



RESOLUCION NÚMERO 01699 DE 2007

(10 OCT.) 2007

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Por medio de la cual se condiciona una autorización de habilitación para administrar los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**

EL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

En ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por la Ley 100 de 1993; la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007, los Decretos 515 de 2004, 506 y 3880 de 2005 y 1018 de 2007 y

CONSIDERANDO

1. Que la Seguridad Social y la atención en salud, se encuentran definidas por la Constitución Política, en sus artículos 48 y 49, como servicios públicos de carácter obligatorio, a cargo del Estado, disponiendo que se prestarán bajo la dirección, coordinación y control del Estado, acatando los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Fijó, en consecuencia, la norma superior los pilares de la organización, estructura, características y funcionamiento de la prestación de los servicios de salud en Colombia, ligado completamente al concepto de finalidad social del Estado, asegurando, de suyo, que la misma resulte eficiente para todos los habitantes del territorio nacional.
2. Que la H. Corte Constitucional en sentencia T-722 del 7 de julio de 2005 señaló que el derecho a la salud *prima facie* no tiene el carácter de fundamental, no obstante bajo ciertos presupuestos adquiere tal naturaleza. Sobre el particular, la Corte, precisó que "existe un derecho fundamental a la salud como derecho constitucional que: i) funcionalmente está dirigido a conseguir la dignidad humana, y ii) se traduce como un derecho subjetivo (Sentencia T- 697 de 2004). En efecto la Corte ha considerado que, en sí mismo (sin la regulación que establezca prestaciones y obligados) el derecho a la salud no puede ser considerado fundamental porque no es un derecho subjetivo. Sin embargo, al adoptarse internamente un sistema de salud en el cual se identifican los factores de riesgo, las enfermedades, medicamentos, procedimientos, y en general, los factores que el sistema va atender para lograr la recuperación y el disfrute del máximo nivel posible de salud en un momento histórico determinado, se supera la instancia de indeterminación que permite que el propósito funcional del derecho se traduzca en un derecho subjetivo. (Sentencia T-859 de 2003). Por consiguiente, puede sostenerse que tiene naturaleza de derecho fundamental, de manera autónoma, el derecho a recibir la atención en salud, definidas en el plan básico de salud y el plan obligatorio de salud subsidiado, con respecto de los elementos derivados de las obligaciones básicas definidas en la observación general No 14 del Comité de Derechos Económicos sociales y culturales de las Naciones Unidas. De conformidad con el cual el derecho a la salud se estima fundamental, comprende el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente y la efectividad del derecho se sujeta a la realización de procedimientos."

[Handwritten signature]

Por medio de la cual se condiciona una autorización de habilitación para administrar los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**

