

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2018****()**

Por medio de la cual se definen los criterios y estándares de habilitación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que deben cumplir las Entidades Responsables del Aseguramiento y la adopción del manual de criterios y estándares

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas en los artículos 2° y 6° del Decreto - Ley 4107 de 2011, modificado por el Decreto 2562 de 2012 y en desarrollo de lo previsto en el Decreto 682 de 2018 y,

CONSIDERANDO:

Que el Gobierno Nacional atendiendo los mandatos de la Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1751 de 2015 expidió el decreto 682 de 2018, mediante el cual se establecen las condiciones autorización funcionamiento, habilitación y permanencia de las Entidades Responsables del aseguramiento

Que en consecuencia estas condiciones de habilitación para la operación del aseguramiento constituyen el marco de referencia para la definición del conjunto de criterios y estándares básicos que demuestran la capacidad técnico- administrativo, científico y tecnológico para ejercer las funciones de operación del aseguramiento en salud.

Que el cumplimiento permanente de estas condiciones permite ejercer las funciones indelegables del aseguramiento en salud, demostrar las capacidades en su operación, garantizar la efectividad y seguridad para sus afiliados en el acceso al Plan de Beneficios en Salud y la correcta destinación de los recursos financieros.

Que igualmente el decreto atendiendo los desarrollos legales que en materia de operación del aseguramiento se han generado y en especial en el rol que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud en articulación con las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud, da un alcance a la habilitación de estas entidades, en el sentido de establecer que el cumplimiento de las condiciones técnico- administrativas, científicas y tecnológicas deben ser permanentes y estar inmersas en la organización, gestión, implementación y revisión continua de actividades y servicios de salud a la población afiliada.

Que por otra parte, el Decreto busca dar seguridad a los usuarios frente a los posibles riesgos que presenten las entidades que operan el aseguramiento en salud, desarrollando unos mecanismos administrativos y operativos que garanticen el correcto desempeño en la ejecución de las funciones indelegables del aseguramiento y cuya implementación es obligatoria para todas las entidades.

Que de conformidad con el considerando anterior, se hace necesario definir los lineamientos para la autorización y habilitación y definir los criterios y estándares de habilitación y estándares de permanencia.

RESUELVE

Continuación de la Resolución “Por medio de la cual se definen los estándares de habilitación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que deben cumplir las Entidades Responsables del Aseguramiento y la adopción del Manual de Criterios y Estándares”.

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1. *Objeto y alcance.* La presente Resolución tiene por objeto establecer los lineamientos de autorización, habilitación y permanencia a cumplir por parte de las Entidades Promotoras de Salud, definir el cumplimiento de las condiciones, los criterios y los estándares que demuestren las capacidades para ejercer las funciones del aseguramiento y determinen su permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando efectividad y seguridad a los afiliados y la destinación de los recursos financieros del sector, así como, adoptar el Manual de Criterios y Estándares para los procesos de autorización, habilitación y revocatoria que adelanta la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 2. *Ambito de aplicación.* Las disposiciones de la presente Resolución aplican a las Entidades Promotoras de Salud – EPS, a las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, a las Cajas de Compensación Familiar que operan en regímenes contributivo y/o subsidiado y a las Entidades Adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS en los procesos de evaluación y seguimiento. De igual forma aplican a la Superintendencia Nacional de Salud en sus procesos de Inspección, vigilancia y control.

Artículo 3.-. *Del Gobierno organizacional-* La Superintendencia Nacional de Salud instruirá a las Entidades Promotoras de Salud sobre las condiciones de gobierno organizacional de obligatorio cumplimiento, entre las que se encuentran establecidas en la sección 4 del Decreto 682 de 2018, incorporado en el Decreto 780 de 2016, único reglamentario del sector salud y protección social. Las Entidades Promotoras de Salud que están en operación se ajustarán a las medidas de gobierno organizacional, código de conducta y buen gobierno atendiendo en los términos que defina en sus instrucciones la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo.- Las Entidades Promotoras de Salud, reportarán por primera vez y sucesivamente mantendrán actualizados, los nombres completos, documento y número de identificación de los miembros de juntas directivas, representantes legales y Revisores Fiscales, a más tardar el 18 julio de 2018, de conformidad con las instrucciones que para el efecto imparta la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPITULO II

