoridades competentes;

c) Esencialidad: Todos los estándares y criterios son indispensables, suficientes y necesarios para garantizar la prestación de los servicios en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y resolutivez.

1. Estándares y criterios de entrada para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

Los estándares de habilitación expresan los criterios indispensables para garantizar la prestación de los servicios, en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y resolutiveidad a la población a cargo de la EPS, por lo tanto el cumplimiento de los mismos es obligatorio dentro de los procesos de verificación.

Los estándares de habilitación de la RIPSS son:

- 1.1. Conformación y organización de la Red.
- 1.2. Operación de la Red.
- 1.3. Seguimiento y evaluación de la Red.

Los anteriores estándares están definidos en el artículo 4º de la presente Resolución.

1.1. ESTÁNDAR DE CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA RED

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
1.1.1. Valoración y dimensionamiento de la Demanda de la población afiliada en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, conforme a la Política de Atención Integral en Salud.	<p>Verificar:</p> <p>Capítulo en Documento de propuesta de conformación, organización y gestión de la Red propuesta, que contenga la caracterización, estimación y análisis de la demanda de la población afiliada a la EPS, en el Departamento (por municipio) o Distrito donde está autorizada para operar.</p> <p>Para lo anterior tendrá en cuenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Las estimaciones <i>ex ante</i> (a gestionar) para las actividades de protección específica y detección temprana para los grupos de riesgo definidos de la población afiliada; b) La demanda efectiva de servicios de salud; c) La Demanda agregada (a gestionar y efectiva). <p>Para lo anterior, la EPS deberá utilizar una metodología o instrumentos que dispongan para el efecto que permitan especificar los contenidos mínimos a ser verificados. Una vez el Ministerio de Salud y Protección Social defina las herramientas (metodologías e instrumentos) deberán ser utilizadas para la estimación, análisis y gestión de la Demanda.</p>	<p>Análisis de disponibilidad, suficiencia, completitud y análisis de brechas, en Documento de propuesta de conformación, organización y gestión de la Red propuesta que contenga:</p> <p>Para cada Departamento o Distrito autorizada para operar, definir y especificar: Caracterización y estimación de la demanda (<i>ex ante</i>, efectiva y agregada) de la población afiliada a la EPS, en el Departamento (por municipio) o Distrito donde está autorizada para operar, anualizada y para un mismo periodo, así:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Demanda <i>ex ante</i>: a partir de los riesgos gestionados y a aquellos a gestionar conforme a Rutas Integrales de Atención y la población a cargo en este periodo (anualizada) tomando como referencia las bases de información dispuestas en Sispro para la EPS, por cada municipio y las actividades de Protección Específica y Detección Temprana (PEDT) a realizar, según segmentos (Resolución 4505 de 2012) o la norma que la modifique, sustituya o adicione; b) Demanda efectiva real: para el periodo (anual) con información oficial más reciente; y las estimaciones de la demanda esperada para un periodo (anualizada), utilizando los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Demanda agregada para el periodo (anual) con información oficial más reciente; tomando como referencia los resultados de la demanda <i>ex ante</i> y la demanda, efectiva real, para el mismo periodo.

<p>1.1.2. Valoración y dimensionamiento de la Oferta de servicios en condiciones de disponibilidad, suficiencia y completitud, para atender las necesidades en salud de su población a cargo.</p>	<p>Verificar: Capítulo en Documento de propuesta de conformación, organización y gestión de la Red propuesta que analice la disponibilidad, suficiencia y completitud de la oferta de servicios habilitada en el territorio (Departamento o Distrito) autorizada para operar a la EPS. Para lo anterior tendrá en cuenta: 1.1.2.1. La identificación de la oferta de servicios habilitados en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar 1.1.2.2. La disponibilidad y suficiencia de la Red integral de prestadores de servicios de salud, a partir de sus servicios habilitados donde la mayor parte de estos se encuentren en el Departamento o Distrito, frente a las necesidades de la población (incluyendo, los grupos de riesgo definidos por la Política de Atención Integral en Salud). 1.1.2.3. La completitud de la Red integral de prestadores de servicios de salud a partir de la identificación de la capacidad instalada actual, la requerida y las posibles brechas para la prestación de servicios de salud. Para lo anterior, la EPS deberá utilizar una metodología o instrumentos que permitan verificar que la propuesta de Red presentada garantiza disponibilidad, suficiencia y completitud, en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar (o justificar debidamente cuando ello no sea posible). Una vez el Ministerio de Salud y Protección Social disponga de la información (en el módulo de redes, así como las Herramientas (metodología e instrumentos), deberá utilizarlos para la estimación de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la Red integral de prestadores de servicios de salud, en los territorios autorizados para operar.</p>	<p>Análisis de disponibilidad, suficiencia, completitud y análisis de brechas, en Documento de propuesta de conformación, organización y gestión de la Red propuesta que contenga: Para cada Departamento o Distrito autorizada para operar, definir y especificar: a) Análisis de la oferta disponible de servicios de salud habilitados (teniendo en cuenta modalidad de atención y grados de complejidad) en el Departamento o Distrito a través del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. (Decreto 1011 de 2006 y Resolución 2003 de 2014 o la norma que lo modifique, sustituya o adicione); b) Análisis de la Suficiencia de la Oferta de la Propuesta de Red para el Departamento o Distrito autorizada para operar para Demanda ex ante a gestionar conforme a las Rutas de Atención Integral, conforme a actividades de obligatorio cumplimiento (Incluye oncológicos); c) Análisis de la Suficiencia de la Oferta Habilitada Disponible en el Departamento o Distrito autorizada para operar para demanda efectiva real o esperada (incluye urgencias y dolor y cuidado paliativo), conforme a frecuencias de uso y parámetros de Calidad esperados (Oportunidad, continuidad, integralidad). Estimación de los diferenciales de oferta y demanda (Brechas) y la Oferta que se incluye en la Propuesta de Red requerida para suplir con su correspondiente justificación.</p>
---	---	---