3. Que siguiendo el mandato constitucional, la Ley 100 de 1993, en su artículo 4º, desarrolló la Seguridad Social como servicio público obligatorio esencial en lo que atañe con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y organizó, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el funcionamiento y administración de los regímenes Contributivo y Subsidiado, los cuales coexisten articuladamente. De conformidad con el artículo 212 de la Ley 100 de 1993, el propósito del Régimen Subsidiado consiste en financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables, bajo el concepto de administración desarrollado por el artículo 215 de la citada norma, y sujetos a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud (Art. 225).
4. Que el legislador se ocupó, además, de la regulación del Plan de Beneficios, específicamente en el artículo 162 define el Plan Obligatorio de Salud, su contenido, las reglas para su prestación, imponiendo a la Superintendencia Nacional de Salud la verificación del cumplimiento de estos presupuestos por parte de las entidades promotoras de salud en todo el territorio nacional, señalando los requisitos que deberían reunir las entidades promotoras de salud para obtener la autorización de funcionamiento.
5. Que la Ley 715 de 2005 determinó las competencias generales de la Nación en lo atinente a la salud y la Ley 812 de 2003 fijó los criterios de entorno ambiental, accesibilidad, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios, para la habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios, Administradoras del Régimen Subsidiado y Empresas Promotoras de Salud, así como las condiciones técnicas, administrativas y financieras que garanticen la prestación adecuada de los servicios y la administración del riesgo en salud.
6. Que el artículo 6º del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995 estableció que, cuando el Superintendente Nacional de Salud determine que el capital de una Entidad Promotora de Salud ha caído por debajo de los límites mínimos establecidos en las disposiciones legales correspondientes o en sus estatutos, afectándose gravemente su continuidad en la prestación del servicio, podrá pedir las explicaciones del caso y ordenarle que cubra la deficiencia dentro de un término no superior a seis (6) meses.
7. Que el Decreto 515 de 2004, en desarrollo de los preceptos legales estableció en su artículo 10 la competencia para habilitar las ARS - EPS S-, mediante la verificación del cumplimiento de las condiciones y procedimientos para la habilitación, otorgando a la Superintendencia Nacional de Salud la competencia para habilitar a las ARS - EPS S.
8. Que el Decreto 506 de 2005 consagró la facultad del Superintendente Nacional de Salud para revocar y suspender el certificado de funcionamiento o la revocatoria de habilitación de una Entidad Promotora de Salud o de una Entidad Administradora del Régimen Subsidiado, ahora Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPS S, cualquiera sea el régimen que administre o la naturaleza jurídica de la entidad, en cualquier momento que se establezca alguna de las causales a que se refieren los artículos 230 y 153 numeral 4º de la Ley 100 de 1993.
9. Que el Decreto 506 de 2005 además estableció que, como consecuencia de la revocatoria del certificado de funcionamiento o de la habilitación de una Entidad

Por medio de la cual se condiciona una autorización de habilitación para administrar los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**

Promotora de Salud o Entidad Administradora del Régimen Subsidiado, la Superintendencia Nacional de Salud podrá efectuar la toma de posesión de bienes, haberes y negocios, adoptar medidas cautelares o permitir que la entidad a la cual se le revocó proceda de acuerdo con sus propios estatutos, previas instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

10. Que el numeral 1.1 del capítulo III de la Circular 016 de 2005 establece que las Entidades Promotoras de Salud que administren el Régimen Contributivo y/o el Subsidiado deberán determinar y acreditar trimestralmente un patrimonio mínimo igual o superior al equivalente a diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv). Es decir que las EPS que administren los dos regímenes en total deben determinar y acreditar un patrimonio mínimo equivalente a veinte mil (20.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv).
11. Que el Decreto 3880 de octubre 31 de 2005 facultó a la Superintendencia Nacional de Salud para habilitar a las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, habilitación sujeta al cumplimiento de Planes de Mejoramiento o de Desempeño o de Actividades, con el fin de que se ajusten en un plazo máximo de seis meses contados a partir del 1° de marzo del 2004, para solicitar la habilitación.
12. Que estas entidades, dispuso el Gobierno Nacional en el artículo 12 del Decreto 3880 de 2005 podrán seguir operando, hasta tanto la Superintendencia nacional de Salud, antes del 28 de febrero de 2006, profiera el acto administrativo que decida sobre la habilitación. Para tal efecto deben cumplir con la totalidad de los estándares mínimos a que se refiere el Decreto 515 de 2004 y mantenerlos en los subsiguientes monitoreos de habilitación, proceso de habilitación incluirá planes de desempeño previos y se ocupará de las circunstancias que determinaron las medidas cautelares impartidas previamente, las cuales se aplicarán, si fuere el caso, cuando se resuelva sobre la habilitación, sin perjuicio de las medidas que considere necesarias la Superintendencia Nacional de Salud, y de las demás funciones asignadas por la ley a esa entidad.
13. Así mismo dispuso el Decreto del Gobierno que, al vencimiento de los Planes de Mejoramiento o de Desempeño o de Actividades sin que hayan cumplido los estándares mínimos, la Superintendencia nacional de Salud procederá a la revocatoria de la habilitación o a la revocatoria de la autorización de funcionamiento, medida que podrá aplicarse en cualquier momento, cuando a juicio de la Superintendencia Nacional de Salud, esta determine que no es posible el cumplimiento en los plazos pactados u ordenados en los mencionados Planes.
14. Que el proceso de habilitación, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se dirige a verificar el cumplimiento de las condiciones técnico administrativas, financieras y tecnológico científicas definidas por la normatividad vigente y es la Superintendencia Nacional de Salud la competente para realizar el monitoreo y evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia.
15. Que el numeral 1.1 del capítulo III de la Circular 016 de 2005 establece que las Entidades Promotoras de Salud que administren el Régimen Contributivo y/o el Subsidiado deberán determinar y acreditar trimestralmente un patrimonio mínimo igual o superior al equivalente a diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv). Es decir que las EPS que administren los dos regímenes en total deben determinar y acreditar un patrimonio mínimo equivalente a veinte mil (20.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv).