Condiciones de Habilitación

Artículo 4.- *De la Habilidadación.* Las Entidades Responsables del Aseguramiento deberán demostrar de manera permanente el cumplimiento de condiciones de capacidad técnico-administrativa, científica y tecnológica y demás elementos propios de su organización para la operación del aseguramiento, previstos en el Decreto 682 de 2018, de acuerdo con los estándares establecidos en el Manual de Criterios y Estándares que hace parte integral de la presente Resolución, atendiendo los elementos y principios del Derecho a la Salud de que trata la Ley 1751 de 2015.

Parágrafo 1. Las Entidades Promotoras de Salud que se encuentran operando el aseguramiento independientemente de la actualización del acto administrativo de autorización de funcionamiento que debe expedir la Superintendencia Nacional de Salud, deberán ajustarse y adaptarse en el cumplimiento de las condiciones de habilitación previstas en el citado decreto, a efectos de disminuir la ocurrencia de riesgos en el funcionamiento y sostenibilidad de la entidad, así como el riesgo en salud de la población

Continuación de la Resolución “Por medio de la cual se definen los estándares de habilitación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que deben cumplir las Entidades Responsables del Aseguramiento y la adopción del Manual de Criterios y Estándares”.

afiliada.

Parágrafo 2.- Las Entidades Promotoras de Salud que se encuentran en algún tipo de medida administrativa especial, serán responsables de ajustarse y adaptarse a las condiciones de habilitación independientemente de las instrucciones que sobre el el plazo y las condiciones para la actualización de la autorización de funcionamiento imparta la Superintendencia Nacional de Salud

Artículo 5. Del Sistema de Gestión de Riesgos.- Las entidades responsables del aseguramiento en salud, independiente de su naturaleza jurídica deberán adoptar un Sistema de Gestión de Riesgos centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, que integre todas las políticas, procesos y procedimientos que permitan la identificación, evaluación, medición, seguimiento y monitoreo de los riesgos que puedan afectar la operación de la entidad y el cumplimiento de las funciones indelegables del aseguramiento de que trata el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

Artículo 6. Objetivos del Sistema de Gestión de Riesgos. La implementación del sistema de Gestión de Riesgos por parte de las EPS, busca:

- 6.1 Fortalecer el mejoramiento continuo del proceso para la gestión integral del riesgo en salud a fin de garantizar el acceso equitativo, oportuno, continuo y eficiente a los servicios de salud, el mejoramiento de la experiencia de los usuarios con la atención y la obtención de resultados en salud.
- 6.2 Fortalecer el mejoramiento continuo de los procesos que apoyan la gestión integral del riesgo en salud y la gestión del aseguramiento para cumplir con los resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los indicadores de la entidad.
- 6.3 Fomentar una cultura orientada a la gestión de riesgos, la cual debe reflejarse en las políticas, estrategias y estructura corporativa, incluyendo políticas de control interno, que haga parte integral de los procesos de la entidad.
- 6.4 Fortalecer la capacidad de las EPS para abordar los riesgos y oportunidades asociados con su contexto, funciones y objetivos, generando condiciones de estabilidad operativa y financiera a través de la definición de políticas, procesos y procedimientos para la gestión de riesgos, que incluyan metodologías para la identificación, evaluación, medición, seguimiento y monitoreo de los riesgos.
- 6.5 Promover una cultura institucional hacia la autoevaluación dirigida hacia capacidades de ajuste, mejora continua e innovación para el fortalecimiento de la gestión del aseguramiento en salud por parte de las EPS.
- 6.6 Estimular la transparencia, la calidad, la preservación de la información y el mejoramiento continuo en todos los procesos propios de la entidad como insumo fundamental para la gestión de los diversos riesgos.