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
	<p>Verificar:</p> <p>Capítulo en Documento de propuesta de conformación, organización y gestión de la Red propuesta que plantee la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud para cada territorio (Departamento o Distrito) autorizada para operar a la EPS.</p> <p>Para lo anterior tendrá en cuenta:</p> <p>1.1.2.4. La organización y conformación de la Red integral de prestadores de servicios de salud, en el territorio autorizada para operar a la EPS, en el componente primario y en el componente complementario, incluyendo la atención integral en cuidados paliativos, donde la mayor parte de éstos se encuentran disponibles en el área o territorio definido, así:</p> <p>El componente primario, por Municipio, se podrá organizar a través de:</p> <p>a) Un conjunto de servicios definidos como primarios, habilitados por diferentes prestadores (públicos, privados o mixtos), en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, que contribuyen a la adecuada operación de las Redes integrales organizadas y gestionadas por la EPS, de acuerdo con su función de gestión del riesgo en salud, para su población afiliada;</p> <p>b) Prestadores primarios habilitados (públicos, privados o mixtos), que cuentan con el conjunto de servicios primarios habilitados y que cumplan además con los estándares y criterios de habilitación que para ellos defina el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>c) La combinación de los anteriores, según la disponibilidad y suficiencia de la oferta habilitada</p> <p>El componente primario, debe incluir la identificación y definición de las puertas de entrada para la atención en la Red de conformidad con la normatividad vigente, para cada una de las opciones descritas en el criterio, cuando aplique; al igual que justificar los servicios incluidos en la conformación y organización de este compo-</p>	<p>Planteamiento de la conformación y organización de la Red integral de prestadores de servicios de salud, para cada Departamento (por Municipio) o Distrito autorizada para operar.</p> <p>Para cada Departamento o Distrito autorizada para operar, definir y especificar:</p> <p>a) Componente Primario (general, incluyendo lo correspondiente a la atención integral en cuidados paliativos); con sus puertas de entrada y servicios primarios fuera del respectivo municipio (o Departamento, según justificación);</p> <p>b) Componente Complementario (general, incluyendo lo correspondiente a la atención integral en cuidados paliativos); y servicios complementarios fuera del respectivo Departamento o Distrito (según justificación);</p> <p>c) Componente Primario (Urgencias y oncológicos); con sus puertas de entrada y servicios primarios fuera del respectivo municipio (o Departamento, según justificación);</p> <p>d) Componente Complementario (urgencias y servicios oncológicos); y servicios complementarios fuera del respectivo Departamento o Distrito (según justificación).</p> <p>El capítulo se soportará en la información disponible a nivel nacional a través del REPS (Servicios, organizaciones funcionales, Redes y capacidad instalada) y utilizando la metodología de análisis de diferenciales de oferta y demanda.</p> <p>La conformación y organización de las RIPSS, deberá ser soportada en la información disponible y diligenciada a través del módulo de redes, dispuesto para tal fin por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Luego de realizar lo anteriormente mencionado se consolida el documento de propuesta de conformación, organización y gestión de las RIPSS que contenga análisis de:</p> <p>a) Demanda;</p>

	<p>nente, que están por fuera del municipio. El componente complementario, dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario, las cuales son garantizadas por prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de mediana y alta complejidad. Debe a su vez justificar los servicios incluidos en la conformación y organización de este componente, que están por fuera del Departamento o Distrito.</p> <p>Para todo lo anterior, la EPS deberá utilizar una metodología o instrumentos que permitan verificar que la propuesta de Red presentada garantiza disponibilidad, suficiencia y completitud, en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar (o justificar debidamente cuando ello no sea posible). Una vez el Ministerio de Salud y Protección Social disponga de la información (en el módulo de redes, así como las Herramientas (metodología e instrumentos), deberán utilizarse para la estimación de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la Red integral de prestadores de servicios de salud, en los territorios autorizadas para operar.</p>	<p>b) Disponibilidad, suficiencia y completitud de la Red;</p> <p>c) Organización de la Red en el componente primario y complementario, de Urgencias y Oncológicos, incluyendo los servicios para la atención integral del cuidado paliativo, para el respectivo Departamento o Distrito autorizada para operar a la EPS.</p> <p>Lo anterior debe tener en cuenta los componentes de la Política de Atención Integral en Salud, relacionados con Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) y la gestión integral del riesgo en salud.</p>
	<p>Verificar:</p> <p>1.1.2.5. La Red integral de prestadores de servicios de salud conformada y organizada en el componente primario y en el componente complementario en el Departamento o Distrito donde esté autorizada la EPS para operar, cuenta con la Red de urgencias, de conformidad con la normatividad vigente.</p> <p>a) El componente primario cuenta con servicios de urgencias de baja complejidad habilitados; organizados funcionalmente y accesibles a la población afiliada;</p> <p>b) El componente complementario, cuenta con: los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad habilitados y organizados funcionalmente y accesibles a la población afiliada;</p>	

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
	c) Cuenta con Red de transporte y de comunicaciones, de conformidad con las condiciones geográficas de la población afiliada.	
	<p>1.1.2.6. La Red integral de prestadores de servicios de salud cuenta con la Red de prestadores de servicios Oncológicos, organizada, teniendo en cuenta que: El componente complementario, esté conformado y organizado por: Unidades Funcionales de Cáncer de Adulto Unidades de Atención de Cáncer Infantil, de conformidad con la regulación que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>En los casos que en términos de disponibilidad y suficiencia, en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, no se cuente con Unidades Funcionales de Cáncer de Adulto y Unidades de Atención de Cáncer Infantil, o la capacidad de éstas sea insuficiente para una atención oportuna, continua e integral, la EPS, con la debida justificación, deberá disponer y organizar los servicios oncológicos requeridos para la atención de su demanda, en los componentes primario y complementario.</p>	

	<p>Verificar:</p> <p>1.1.2.7. La planeación y definición de planes de contingencia, cuando se requieran, para garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud, en casos de eventos generados por:</p> <p>a) Cambios en la demanda asociada a emergencias, desastres, brotes epidémicos, u otras afectaciones en la población, que aumenten la demanda de servicios; teniendo en cuenta, si lo hay, los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de lo contrario, aquellos que resulten procedentes según situaciones;</p> <p>b) Cambios en la Oferta: cierre de prestadores, afectación de capacidad instalada, talento humano u otras novedades;</p> <p>c) Cambios conjuntos en la Oferta y Demanda.</p> <p>Los planes de contingencia deben contener: (i) el diagnóstico de la amenaza, la vulnerabilidad, el riesgo, y los recursos que pueden emplearse; (ii) los objetivos del plan, según la capacidad operativa; (iii) la asignación de prioridades en la distribución de los recursos; y (iv) las medidas tendientes al desarrollo de rutinas que se conozcan y se practiquen antes de un evento determinado.</p> <p>1.1.2.8. La existencia de cartas de intención o acuerdos de voluntades o contratos vigentes para la prestación de servicios de salud dentro la Red, conforme a las exigencias de la Política de Atención Integral en Salud.</p>	<p>Documentos de planes de contingencia (generados por variaciones en la Demanda o en la Oferta o ambas) para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, incluyendo la Red de urgencias. Lo anterior, considerando, entre otros, la Circular 083 de 2010 y sus anexos técnicos o la norma que para el efecto se expidan, modifiquen, sustituyan o adicionen.</p> <p>Soportes documentales de los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Propuesta de Red presentada respecto a:</p> <p>a) Cartas de intención; o</p> <p>b) Acuerdos de voluntades; o</p> <p>c) Contratos vigentes.</p> <p>Los soportes documentales referidos deben, al menos: (i) indicar los servicios a suministrar en la Propuesta de Red; (ii) las condiciones de articulación, responsabilidades a cumplir dentro de la misma por los Prestadores vinculados, conforme a los estándares y criterios que la Red debe cumplir para ser habilitada y bajo la coordinación de la EPS; (ii) las condiciones pactadas en el caso de Acuerdos de voluntades o Contratos vigentes, de conformidad con lo establecido en los artículo 5º, 6º y 7º del Decreto 4747 de 2007, o la norma que lo modifique, sustituya o adicione.</p>
<p>1.1.3. Instancias y mecanismos de coordinación técnica y operativa y el diseño, planificación e implementación del sistema de referencia y contrarreferencia.</p>	<p>Verificar:</p> <p>1.1.3.1. La existencia de una Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta en la EPS, para cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, conforme a la Política Integral de Atención en Salud.</p> <p>1.1.3.2. La existencia de procedimiento documentado de referencia y contrarreferencia de los pacientes, con responsabilidades claras y mecanismos de coordinación entre prestadores de la Red y con la EPS, que garanticen accesibilidad, oportunidad y continuidad de la atención, de acuerdo a la política integral de Atención Integral en Salud y la normatividad vigente; incluyendo la articulación con el CRUE del Departamento o Distrito donde se halle autorizada a operar la EPS.</p>	<p>Documento que soporte la constitución, conformación, funciones, manual técnico operativo y mecanismos de seguimiento y evaluación de la gestión de la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta, para la Red organizada, conformada y a gestionar por la EPS, en cada Departamento o Distrito autorizada para operar.</p> <p>Documento donde se especifique el sistema de referencia y contrarreferencia que se define e implementa para la Red Conformada y Organizada, de conformidad con el artículo 17 del Decreto 4747 de 2007, o las normas que lo modifiquen sustituyan o adicionen.</p>