Por medio de la cual se condiciona una autorización de habilitación para administrar los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**

SUJETO DE LA HABILITACIÓN:

El sujeto de la presente decisión es la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**, es una entidad por la Ley 82 de 1912, reorganizada por los Decretos 3267 de 1963, 129 de 1976 y 1541 de 1995 y transformada mediante la Ley 314 del 20 de agosto de 1996 en Empresa Industrial y Comercial del Estado del orden Nacional, con Personería Jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, vinculada al Ministerio de la Protección Social, en virtud del Decreto 205 de 2003. Se rige por la ley que la creo y por los estatutos adoptados mediante Decreto 456 del 25 de febrero de 1997, expedido por el Ministerio de Comunicaciones, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, representada legalmente por el doctor **CARLOS TADEO GIRALDO GÓMEZ**, y autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución No. 0845 del 14 de noviembre de 1995, para administrar los recursos de los regímenes contributivo y subsidiado.

ANTECEDENTES DE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM

A CAPRECOM la Superintendencia Nacional de Salud resolvió, mediante Resolución 0356 del 24 de febrero de 2006, habilitarla condicionalmente para la operación del régimen subsidiado sujeto a un plan de mejoramiento otorgándole la siguiente cobertura geográfica y poblacional:

AREA GEOGRÁFICA	CAPACIDAD AFILIACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO
AMAZONAS	50.000
ANTIOQUIA	200.000
ARAUCA	30.000
ATLÁNTICO	300.000
BOGOTA	300.000
BOLÍVAR	200.000
BOYACA	200.000
CALDAS	120.000
CAQUETA	100.000
CASANARE	50.000
CAUCA	100.000
CESAR	150.000
CORDOBA	200.000
CUNDINAMARCA	100.000
CHOCO	100.000
HUILA	100.000
GUAJIRA	35.000
GUAINIA	20.000
GUAVIARE	50.000
MAGDALENA	250.000
META	100.000
NARIÑO	100.000
NORTE DE SANTANDER	100.000
PUTUMAYO	50.000
QUINDIO	50.000
RISARALDA	50.000

Por medio de la cual se condiciona una autorización de habilitación para administrar los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**

AREA GEOGRÁFICA	CAPACIDAD AFILIACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO
SAN ANDRES	50.000
SANTANDER	250.000
SUCRE	100.000
TOLIMA	80.000
VALLE	362.174
VAUPES	20.000
VICHADA	20.000
TOTAL	3.987.174

Por su parte, **LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM** presentó ante la Superintendencia Nacional de Salud el Plan de mejoramiento, en el que se comprometió a subsanar las deficiencias encontradas en el cumplimiento de los estándares de habilitación, al 4 de enero de 2007. Y aunque la firma JAVH McGregor, en cumplimiento a su objeto contractual en visita en el período comprendido entre el 4, 5 y 6 de septiembre de 2007, determinó un cumplimiento del noventa y siete (97%) de los compromisos pactados en el Plan de Mejoramiento, el Superintendente Delegado para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud certificó, con fecha septiembre 28 de 2007, que **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**, no cumplió con el patrimonio mínimo legal.