Artículo 7. De la Gestión Integral del Riesgo en Salud. Las entidades responsables del aseguramiento en salud, soportadas en el modelo de gestión de la entidad, conformado por los procesos, actividades y recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros para la gestión integral del riesgo en salud, diseñarán e implementarán un modelo de atención en salud para la población afiliada que aborde los siguientes elementos:

- 7.1 La identificación y clasificación del riesgo en salud de los afiliados y las estrategias para mantener actualizada la información.

Continuación de la Resolución “Por medio de la cual se definen los estándares de habilitación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que deben cumplir las Entidades Responsables del Aseguramiento y la adopción del Manual de Criterios y Estándares”.

- 7.2 Las estrategias de atención según los riesgos identificados, teniendo en cuenta los grupos de riesgo priorizados por la entidad en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS y las Rutas Integrales de Atención en Salud.
- 7.3 La articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes alrededor de prioridades en salud.
- 7.4 La organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, atendiendo la organización territorial definida por la entidad.
- 7.5 Equipos de salud interdisciplinarios, que cuenten con talento humano capacitado en gestión de riesgos, atención primaria en salud y medicina familiar.
- 7.6 Instrumentos para la gestión de la demanda de servicios por parte de los afiliados, que consideren el apoyo al autocuidado, la demanda inducida, la búsqueda activa, el agendamiento estandarizado, oportuno y confiable de citas y la referencia y contrarreferencia.
- 7.7 Instrumentos y procedimientos que garanticen la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre la prestación de servicios de salud de la población afiliada.
- 7.8 Herramientas e indicadores para la gestión de riesgos de la población afiliada atendiendo a los grupos de riesgo priorizados y a los establecidos en las Rutas Integrales de Atención e Salud cuando apliquen.
- 7.9 Los mecanismos para el monitoreo de procesos y evaluación de resultados.

Artículo 8. *Del rol de las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud.* Las entidades responsables del aseguramiento en salud, deberán fortalecer su capacidad de ajuste, mejora continua e innovación para gestionar el riesgo en salud de sus afiliados, representarlos ante los prestadores de servicios de salud y demás agentes del sistema, organizar las redes integrales de prestadores de servicios de salud y administrar el riesgo financiero a fin de garantizar el acceso equitativo, oportuno, continuo y eficiente a los servicios de salud, así como interactuar en cada territorio para articular las intervenciones individuales de su competencia con las intervenciones colectivas a cargo de la Entidad Territorial, con el propósito de lograr el mejor nivel de resultados en salud.

Artículo 9.-. *Organización territorial del aseguramiento.-* Las Entidades Responsables del Aseguramiento, deben organizar un modelo de atención y prestación de servicios de salud en las entidades territoriales donde se encuentren autorizadas, el cual debe atender y reconocer las prioridades de la población afiliada en el ámbito territorial, garantizar el acceso, la eficiencia, la suficiencia y la calidad de los servicios de salud de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, integradas administrativamente con redes externas de prestadores de servicios de salud complementarias, de manera que se garanticen las condiciones de disponibilidad, suficiencia y completitud.

La entidad responsable de la operación del aseguramiento dispondrá a los afiliados, los procesos administrativos de soporte y comunicación apropiados al contexto socio – cultural con enfoque diferencial y las condiciones de especial protección de los mismos para facilitar y agilizar el reporte de sus solicitudes de demanda y autorización de servicios y tecnologías y que se constituyan en una herramienta de comunicación entre la entidad y los afiliados que facilite y agilice el reporte de las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias recibidas y la trazabilidad en el trámite.

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se definen los estándares de habilitación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que deben cumplir las Entidades Responsables del Aseguramiento y la adopción del Manual de Criterios y Estándares".

CAPÍTULO III

Condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud

Artículo 10- *De la información para la autorización.*- La entidad interesada en obtener la autorización de funcionamiento como Entidad Promotora de Salud deberá allegar en la solicitud a la Superintendencia Nacional de Salud, la información relacionada con la capacidad técnico-administrativa, la capacidad tecnológica y científica, la caracterización de la población objeto de aseguramiento, el estudio de mercado, el estudio de factibilidad financiera, el Código de Conducta y de Gobierno Organizacional y las certificaciones sobre las condiciones financieras y de solvencia, reservas técnicas y origen de los recursos con los que inicia operaciones.