1.2. ESTÁNDAR DE OPERACIÓN DE LA RED

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
1.2.1. Procesos y procedimientos soportados en información para la gestión de la Red integral de prestadores de servicios de salud.	Verificar: 1.2.1.1. La existencia de procedimientos y mecanismos asistenciales y administrativos soportados en plataformas de información, para la gestión de la Red:	En lo referente al modo de verificación de los procedimientos y mecanismos asistenciales soportados en plataformas de información, para la gestión de la Red, se debe garantizar que estos estén adoptados de acuerdo a lo siguiente:

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
	<p>Asistenciales:</p> <p>a) Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS);</p> <p>b) Guías, normas técnicas y protocolos de atención en salud, conforme a la demanda identificada; incluyendo lo pertinente a oncológicos y a la atención integral de cuidados paliativos;</p> <p>c) Acceso y gestión de datos clínicos, por parte de la EPS, los prestadores y usuarios de la Red;</p> <p>Administrativos:</p> <p>a) Procedimientos y mecanismos de contratación, recepción de cuentas, reconocimiento y pago de servicios de prestadores, conforme a condiciones y términos definidos en la normatividad vigente;</p> <p>b) Procedimientos documentados de autorización de servicios;</p> <p>c) Planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos disponibles para la prestación de servicios de salud;</p> <p>d) Estrategias de capacitación continua y actualización para promover el desarrollo de competencias del personal encargado de la operación de la Red;</p> <p>e) Carta de derechos de los afiliados y de los pacientes y gestión de la entrega y actualización periódicas, conforme a la normatividad vigente;</p> <p>f) Gestión y manejo de quejas, sugerencias y reclamos de afiliados y prestadores;</p> <p>g) Reportes obligatorios de información, establecidos por las autoridades competentes y normatividad vigente.</p>	<p>a) Rutas del cuidado, de promoción y mantenimiento y específicas, diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social conforme a los eventos a gestionar definidos como prioritarios, de conformidad con lo establecido en la Resolución 429 de 2016 y el documento de la Política de Atención Integral en Salud, o la norma que modifique, sustituya o adicione;</p> <p>b) Guías de Práctica Clínica específicas adoptadas para la atención de la población a cargo de la Red, conforme a las definiciones propias de la Red para la gestión clínica y conforme a las condiciones planteadas en las Cartas de Intención, Acuerdos de Voluntades o Contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que integran la Red conformada y organizada por la EPS (incluido lo referente a oncológicos y atención integral de cuidado paliativo);</p> <p>c) Normas Técnicas específicas, conforme a lo definido por el MSPS y de acuerdo a la población a cargo, teniendo en cuenta los artículos 3°, 4°, 5°, 6°, 7° y 8° del Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Resolución 412 de 2012 y el anexo técnico de dicha Resolución y la Resolución 4505 de 2012, o las normas que las modifiquen, sustituyan o adicionen;</p> <p>d) Protocolos de Atención específicos para la población a cargo de la Red, conforme a lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social; o establecidos conforme a las definiciones propias de la Red para la gestión clínica y conforme a las condiciones planteadas en las Cartas de Intención, Acuerdos de Voluntades o Contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que integran la Red conformada y organizada por la EPS.</p>

	<p>En lo referente al modo de verificación de los procedimientos y mecanismos administrativos soportados en plataformas de información, para la gestión de la Red, para la gestión de la Red, se debe garantizar que estos estén adoptados de acuerdo a lo siguiente:</p> <p>a) Procesos y procedimientos documentados y establecidos (incorporados en las Cartas de Intención, Acuerdos de Voluntades o Contratos) para la disponibilidad y gestión de datos clínicos entre los Prestadores que hacen parte Red, la EPS y los pacientes, de acuerdo a lo establecido en el artículo 112 de la Ley 1438 de 2011, o las normas que la reglamenten, modifiquen, sustituyan o adicionen;</p> <p>b) Procesos y procedimientos documentados y establecidos de autorizaciones de conformidad con la normatividad vigente, según el tipo de Demanda a Gestionar, precisando lo atinente a solicitudes, aprobaciones, parámetros, registro y trazabilidad respecto de la Oportunidad, Integralidad y Continuidad; referidos como mínimo a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atención inicial de urgencias• Servicios adicionales a la atención inicial de Urgencias• Servicios electivos• Autorizaciones adicionales• Lo anterior teniendo en consideración lo concerniente a: Atención Integral para las Rutas definidas (Incluyendo Oncológicos); cuidados Paliativos y• Otros Eventos en Salud de carácter electivo; <p>c) Procesos y procedimientos documentados y establecidos de Mecanismos de Contratación con Prestadores de Servicios de Salud, de conformidad con lo establecido en los artículos 5°, 6°, 7° y 8° del Decreto 4747 de 2007, o la norma que lo modifique, sustituya o adicione.</p> <p>d) Procesos y procedimientos documentados y establecidos de recepción de cuentas, incorporados en los Acuerdos de Voluntades y Contratos suscritos con los prestadores que conforman la Red, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto 1281 de 2002 y el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012, o la norma que los modifiquen, sustituyan o adicionen;</p>
--	---

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
		<p>e) Procesos y procedimientos documentados y establecidos de reconocimiento y pago, incorporados en los Acuerdos de Voluntades y Contratos suscritos con los prestadores que conforman la Red, de conformidad con el artículo 4º del Decreto 4747 de 2007, o la norma que los modifique, sustituyan o adicione.</p> <p>f) Procesos y procedimientos documentados y establecidos de planificación de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos disponibles para la prestación de servicios de salud;</p> <p>g) Procesos, estrategias, lineamientos y mecanismos de evaluación y seguimiento, documentados y establecidos, incluido cronograma con periodicidad anual, orientados a la actualización, capacitación y adquisición de competencias del personal encargado de la operación de la Red;</p> <p>h) Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes adoptada y periódicamente actualizada y Gestión de la entrega, conforme a los contenidos de la Resolución 4343 de 2012 y la Circular conjunta externa 016 de 2013, o la normas que las modifiquen, sustituyan o adicione;</p> <p>i) Procesos y procedimientos documentados y establecidos para la Gestión y manejo de quejas, sugerencias y reclamos de afiliados y prestadores, de conformidad con el Título 1 - Capítulo 2 de la Ley 1437 de 2011, o la norma que la reglamente y las que las modifiquen, sustituyan o adicione;</p> <p>j) Procesos, procedimientos y mecanismos de evaluación y seguimiento, documentados y establecidos, incluido cronograma con periodicidad anual, conforme a los lineamientos y normatividad vigente, orientados a garantizar el reporte periódico, sistemático, continuo y el mejoramiento de la información obligatoria y la demás necesaria para la adecuada gestión y operación de la Red. A partir de un reporte de información sistemático y continuo, tomando como referencia los contenidos de los anexos técnicos de la normatividad vigente y lineamientos de transferencia de información de Sispro, de conformidad con la Resolución 3374 de 2000, la Resolución 4505 de 2012, la Resolución 256 de 2016, la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud - indicadores de calidad y la Circular externa 049 de 2008, o la norma que las modifiquen, sustituyan o adicione.</p>