ANÁLISIS DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Para efectos del presente análisis es preciso diferenciar tres parámetros esenciales para estructurar la decisión que se adoptará en este proveído, esto es, cumplimiento de los planes de mejoramiento, oportunidad en el reporte de información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud y cumplimiento de patrimonio mínimo y margen de solvencia.

Cumplimiento de los Planes de mejoramiento:

Que mediante adición al contrato numero 068 de 2006 suscrito por la Superintendencia Nacional de Salud con la firma JAVH MC GREGOR, se incluyo dentro del objeto, la verificación en campo el cumplimiento de los planes de mejoramiento suscritos con las EPS S vigiladas.

Este fue el resultado reportado por la firma McGregor:

Este es el soporte reportado por el Superintendente Delegado para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud:

CUENTAS	CAPRECOM
Capital Social	15.598.587
Reserva Legal	0
Prima en Colocación de Acciones	0
Patrimonio Mínimo antes de deducir perdidas	15.598.587
Menos: Pérdidas acumuladas a la fecha de corte	14.843.264
Patrimonio Mínimo	755.323
Patrimonio Mínimo Requerido	4.337.000

Por medio de la cual se condiciona una autorización de habilitación para administrar los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**

Diferencia	-3.581.677
------------	------------

Con la verificación del cumplimiento de las condiciones mencionadas, es deber de este organismo de control, garantizar la prestación de servicios de salud por parte de las ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS, en las mejores condiciones de Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad.

CONDICIONES Y PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN:

El artículo 1° del Decreto 506 de 2005, el cual modifico el Decreto 515 de 2004, estableció que para garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud, las entidades del régimen subsidiado, deberán dar cumplimiento a las siguientes condiciones de operación y permanencia:

CONDICIONES DE OPERACIÓN:

CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA. Las condiciones de capacidad técnico-administrativa, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

1. La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica.
2. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados.
3. El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multiafiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable.
4. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento.
5. El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos.
6. La liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado. Incumplen las condiciones técnico-administrativas de operación las ARS que por causas imputables a ellas, no hayan liquidado los contratos de administración de régimen subsidiado.

Por medio de la cual se condiciona una autorización de habilitación para administrar los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**

CAPACIDAD FINANCIERA. Las condiciones de capacidad financiera, deberán tener en cuenta, el capital o fondo social mínimo que de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad, garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad según lo establecido en las disposiciones vigentes y lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados, y la constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes para la administración de los recursos del régimen subsidiado, según el caso.

CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Las condiciones en materia de capacidad tecnológica y científica, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

1. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
2. La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad.
3. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios.
4. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contra referencia de pacientes.
5. El diseño, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.
6. Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.

Que se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre las ARS y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice una ARS con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores de servicios de salud de la ARS, esto, es al prestador primario habilitado. La práctica de estos mecanismos de intermediación impedirá la habilitación de la ARS.

CONDICIONES PARA LA PERMANENCIA

Que dentro de las condiciones de permanencia se deberán demostrar, como mínimo:

1. La implementación, ejecución, cumplimiento y actualización permanente de las condiciones técnico – administrativas de operación.

Por medio de la cual se condiciona una autorización de habilitación para administrar los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**

2. La entrega en forma oportuna, veraz y consistente, de los reportes de información requerida por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.
3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de las condiciones contractuales y los pagos acordados con los prestadores.
4. El cumplimiento del número mínimo de afiliados exigidos para la operación como entidades administradoras del régimen subsidiado.
5. La puesta en funcionamiento de los mecanismos que permitan la participación e intervención de la comunidad afiliada en la gestión de servicios de salud y, la protección y defensa de los usuarios afiliados a la entidad.