Parágrafo 1. El contenido de las certificaciones de que trata el presente artículo sobre el cumplimiento de las condiciones de capital mínimo y patrimonio adecuado y la metodología para el cálculo de las reservas técnicas y régimen de inversión de las reservas técnicas, se sujetará a las disposiciones del Capítulo 2, Título 2, Parte 5, del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Parágrafo 2. El estudio de factibilidad financiera, detallará el presupuesto mensual proyectado para el primer año de operación y el anual para los primeros tres años y las estrategias para su cumplimiento en cuanto a la población afiliar y el total de ingresos de la entidad.

Artículo 12- *Estudio de capacidad técnico-administrativa.* Las entidades interesadas soportarán el estudio con los siguientes documentos:

12.1. Las Cajas de Compensación Familiar y las entidades de economía solidaria deberán anexar certificado expedido por la respectiva Superintendencia o a quien corresponda, en la que se autorice expresamente operar el aseguramiento en salud.

12.2. Para personas jurídicas inscritas en Cámara de Comercio, el certificado de existencia y representación legal, el cual será verificado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en el Registro Único Empresarial –RUES-.

12.3. Mención expresa y clara del régimen o regímenes en los que solicita la autorización de funcionamiento.

12.4. Listado de departamentos, distritos y municipios en los que solicita la autorización de funcionamiento.

12.5. Estatutos acordes con la naturaleza jurídica de la entidad interesada, en los cuales se especifique la naturaleza jurídica de la EPS, definición clara precisa del objeto social el cual contemple los cuatro funciones indelegables del aseguramiento bajo los parámetros establecidos en los artículos 177 a 180 de la Ley 100 de 1993, 14 de la Ley 1122 de 2007, así como las Leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015.

12.6. Documento que contenga la Política de gestión del talento humano de la entidad, la cual desarrolle al menos, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la referencia y contrareferencia de pacientes y la atención del usuario, así como los procesos de selección y capacitación y las herramientas que soporten su implementación.

12.7. Manuales de Procesos de la Entidad que atendiendo la misión, visión y objetivos describan los macro procesos - procesos y procedimientos administrativos y logísticos, que detallen la forma como se organiza la entidad, la distribución de funciones y obligaciones, la vigilancia y el control de los procesos, actividades y recursos, los niveles de jerarquía y

Continuación de la Resolución “Por medio de la cual se definen los estándares de habilitación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que deben cumplir las Entidades Responsables del Aseguramiento y la adopción del Manual de Criterios y Estándares”.

la forma como se toman las decisiones administrativas, técnicas y operativas y la Implementación y monitoreo de los procesos orientados a garantizar mejores prácticas en la gestión financiera de la entidad.

12.8. La descripción documental de los procesos de la entidad: i) para administrar los recursos, ii) registrar gasto y iii) efectuar la rendición de cuentas en las condiciones señaladas en el artículo 2.5.2.3.4.10 del Decrero 682 de 2018, incorporado en el Decrero 780 de 2016.

Artículo 13- *Estudio de capacidad tecnológica y científica.* Las entidades interesadas soportarán el estudio con los siguientes documentos:

13.1. Descripción de la red de oficinas y puntos de atención al usuario de la entidad, en la cual se precisen las modalidades de atención, la ubicación geográfica de las oficinas y puntos de atención y la capacidad de atención a instalar en la operación territorial.

13.2. Documento con la descripción de los procesos y recursos humanos articulados para cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, esto es i) la gestión de los riesgos en salud de la población afiliada, ii) la representación y atención de los afiliados iii) la organización y gestión de la red de prestadores y iv) la administración del Riesgo Financiero.

13.3. Plan estratégico para el desarrollo de sistemas de información de la entidad, que contenga un plan informático específico, relacionado con: i) Planeación en sistemas de información de la entidad, ii) adquisición de sistemas de información y iii) gestión de sistemas de información.

13.4. Descripción de la red de prestadores de servicios de salud con la que contará la entidad al momento de entrar en operación en el ámbito territorial donde solicita autorización y de su red a nivel nacional para garantizar los servicios de salud de la población, que incluya, i) Descripción de la red de prestadores primarios, ii) Descripción de la red de atención de urgencias y iii) Descripción de la red de atención oncológica.