	<p>Verificar:</p> <p>1.2.1.2. En lo correspondiente a la Red de urgencias, verificar la existencia de procedimientos y mecanismos asistenciales y administrativos soportados en plataformas de información en lo relacionado con:</p> <p>a) La implementación del sistema de selección y clasificación de pacientes "Triage" por los prestadores que conforman la Red integral, de conformidad con la normatividad vigente;</p> <p>b) Procedimientos y mecanismos para los procesos de verificación de derechos que no constituyan barrera de acceso, conforme a la normatividad vigente;</p> <p>c) La estandarización de la remisión o ingreso de los pacientes, cuando sea requerido, a servicios adicionales a la atención inicial de urgencias, en función de los servicios habilitados y la capacidad instalada en la Red integral de prestadores de servicios de salud, conforme a la normatividad vigente;</p> <p>d) La articulación del sistema de referencia y contrarreferencia definido por la EPS con los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE), de acuerdo a los mecanismos de articulación previstos con el CRUE del Departamento o Distrito donde se halle autorizada a operar la EPS; y conforme a la normatividad vigente;</p>	<p>En lo referente al modo de verificación de los procedimientos y mecanismos asistenciales soportados en plataformas de información, para la gestión de la Red, se debe garantizar que estos estén adoptados de acuerdo a lo siguiente:</p> <p>a) Sistema de selección y clasificación de pacientes para la atención de Urgencias en la Red, formalmente adoptado, con procedimientos y mecanismos estandarizados de aplicación registro, seguimiento y evaluación, de conformidad con el artículo 10 del Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 5596 de 2015, o la norma que los modifiquen, sustituyan o adicionen;</p> <p>b) Procesos y procedimientos documentados y establecidos para la verificación de derechos, incorporados en los Acuerdos de Voluntades y Contratos suscritos con los prestadores que conforman la Red, acordes al artículo 11 del Decreto 4747 de 2007, o la norma que modifique, sustituya o adicione;</p> <p>c) Procesos y procedimientos documentados y establecidos para la remisión o ingreso de los pacientes, cuando sea requerido, a servicios adicionales a la atención inicial de urgencias, en función de los servicios habilitados y la capacidad instalada en la Red integral de prestadores de servicios de salud, conforme a la normatividad vigente;</p>
--	---	---

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
	<p>e) Procesos y procedimientos estandarizados para garantizar la disponibilidad de información, sistemática y oportuna de la capacidad instalada y atención de casos de los prestadores de la Red de la EPS, incluyendo el reporte al CRUE, de acuerdo a la normatividad vigente.</p>	<p>d) Procesos y procedimientos documentados y establecidos para la articulación del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizar la disponibilidad de información sistemática y oportuna de la capacidad instalada y atención de casos por los Prestadores que integran la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, definido por la EPS con los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) donde se halle autorizada a operar la EPS; así como los mecanismos de monitoreo, seguimiento y evaluación de dicha gestión y articulación; desarrollados conjuntamente con el respectivo CRUE departamental o distrital.</p>

1.3. ESTANDAR DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA RED

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
<p>1.3.1. Condiciones y procesos para realizar el monitoreo continuo del desempeño de la Red, en la gestión de la prestación de servicios de salud y los resultados en salud, conforme a la Política Integral de Atención en Salud</p>	<p>Verificar:</p> <p>1.3.1.1. La existencia de una Unidad Técnica de análisis de gestión de riesgo y desempeño de los prestadores que conforman la Red.</p> <p>1.3.1.2. La existencia de mecanismos, instrumentos y metodologías para realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño de la Red, en lo relacionado con:</p> <p>a) La gestión de la prestación de servicios de salud (accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez y resultados en salud esperados) a partir de las prioridades en salud definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>b) Los resultados en salud obtenidos;</p> <p>c) La gestión de la prestación de servicios de salud en la Red de urgencias, de conformidad con la normatividad vigente.</p> <p>1.3.1.3. La existencia de mecanismos de publicación, divulgación o socialización del desempeño, hacia los prestadores y usuarios de la Red; al igual que para el seguimiento a la calidad de la atención en salud percibida por los usuarios y la satisfacción con los servicios prestados por la Red integral.</p> <p>La gestión de información de los indicadores y de los elementos metodológicos para el seguimiento y evaluación deberán estar acordes con los lineamientos del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro) o el que haga sus veces; conforme a las metodologías y fuentes de información de reporte obligatorio; y de conformidad con los parámetros y lineamientos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Mientras lo anterior se halle disponible, la EPS deberá utilizar una metodología o instrumentos que permitan especificar los contenidos mínimos a ser verificados. Una vez el Ministerio de Salud y Protección Social defina las herramientas (metodologías e instrumentos) deberán ser utilizadas para el monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño de la Red.</p>	<p>Documento que soporte la constitución, conformación, funciones, manual técnico operativo y mecanismos de seguimiento y evaluación de la gestión de la Unidad Técnica de análisis de gestión de riesgo y desempeño de los prestadores que conforman la Red organizada, conformada y a gestionar por la EPS, en cada Departamento o Distrito autorizada para operar.</p> <p>Documento que soporte la existencia de mecanismos, instrumentos y metodologías para realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño de la Red, que contenga:</p> <p>Fuentes de información de reporte obligatorio, Instrumentos, metodologías, Procesos y procedimientos, documentados y establecidos, conforme a los lineamientos del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro) o el que haga sus veces, para el monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño de la Red; y acordes a los objetivos de la Política de Atención Integral en Salud, relacionados con Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) y la gestión integral del riesgo en salud, en cuanto a:</p> <p>a) Gestión de la prestación de servicios de salud (accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez y resultados en salud esperados); discriminando lo referente a oncológicos y lo pertinente a atención integral de cuidados paliativos;</p> <p>b) Gestión de la prestación de servicios de salud en la Red de urgencias, de conformidad con la normatividad vigente.</p> <p>Procesos y procedimientos documentados y establecidos, para el desarrollo y aplicación de la publicación, divulgación o socialización del desempeño, hacia los prestadores y usuarios de la Red; el seguimiento a la calidad de la atención en salud percibida por los usuarios y la satisfacción con los servicios prestados por la Red integral. Lo anterior conforme a los lineamientos y a lo que la normatividad vigente definan.</p>

2 Procedimiento para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

El procedimiento de habilitación de las RIPSS, desarrolla secuencialmente las siguientes actividades en los términos de tiempo previstos en la presente Resolución. A continuación se describen las acciones a desarrollar por cada uno de los actores y sus responsabilidades en las mismas:

2.1. EPS

Las EPS para habilitar las RIPSS, en el Departamento o Distrito donde estén autorizadas a operar, deberán cumplir con los estándares y criterios establecidos para tal fin y efectuar el siguiente procedimiento:

2.1.1. Autoevaluación. Una vez se disponga del módulo de redes, la EPS para habilitar las RIPSS, en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, verificarán internamente el cumplimiento de todos los criterios (de entrada) establecidos en la presente Resolución y en el Manual de Habilitación de RIPSS, que hace parte integral de la misma. Para el efecto realizará la declaración correspondiente en dicho módulo y elaborará los documentos técnicos que a continuación se relacionan.