Así las cosas, frente al resultado obtenido por la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**, en cuanto a la capacidad financiera, tenemos que el artículo 6° del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995, referido en el numeral 7° del capítulo de los considerandos del presente acto, señaló que, cuando el Superintendente Nacional de Salud determine que el capital de una Entidad Promotora de Salud ha caído por debajo de los límites mínimos establecidos en las disposiciones legales correspondientes o en sus estatutos, podrá pedir explicaciones, en caso de así considerarlo y, además, ordenarle que cubra la deficiencia dentro de un término no superior a seis (6) meses.

Estándar 6. Procesos y procedimientos de afiliación y registro.
Procedimientos de defensa del usuario.

ACTIVIDAD STANDAR	PRODUCTO	ACTIVIDAD ENCONTRADA	TIEMPO DE EJECUCIÓN
<p>Implementación: Defensa de los derechos de los usuarios. Organizar la participación de los afiliados, a través de asociación de usuarios en todas las áreas geográficas donde opera, con el fin de velar por el cumplimiento de los derechos y deberes e identificar las necesidades de la población afiliada.</p>	<p>Adopción de mecanismos que determinen: - La oportuna canalización de las afiliados: Informe de quejas del último trimestre y trámite a las mismas. - La participación social (Asociaciones de Usuarios): Actas de conformación y reuniones del último semestre por municipio. - Realización de informes de gestión por periodo de tiempo determinado. - Cuadro consolidado de quejas con seguimiento y solución final.</p>	<p>Los informes de gestión son institucionales mas no de los usuarios, la entidad desarrolla planes de capacitación , anexo 6.1.2 para ser desarrollados en el nivel nacional.</p>	6 Meses

Estándar 6. Procesos y procedimientos de afiliación y registro.
Procedimientos para entrenar a los prestadores de su red para brindar la información a los usuarios.

[Handwritten signatures and initials]

Por medio de la cual se condiciona una autorización de habilitación para administrar los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**

ACTIVIDAD STANDAR	PRODUCTO	ACTIVIDAD ENCONTRADA	TIEMPO DE EJECUCIÓN
<p>Implementación: Establecer e implementar estrategias de participación que promuevan el ejercicio pleno de los derechos y deberes de los afiliados, toda vez que, son los prestadores de servicios de salud, quienes tienen un contacto directo y permanente con los usuarios, convirtiéndose en intermediarios fundamentales para orientar y responder a los requerimientos de éstos en eficiencia y oportunidad.</p>	<p>Implementación: Documentación que permita constatar la ejecución de los procedimientos para entrenar a los prestadores de su red para brindar la información a los usuarios, tales como: - Programas de planeación y ejecución de actividades de capacitación. - Certificación de asistencia. - Plan de capacitación anual y ejecución del mismo. - Actas de capacitación con planillas de asistencia.</p>	<p>- No se evidencia la implementación formal de un plan de capacitación dirigido a los prestadores. Esa capacitación se realiza según necesidades de los servicios y atendiendo a las directrices de la coordinadora de red nacional de red de servicios cada una de las regionales programa sus capacitaciones teniendo en cuenta las temáticas del nivel central.</p>	6 Meses

Estándar 8. Diseño de un sistema de información

Procedimientos de validación de la información sobre los prestadores de servicios de salud, mediante los cuales prestará los servicios del plan de beneficios.

ACTIVIDAD STANDAR	PRODUCTO	ACTIVIDAD ENCONTRADA	TIEMPO DE EJECUCIÓN
<p>Implementación: Desarrollar rutinas o tareas en la herramienta tecnológica de la entidad, que impidan el ingreso de valores no válidos en los campos definidos en los formularios de captura de la información sobre los prestadores de servicios de salud.</p>	<p>Implementación: Pantallas de captura de la información sobre los prestadores de servicios de salud, en donde se observe la evolución de los procedimientos de validación implementados en el módulo "Red de servicios", utilizado por la entidad (listas de valores, campos obligatorios, parametrización de los datos), de acuerdo con los criterios definidos para su ejecución.</p>	<p>- Se verificó documento y software que muestran los avances según el documento con los campos obligatorios y las tablas de parametrización de los datos y su respectiva validación, pero el software permite ingresar datos no válidos como fechas, edición del Usuario que ingresa la información. Anexos 8.5.1.</p>	6 Meses

Estándar 8. Diseño de un sistema de información

Procedimientos de validación de la información sobre la autorización y prestación de servicios de salud a los afiliados, en congruencia con las normas vigentes sobre reporte de información.