13.5. Documento técnico que describa la estructura, responsables y procesos del Sistema de Gestión de Riesgos de la entidad centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud definida en la el artículo 65 de la Ley 1753 del 2015, el Plan Decenal de Salud Pública vigente y la Política de Atención Integral en Salud, o las normas que los modifiquen o sustituyan, así como su plan de implementación.

13.6. Documento que describa las estrategias y actividades que permitirán a la entidad el cumplimiento de sus obligaciones en los procesos de planeación integral para la salud, que incluya: i) La metodología de la caracterización poblacional, ii) Las estrategias de inducción de demanda, iii) Las acciones de gestión de riesgo individual y iv) La metodología concertación de prioridades territoriales.

13.7. Documento que describa las estrategias y actividades que permitirán a la entidad realizar seguimiento y evaluación a su red integral de prestadores de servicios de salud, en los siguientes aspectos: i) La gestión de la prestación de servicios de salud (accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez y resultados en salud, ii) la gestión de la prestación de servicios de salud en la Red de urgencias, iii) los mecanismos de publicación, divulgación o socialización del desempeño, hacia los prestadores y usuarios de la Red y iv) el seguimiento a la calidad de la atención en salud percibida por los usuarios y la satisfacción con los servicios prestados por la Red.

Artículo 14- *Caracterización de la población y estudio de mercado.* Las entidades interesadas presentaran un documento que contenga el análisis de los siguientes aspectos:

Continuación de la Resolución "Por medio de la cual se definen los estándares de habilitación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que deben cumplir las Entidades Responsables del Aseguramiento y la adopción del Manual de Criterios y Estándares".

A.- Caracterización de la población de los municipios y departamentos donde pretende operar, el cual detalle, i) Estructura demográfica, ii) Distribución urbana y rural, iii) Riesgos y estado de salud que pretende asegurar y iv) Condiciones sociales y económica

B.- Estudio de mercado de la nueva entidad que incluye: i) Estimación de la población que pretende afiliar en los primeros tres (3) años, ii) Distribución geográfica y etaria de la población esperada según régimen, por ámbito territorial en los años uno (1) y tres (3), iii) Demanda estimada de servicios de prevención y promoción a la población caracterizada, iv) Demanda estimada de servicios del plan de beneficios en los primeros tres (3) años, v) Relación de la oferta de servicios en el ámbito territorial, vi) Análisis de competencia y condiciones de mercado en el aseguramiento en salud.

Artículo 15- Código de conducta y de gobierno organizacional. La entidad interesada deberá allegar el documento que describa los principios generales, estructura y contenido del Código de Conducta y Buen Gobierno, la estructura organizacional, sus funciones, procedimientos, la conformación y funcionamiento de los tres comités de gestión, así como, los mecanismos para rendición de cuentas, la política general de revelación de información y transparencia que contemple lo relacionado con la declaración y manejo de los conflictos de interés que puedan presentarse.

Artículo 16- De la autorización de funcionamiento.- La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud y administrar los recursos financieros del sector salud, en el cual: i) asignará un código para su identificación, ii) determinará los regímenes en los que podrá operar, iii) definirá el ámbito territorial de operación de la entidad, y iv) la facultad para afiliar y recibir por cada afiliado la Unidad de Pago por Capitación y los demás recursos financieros del sector salud para cumplir con las funciones asignadas en la normatividad vigente.

Parágrafo.- La Superintendencia Nacional de Salud en el marco de sus competencias impartirá las instrucciones necesarias para definir entre otros aspectos, la definición de los contenidos de la documentación a presentar por parte de la persona jurídica interesada en la operación del aseguramiento.

Artículo 17.- Del Manual de Criterios y Estándares para la habilitación y permanencia.- El Manual de Criterios y Estándares de habilitación es el instrumento que define el criterio y estándar de cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, que demuestran la capacidad técnico-administrativa, científica y tecnológica para la operación del aseguramiento en salud, así como estándares que permitirán a la Superintendencia Nacional de Salud verificar o medir las condiciones relacionadas con la efectividad y seguridad para la población afiliada en el ejercicio de las funciones de estas entidades, así como, la destinación de recursos del aseguramiento.