2.1.2 Declaración de la autoevaluación. Una vez realizada la autoevaluación, la EPS ingresará a través del usuario que se le asigne por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, al módulo de redes. En dicho módulo seleccionará los prestadores, los servicios y las organizaciones funcionales (clasificados entre primarios y complementarios, según corresponda) y las organizaciones funcionales habilitadas en el REPS que harán parte de la Red integral en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar. Sólo podrán registrarse prestadores que estén inscritos y los servicios u organizaciones funcionales de servicios de salud habilitados en el REPS.

Así mismo, la EPS deberá realizar el cargue de los siguientes documentos por cada Departamento o Distrito donde vaya a habilitar la Red integral:

- a) Documento de Propuesta(s) de conformación y organización de las RIPSS, de conformidad con los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social;
- b) Documentos de planes de contingencia (generados por variaciones en la Demanda o en la Oferta o ambas) para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud;
- c) Soportes documentales de los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Propuesta de Red presentada respecto a: (i) cartas de intención, (ii) acuerdos de voluntades y (iii) contratos vigentes;
- d) Documento que soporte la constitución, conformación, funciones, manual técnico operativo y mecanismos de seguimiento y evaluación de la gestión de la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta;
- e) Documento donde se especifique el sistema de referencia y contrarreferencia de la Red;
- f) Documento que soporte la constitución, conformación, funciones, manual técnico operativo y mecanismos de seguimiento y evaluación de la gestión de la Unidad Técnica de análisis de gestión de riesgo y desempeño;
- g) Documento que soporte la existencia de mecanismos, instrumentos y metodologías para realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño de la Red.

Una vez cumplido con lo anteriormente señalado, la EPS deberá declarar la autoevaluación en el módulo de redes.

2.2. Entidades Departamentales y Distritales de Salud

Una vez la EPS realice la declaración de autoevaluación, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes, analizará la propuesta y verificará el cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación definidos en el presente manual, para lo cual tendrá acceso a la información provista por la EPS al realizar el registro a través del módulo de redes, en la declaración de autoevaluación.

Para el efecto realizará las siguientes acciones:

a) Verificar en el módulo de redes, la declaración de autoevaluación y los documentos técnicos requeridos para el cumplimiento a los estándares y criterios por parte de la EPS para el Departamento o Distrito donde realiza el proceso de habilitación de la Red integral;

b) Verificar que la propuesta de Red integral presentada por la EPS cumpla con los estándares y criterios de entrada establecidos;

c) De considerar procedente la propuesta, dentro del mismo término de tiempo la presentará ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, quien expedirá el acta correspondiente la cual se cargará en el módulo;

d) Dentro de los dos (2) días hábiles siguientes, a través del módulo la entidad Departamental o Distrital de Salud habilita la Red de la respectiva EPS y autoriza la generación de la constancia de habilitación;

e) De no considerar procedente la propuesta y determinar el incumplimiento de los estándares y criterios de habilitación por parte de la EPS, la Entidad Departamental o Distrital de Salud indicará las causas del mismo, a través del módulo de redes. En este caso, la EPS deberá adelantar el trámite pertinente para subsanar las causales de incumplimiento dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al cargue de la información de no cumplimiento, en dicho módulo; una vez la EPS cargue la información correspondiente, la Entidad Departamental o Distrital de Salud deberá determinar si con estas se subsana el incumplimiento, lo cual realizará en los quince (15) días hábiles siguientes. De considerarlo procedente, dentro de dicho término la presentará ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, quien expedirá el acta correspondiente la cual se cargará en el módulo. Dentro de los dos (2) días hábiles siguientes, a través del módulo la entidad Departamental o Distrital de Salud habilita la Red de la respectiva EPS y autoriza la generación de la constancia de habilitación.

2.3. Superintendencia Nacional de Salud

Si vencidos los términos establecidos en el numeral 8.3 del artículo 8° de la presente resolución, la Entidad Departamental o Distrital de Salud no cumple con lo allí dispuesto o no considera procedente la información cargada por la EPS para subsanar el incumplimiento, se trasladará a la Superintendencia Nacional de Salud, mediante el módulo de redes, en el estado en el que esté el procedimiento, quien adelantará el trámite de habilitación o no de la RIPSS de la EPS, en un plazo no superior a sesenta (60) días hábiles siguientes a la recepción del traslado, término en el que podrá solicitar la información que estime pertinente.

De considerar procedente la propuesta de RIPSS presentada por la EPS, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al término establecido, o antes si ello ocurriera, a través del módulo de redes se habilitará la RIPSS de la EPS y emitirá la Constancia de Habilitación.

En caso de ser negada la habilitación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se entenderá que la RIPSS no cumple con los estándares, criterios y procedimientos para la conformación, organización, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las RIPSS, por lo que la Superintendencia Nacional de Salud deberá adoptar las medidas pertinentes de acuerdo con la normatividad y sus competencias, con respecto a la EPS responsable del incumplimiento.

3. Estándares y criterios de permanencia de la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

Las EPS durante la vigencia de su habilitación deberán garantizar el cumplimiento de los siguientes criterios de permanencia para las RIPSS, los cuales deberán ser verificados por la Superintendencia Nacional de Salud y con el acompañamiento la Entidad Departamental y Distrital de Salud:

3.1. ESTÁNDAR DE CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA RED

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
<p>3.1.1. Valoración y dimensionamiento de la Demanda de la población afiliada en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, conforme a la Política de Atención Integral en Salud.</p>	<p>Verificar: 3.1.1.1. El continuo proceso de actualización de los instrumentos y de las condiciones y características de la demanda (ex ante, efectiva y agregada), a cargo de la EPS en el territorio (departamento o Distrito) donde esté autorizada a operar.</p>	<p>Análisis de Demanda actualizado que haga parte del Documento actualizado de conformación, organización y gestión de la Red integral de prestadores de servicios de salud. <i>(con periodicidad anual, dentro del primer trimestre de cada vigencia, en caso de permanencia; o al cierre de la vigencia anterior a la última que precede a la renovación de la habilitación)</i>, de conformidad con la población afiliada a cargo y el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar la EPS; que haga parte del Documento actualizado de conformación, organización y gestión de la Red; el cual debe contener:</p> <p>a) Estimaciones de Demanda ex ante para el periodo (anual) con información oficial más reciente (a la visita de permanencia; o al vencimiento de la habilitación, en caso de renovación). Lo anterior, a partir de los riesgos gestionados y a aquellos a gestionar conforme a Rutas Integrales de Atención y la población a cargo en este periodo (anualizada) tomando como referencia las bases de información dispuestas en Sispro para la EPS, por cada municipio y las actividades de Protección Específica y Detección Temprana (PEDT) a realizar, según segmentos (Resolución 4505 de 2012) o la norma que la modifique, sustituya o adicione;</p> <p>b) Estimación de la demanda efectiva real para el periodo (anual) con información oficial más reciente (a la visita de permanencia; o al vencimiento de la habilitación, en caso de renovación); y las estimaciones de la demanda esperada para un periodo (anualizada) utilizando los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS);</p> <p>c) Estimación de la demanda agregada para el periodo (anual) con información oficial más reciente (a la visita de permanencia; o al vencimiento de la habilitación, en caso de renovación); tomando como referencia los resultados de la demanda ex ante y la demanda, efectiva real, para el mismo periodo.</p>

<p>3.1.2. Valoración y dimensionamiento de la Oferta de servicios en condiciones de disponibilidad, suficiencia y completitud, para atender las necesidades en salud de su población a cargo.</p>	<p>Verificar que:</p> <p>3.1.2.1. La conformación y organización de la Red integral de prestadores de servicios de salud, está actualizada en su componente primario y su componente complementario, incluyendo la Red de urgencias, de servicios oncológicos y para la atención integral de cuidados paliativos; aplicando periódicamente dentro de cada vigencia (anual) instrumentos y metodologías para la evaluación de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la Oferta, en función de las demandas de la población; y conforme a lo registrado en el módulo de redes.</p>	<p>Suficiencia de la Red integral de prestadores de servicios de salud actualizado, que haga parte del Documento actualizado de conformación, organización y gestión de la Red integral de prestadores de servicios de salud, para cada departamento (y a su interior los municipios) o Distrito autorizada para operar la EPS; que haga parte del Documento actualizado de conformación, organización y gestión de la Red integral de prestadores de servicios de salud; el cual debe contener:</p> <p>a) Análisis de la Suficiencia (anual) con información oficial más reciente (a la visita de permanencia; o al vencimiento de la habilitación, en caso de renovación) de la Oferta de la Red integral habilitada (a partir del REPS), para la Demanda agregada a cargo en el Departamento o Distrito autorizada para operar, conforme a la implementación de la Política de Atención Integral en Salud;</p> <p>b) Estimación de los diferenciales de oferta y demanda (Brechas) y análisis de la efectividad de la estrategias implementadas para la Reducción de brechas (anual), con información oficial más reciente (a la</p>
---	---	---

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
		<p>visita de permanencia; o al vencimiento de la habilitación, en caso de renovación), en el Departamento o Distrito autorizada para operar, conforme a la implementación de la Política de Atención Integral en Salud.</p> <p>Documento actualizado de conformación y organización de la Red integral de prestadores de servicios de salud habilitada, para cada departamento (y a su interior los municipios) o Distrito autorizada para operar que contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Componente Primario (incluyendo urgencias, oncológicos y atención integral del cuidado paliativo); b) Componente Complementario (incluyendo urgencias, oncológicos y atención integral de cuidados paliativos); c) Estrategias para Reducir las brechas de oferta y demanda que persistan (a la visita de permanencia; o al vencimiento de la habilitación, en caso de renovación). <p>El documento de conformación, organización y gestión de las RIPSS actualizado (para la permanencia o renovación de la Red), incluye los análisis de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Demanda (actualizado); b) Suficiencia de la Red (actualizado); c) Conformación y Organización de la Red integral en el componente primario y complementario (actualizado). <p>Lo anterior debe tener en cuenta la implementación de la Política de Atención Integral en Salud, en cada Territorio autorizada para operar (Departamento o Distrito).</p> <p>La documentación aquí referida de la conformación y organización de las RIPSS, deberá ser diligenciada y actualizada, a través del módulo de redes dispuesto para tal fin por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El documento en mención, así como la información registrada en el módulo de redes, soporta la verificación <i>in situ</i> que realiza la Superintendencia Nacional de Salud para la verificación de la permanencia y para el proceso de renovación de la habilitación de la Red integral de prestadores de servicios de salud.</p>

	<p>Verificar:</p> <p>3.1.2.2 La implementación de planes de contingencia, en los casos que hayan sido requeridos.</p> <p>3.1.2.3 La vigencia de acuerdos de voluntades o contratos para la prestación de servicios de salud, conforme a la <i>Red habilitada</i> en el módulo de redes y a las exigencias de la <i>Política de Atención Integral en Salud</i>.</p>	<p>Documentos que soporten la implementación de los planes de contingencia (generados por variaciones en la Demanda o en la Oferta o ambos) por cada año de vigencia de la habilitación de las RIPSS.</p> <p>Soportes de la conformación actual (al momento de la verificación de permanencia; o para la renovación, según el caso) de la Red integral de prestadores de servicios de salud habilitada, a partir de acuerdos de voluntades, contratos y cartas de intención vigentes con los Prestadores de Servicios de Salud que la conforman.</p> <p>La documentación referida deberá ser diligenciada y actualizada, a través del módulo de redes dispuesto para tal fin por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El documento en mención y los acuerdos de voluntades, contratos y cartas de intención vigentes con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud Habilitada (o a renovar), soportan la verificación in situ que realiza la Superintendencia Nacional de Salud para la permanencia y para el proceso de renovación de la habilitación de la Red integral de prestadores de servicios de salud.</p>
<p>3.1.3. Instancias y mecanismos de coordinación técnica y operativa y con el diseño, planificación e implementación del sistema de referencia y contrarreferencia.</p>	<p>Verificar:</p> <p>3.1.3.1. La conformación y operación permanente de la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta, para cada Departamento o Distrito.</p> <p>3.1.3.2. La implementación permanente los mecanismos de referencia y contrarreferencia, conforme a la normatividad vigente, con evaluación periódica.</p> <p>3.1.3.3. Las acciones de mejora diseñadas e implementadas para garantizar la prestación de los servicios de salud.</p>	<p>Documento que analice las acciones y la gestión realizada por la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta en la Red habilitada para cada Departamento o Distrito.</p> <p>Documento que evalúe la implementación del Sistema referencia y contrarreferencia para la Red habilitada.</p> <p>Documento que evalúe las Acciones de Mejora diseñadas e implementadas para la Coordinación y Gestión Operativa de la Red; y sobre los procesos de derivación de pacientes, de conformidad con el Artículo 17 del Decreto 4747 de 2007, o la norma que lo sustituya, modifique o adicione.</p> <p>La documentación referida deberá ser diligenciada y actualizada, a través del módulo de redes dispuesto para tal fin por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
		Los documentos en mención, soportan la verificación <i>in situ</i> que realiza la Superintendencia Nacional de Salud para la permanencia y para el proceso de renovación de la habilitación de la Red integral de prestadores de servicios de salud.

3.2. ESTÁNDAR DE OPERACIÓN DE LA RED

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	REQUISITOS PARA DAR ALCANCE AL CRITERIO
3.2.1. Procesos y procedimientos soportados en información para la gestión de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud.	Verificar: 3.2.1.1. La implementación, evaluación y cumplimiento de los procesos asistenciales y administrativos establecidos. 3.2.1.2. Las acciones de mejora diseñadas e implementadas para el mejoramiento de los procesos asistenciales y administrativos.	Documento de análisis de la implementación y el desarrollo de las acciones de mejora de los procesos y procedimientos soportados en información para la gestión de la Red integral de prestadores de servicios de Salud habilitada en lo correspondiente a: Asistenciales: a) Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). b) Guías, normas técnicas y protocolos de atención en salud, conforme a la demanda identificada y que consideren la atención integral de cuidados paliativos. c) Acceso y gestión de datos clínicos, por parte de la EPS, los prestadores y usuarios de la Red. Administrativos: a) Procedimientos y mecanismos de contratación, recepción de cuentas, reconocimiento y pago de servicios de prestadores, conforme a condiciones y términos definidos en la normatividad vigente; b) Procedimientos documentados de autorización de servicios; c) Planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos disponibles para la prestación de servicios de salud; d) Estrategias de capacitación continua y actualización para promover el desarrollo de competencias del personal encargado de la operación de la Red;

e) Carta de derechos de los afiliados y de los pacientes y gestión de la entrega y actualización periódicas, conforme a la normatividad vigente;

f) Gestión y manejo de quejas, sugerencias y reclamos de afiliados y prestadores;

g) Reportes obligatorios de información, establecidos por las autoridades competentes y normatividad vigente.

Documento de análisis de la implementación y el desarrollo de las acciones de mejora de los procesos y procedimientos soportados en información para la gestión de la Red de Urgencias, en lo correspondiente a:

a) La implementación del sistema de selección y clasificación de pacientes "Triage";

b) La verificación de derechos;

c) La estandarización de la remisión o ingreso de los pacientes, cuando sea requerido, a servicios adicionales a la atención inicial de urgencias;

d) La articulación del sistema de referencia y contrarreferencia definido por la EPS con los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE);

e) La disponibilidad de información, sistemática y oportuna de la capacidad instalada y atención de casos de los prestadores de la Red de la EPS, incluyendo el reporte al CRUE.

La documentación referida deberá ser diligenciada y actualizada, a través del módulo de redes dispuesto para tal fin por el Ministerio de Salud y Protección Social.

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	REQUISITOS PARA DAR ALCANCE AL CRITERIO
		Los documentos en mención, soportan la verificación <i>in situ</i> que realiza la Superintendencia Nacional de Salud para la permanencia y para el proceso de renovación de la habilitación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud.

3.3. ESTÁNDAR DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA RED

CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	REQUISITOS PARA DAR ALCANCE AL CRITERIO
3.3.1. Condiciones y procesos para realizar el monitoreo continuo del desempeño de la Red integral, en la gestión de la prestación de servicios de salud y los resultados en salud, conforme a la Política Integral de Atención en Salud.	<p>Verificar:</p> <p>3.3.1.1. El seguimiento y análisis periódico de la gestión de la prestación de los servicios de salud. A través del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro) o el que haga sus veces.</p> <p>3.3.1.2. El seguimiento y análisis periódico de los resultados en salud obtenidos, a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro) o el que haga sus veces.</p> <p>3.3.1.3. El seguimiento y análisis periódico de la gestión de la prestación de los servicios de salud en la Red de urgencias, a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro) o el que haga sus veces.</p> <p>3.3.1.4. Las acciones de mejora del desempeño diseñadas e implementadas como resultado del proceso de seguimiento y evaluación.</p> <p>3.3.1.5. La existencia de procesos continuos y sistemáticos de revisión de las fuentes de información y de las acciones de mejora diseñadas e implementadas sobre dichas fuentes.</p> <p>3.3.1.6. La evidencia de la publicación, divulgación o socialización del desempeño.</p> <p>3.3.1.7. Seguimiento a la calidad de la atención en salud percibida por los usuarios y la satisfacción con los servicios prestados por la Red integral.</p>	<p>Documentos de seguimiento y evaluación desarrollados durante la vigencia de la habilitación de la Red integral de prestadores de servicios de salud, y la publicación de los mismos tomando como referencia los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Documentos que muestren los análisis en gestión de las acciones de mejora planteadas e implementadas durante la vigencia de la habilitación de la Red integral de prestadores de servicios de salud, y la publicación de los mismos tomando como referencia los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Los documentos en mención, soportan la verificación <i>in situ</i> que realiza la Superintendencia Nacional de Salud para la permanencia y para el proceso de renovación de la habilitación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud.</p>

4. Procedimiento para la renovación de la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

Las EPS deberán garantizar el cumplimiento de los estándares y los criterios de permanencia, durante la vigencia de la habilitación y para la renovación de la misma.

La Superintendencia Nacional de Salud, verificará el cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia de habilitación de las RIPSS, con el acompañamiento de la Entidad Departamental y Distrital de Salud. A continuación se describen las acciones a desarrollar por cada uno de los actores y sus responsabilidades en las mismas:

4.1. EPS

Para la permanencia, la EPS deberá durante el quinto año de habilitación y antes del vencimiento de la misma, renovar la habilitación de la RIPSS, para lo cual realizará el siguiente procedimiento:

4.1.1. Autoevaluación: La EPS realizará, en forma previa a la renovación de la habilitación de las RIPSS para cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, la autoevaluación de los estándares de permanencia definidos en el presente Manual que hace parte de la presente Resolución.

4.1.2. Declaración de Autoevaluación: La EPS una vez realizada la autoevaluación del cumplimiento de los criterios de permanencia antes señalados, declarará el cumplimiento de los mismos en el módulo de redes.

Luego de lo anterior, la EPS deberá realizar el cargue de los siguientes documentos, como soportes documentales para la verificación *in situ*, por cada Departamento o Distrito donde vaya a renovar la habilitación de la Red integral:

a) Documento actualizado de conformación y organización de la Red integral de prestadores de servicios de salud habilitada;

b) Documentos que soporten la implementación de los planes de contingencia (generados por variaciones en la Demanda o en la Oferta o ambos) por cada año de vigencia de la habilitación de las RIPSS;

c) Soportes de la conformación actual (al momento de la verificación de permanencia; o para la renovación, según el caso) de la Red integral de prestadores de servicios de salud habilitada, a partir de acuerdos de voluntades, contratos y cartas de intención vigentes con los Prestadores de Servicios de Salud que la conforman;

d) Documento que analice las acciones y la gestión realizada por la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta en la Red habilitada;

e) Documento que evalúe la implementación del Sistema referencia y contrarreferencia para la Red habilitada;

f) Documento que evalúe las Acciones de Mejora diseñadas e implementadas para la Coordinación y Gestión Operativa de la Red;

g) Documento de análisis de la implementación y el desarrollo de las acciones de mejora de los procesos y procedimientos soportados en información para la gestión de la Red integral de prestadores de servicios de Salud habilitada;

h) Documento de análisis de la implementación y el desarrollo de las acciones de mejora de los procesos y procedimientos soportados en información para la gestión de la Red de Urgencias;

i) Documentos de seguimiento y evaluación desarrollados durante la vigencia de la habilitación de la Red integral de prestadores de servicios de salud;

j) Documentos que muestren los análisis en gestión de las acciones de mejora planteadas e implementadas durante la vigencia de la habilitación de la Red integral de prestadores de servicios de salud.