Artículo 18- De los estándares para la habilitación y permanencia.- La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

a) **Fiabilidad.** La forma de aplicación y verificación de cada estándar es explícita y clara, lo que permite una evaluación objetiva y homogénea;

b) **Esencialidad.** Todas las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica, son indispensables porque se consideran suficientes y necesarias, para determinar la idoneidad de la entidad responsable del aseguramiento en salud en cada una de las Entidades territoriales donde estén autorizadas atendiendo los objetivos misionales de la entidad en los diferentes ámbitos territoriales.

Continuación de la Resolución “Por medio de la cual se definen los estándares de habilitación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que deben cumplir las Entidades Responsables del Aseguramiento y la adopción del Manual de Criterios y Estándares”.

c) Sencillez. La formulación de las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, deben ser fáciles de entender, con el fin de que permitan la autoevaluación por parte de las Entidades Responsables Aseguramiento, y su verificación por las autoridades competentes y en general, por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

Artículo 19.- Revisión de los estándares.- El conjunto de criterios y estándares conformados por las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica que hacen parte del, anexo de la presente resolución, serán revisados por lo menos cada tres (3) años por el Ministerio de Salud y de Protección Social.

Artículo 20.- Competencia.- La Superintendencia Nacional de Salud definirá los instrumentos mediante los cuales adelantará el proceso de verificación del cumplimiento a lo dispuesto en la presente resolución y evaluará el cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia.

Artículo 21.- Monitoreo de operación de las Entidades Promotoras de Salud.- La Superintendencia Nacional de Salud deberá consolidar la información de habilitación de las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas al sistema y elaborará con la misma un repositorio de información que identifique: i) las entidades con autorización nueva o actualizada y la vigencia de la misma y ii) las entidades en medida administrativa especial autorizadas y la vigencia de la autorización, iii) las entidades autorizadas que cumplen las condiciones de habilitación de cumplimiento inmediato, definidas en el Manual de Criterios y Estándares que hace parte integral de la presente resolución, iv) las condiciones y alcance de las autorizaciones concedidas. Dicha información deberá estar disponible para conocimiento de los usuarios del sistema y las entidades control y los demás agentes que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Parágrafo El Ministerio de Salud y Protección Social con la información reportadas por la Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas y disponible en el SISPRO con la cual definirá las variables requeridas para el seguimiento y evaluación en el cumplimiento de las funciones indelegables del aseguramiento

Artículo 22.- Adopción del Manual de Criterios y Estándares para la habilitación y permanencia.- Adoptese el Manual de Criterios y Estándares para la habilitación y permanencia de las Entidades responsables del aseguramiento en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud dispuesto en el capítulo IV de la presente resolución.

Artículo 23. – Vigencia. La presente Resolución rige a partir de su publicación.

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la Resolución “Por medio de la cual se definen los estándares de habilitación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que deben cumplir las Entidades Responsables del Aseguramiento y la adopción del Manual de Criterios y Estándares”.

Manual de Criterios y Estándares

Condición #1: Afiliación y libre elección en el SGSSS

Condición #2: Atención del usuario e información para el afiliado

Condición #3: Sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas

Condición #4: Autorización de servicios médicos, medicamentos e insumos

Condición #5: Fortalecimiento cultura de la seguridad social

Condición #6: Talento humano de la entidad

Condición #7: Sistemas de información y plataforma tecnológica de la entidad

Condición #8: Sistema de Gestión de Riesgos (SGR)

Condición #9: Red integral de prestadores de servicios de salud (RIPSS)

Condición #10: Salud pública y Determinantes Sociales de la Salud

Condición #11 - Condiciones financieras de la EPS y gestión de los recursos del SGSSS

Condición #12 – Recaudo, compensación de aportes y liquidación de prestaciones contributivas

Condición #13 - Contratación y pago de servicios

Condición #14 - Gobierno organizacional

Condición #15 - Rendición de cuentas