4.2 Superintendencia Nacional de Salud

Una vez la EPS realice la declaración de autoevaluación en el módulo de redes, la Superintendencia Nacional de Salud con el acompañamiento de la Entidad Departamental o Distrital de Salud según corresponda, deberá realizar la verificación *in situ*, mediante selección aleatoria de los componentes de la RIPSS en el territorio (municipios y distritos), del cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia de la RIPSS y registrará el resultado de dicha verificación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes en el módulo de redes.

La Superintendencia Nacional de Salud dentro de los quince (15) días hábiles siguientes determinará el cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia, aprobará la renovación de la habilitación de la RIPSS para la EPS, y expedirá el Certificado de Renovación de la Habilitación a través del módulo de redes. La renovación de la habilitación tendrá una vigencia de cinco (5) años.

En caso que se determine el incumplimiento de los estándares y criterios de permanencia, la Superintendencia Nacional de Salud indicará las causas de incumplimiento, dentro del término anteriormente indicado y lo registrará a través del módulo de redes. En este caso, la EPS deberá adelantar el trámite pertinente para subsanar las causales de incumplimiento dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a dicho registro y efectuar el correspondiente reporte en el módulo de redes.

La Superintendencia Nacional de Salud deberá verificar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, que por parte de la EPS se hayan subsanado las causales del incumplimiento. De ser así dentro del mismo término, la Superintendencia Nacional de Salud aprobará la renovación de la habilitación de las RIPSS para la respectiva EPS y expedirá el correspondiente Certificado de Renovación de la Habilitación a través del módulo de redes.

En caso que la EPS no subsane el incumplimiento o de negarse la renovación de la habilitación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, esta entidad deberá adoptar las medidas pertinentes, de acuerdo con sus competencias y procedimientos en la materia, de lo cual deberá dejar constancia en el módulo de redes.

5. Procedimiento para la gestión de novedades de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

De conformidad con lo señalado en la presente Resolución, las novedades establecidas para las RIPSS son las siguientes:

- a) Entrada de un prestador a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada;
- b) Salida de un prestador de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada;
- c) Entrada de una Unidad funcional a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada;
- d) Salida de una Unidad funcional de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada;
- e) Entrada de un Prestador Primario a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada;
- f) Salida de un Prestador Primario de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada;
- g) Inclusión de servicio(s) de un prestador a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada;
- h) Retiro de servicio(s) de un prestador a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.

Las novedades realizadas por una EPS para las RIPSS, en cada Departamento o Distrito deben surtir el trámite correspondiente con la Entidad Departamental o Distrital de Salud, el cual será registrado a través del módulo de redes, de la siguiente manera:

5.1. EPS

- Diligenciar en el módulo de redes, el formulario de reporte de novedades.
- Cargar en el módulo de redes, los soportes definidos en la tabla de novedades del presente manual de habilitación.

NOVEDADES DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	REQUISITOS Y SOPORTES
5.1.1. Entrada de un prestador a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.	a) Diligenciar el formulario de reporte de novedades dispuesto en el módulo de redes, identificando el Departamento o Distrito donde se genera la novedad; b) Realizar y declarar la autoevaluación de las RIPSS, identificando el prestador que ingresa en la Red; c) Carta de intención vigente del prestador de servicios de salud que ingresa a la Red.

NOVEDADES DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	REQUISITOS Y SOPORTES
5.1.2. Salida de un prestador de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.	1. Diligenciar el formulario de reporte de novedades dispuesto en el módulo de redes, identificando el Departamento o Distrito donde se genera la novedad. 2. Realizar y declarar la autoevaluación de las RIPSS, identificando el prestador que sale de la Red.
5.1.3. Entrada de una Unidad funcional a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.	a) Diligenciar el formulario de reporte de novedades dispuesto en el módulo de redes, identificando el Departamento o Distrito donde se genera la novedad; b) Realizar y declarar la autoevaluación de las RIPSS, identificando el prestador que ingresa en la Red; c) Carta de intención vigente de la Unidad funcional que ingresa a la Red.
5.1.4. Salida de una Unidad funcional de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.	a) Diligenciar el formulario de reporte de novedades dispuesto en el módulo de redes, identificando el Departamento o Distrito donde se genera la novedad; b) Realizar y declarar la autoevaluación de las RIPSS, identificando el prestador que sale de la Red.
5.1.5. Entrada de un Prestador Primario a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.	a) Diligenciar el formulario de reporte de novedades dispuesto en el módulo de redes, identificando el Departamento o Distrito donde se genera la novedad; b) Realizar y declarar la autoevaluación de las RIPSS, identificando el prestador que ingresa en la Red; c) Carta de intención vigente del Prestador Primario que ingresa a la Red.
5.1.6. Salida de un Prestador Primario de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.	a) Diligenciar el formulario de reporte de novedades dispuesto en el módulo de redes, identificando el Departamento o Distrito donde se genera la novedad; b) Realizar y declarar la autoevaluación de las RIPSS, identificando el prestador que sale de la Red.
5.1.7. Inclusión de servicio(s) de un prestador a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.	1. Diligenciar el formulario de reporte de novedades dispuesto en el módulo de redes, identificando el Departamento o Distrito donde se genera la novedad. 2. Realizar y declarar la autoevaluación de las RIPSS, identificando el servicio y su correspondiente prestador que ingresa en la Red.
5.1.8. Retiro de servicio(s) de un prestador a la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud habilitada.	a) Diligenciar el formulario de reporte de novedades dispuesto en el módulo de redes, identificando el Departamento o Distrito donde se genera la novedad; b) Realizar y declarar la autoevaluación de las RIPSS, el servicio y su correspondiente prestador que sale de la Red.

5.2. Entidad Departamental o Distrital de Salud

La Entidad Departamental o Distrital de Salud debe realizar el siguiente procedimiento para dar trámite a las novedades generadas por las EPS en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar:

- a) Ingresar a las novedades generadas por la EPS en el módulo de redes;
- b) Verificar que los registros generados y los documentos cargados por la EPS correspondan con los requeridos para cada tipo de novedad de acuerdo a la tabla de novedades del presente manual;
- c) Aprobar la novedad en el caso que se cumplan los requisitos establecidos en el presente manual y generar el reporte y su correspondiente autorización en el módulo de redes la novedad. En caso que no se cumpla con los requisitos, se devolverá a la EPS el trámite correspondiente.

5.3. Superintendencia Nacional de Salud

En el evento que se presenten controversias en el trámite y aceptación de novedades en la conformación, organización y actualización de la RIPSS y estas no sean resueltas por el departamento o distrito, se deberá acudir a la Superintendencia Nacional de Salud, la cual resolverá de fondo, dentro de sus competencias legales en la materia.

(C. F.).