ACTIVIDAD STANDAR	PRODUCTO	ACTIVIDAD ENCONTRADA	TIEMPO DE EJECUCIÓN
<p>Implementación: Desarrollar rutinas o</p>	<p>Implementación: Pantallas de captura</p>	<p>- Se verificó el software, pero no se realiza</p>	6 Meses

Por medio de la cual se condiciona una autorización de habilitación para administrar los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**

<p>tareas en una herramienta tecnológica, que impidan el ingreso de valores no válidos en los campos definidos en los formularios de captura de la información sobre la autorización y prestación de servicios de salud a los afiliados. Tener en cuenta como mínimo actividades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Validación de derechos de los usuarios. -Relación de prestadores con servicios contratados. -Parametrización de los servicios por grupo etéreo y por género. -Validación de fechas. 	<p>de la información sobre la autorización y prestación de servicios de salud a los afiliados, en donde se observe la evolución de los procedimientos de validación implementados sobre una herramienta tecnológica (listas de valores, campos obligatorios, mensajes de alerta por errores, parametrización de los datos, entre otros), de acuerdo con los criterios definidos para su ejecución.</p>	<p>validación de los datos de las IPS, por cuanto se permite generar autorización para IPS no contratadas, con servicios no habilitados, los cuales se generan y podrían validar con el módulo de Red de IPS. Anexos 8.8.1.</p>
--	--	---

CONCLUSIONES

1. **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES "CAPRECOM"** no cumplió el plan de mejoramiento.
2. **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES "CAPRECOM"** cumplió con la oportunidad en el reporte de la información financiera.
3. **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES "CAPRECOM"** no cumple con el patrimonio mínimo requerido.
4. **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM** cumple el margen de solvencia requeridos.
5. En los términos de los artículos 11 y 13 del Decreto 515 de 2004, la entidad deberá enviar la información que demuestre el cumplimiento de las condiciones de permanencia, dentro de los seis (6) meses siguientes al otorgamiento de la habilitación. La Superintendencia Nacional de Salud, realizará como mínimo en forma anual el monitoreo de la entidad habilitada, para evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia, iniciando en el primer semestre del año 2008.

CONSECUENCIAS DEL ANÁLISIS

Las decisiones que entrará a tomar la Superintendencia Nacional de Salud, deben tener como beneficiarios finales los afiliados, motivo por el cual se entrará además a determinar el futuro de los mismos, sobre la base de entender que son ellos la razón de ser del Sistema y por ende de la Superintendencia Nacional de Salud.

Las consecuencias son las siguientes:

1. Condicionar la Habilitación a **"CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM "CAPRECOM"**
2. Comunicar a los departamentos en los cuales la EPS tiene afiliados.
3. Se realizará visita inspectiva en terreno para evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia, iniciando en el primer semestre del 2008

Por medio de la cual se condiciona una autorización de habilitación para administrar los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM**

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: CONDICIONAR LA HABILITACIÓN de la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM** por un término de seis (6) meses, hasta que se cumpla el plan de actividades así como el patrimonio mínimo requerido que se encuentra definido en la parte considerativa de este acto administrativo, de conformidad con lo establecido en el Decreto 3880 de 2005.

PARÁGRAFO PRIMERO: Si al vencimiento del plazo estipulado en la presente decisión la entidad no ha demostrado el cumplimiento del patrimonio mínimo requerido, se procederá a **REVOCAR** la habilitación, en los términos de ley.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El condicionamiento para la habilitación será independiente de las condiciones de permanencia de la entidad, en el entendido de que la Superintendencia Nacional de Salud realizará el monitoreo de la entidad habilitada para evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia previstas en el Decreto 515 de 2004. Durante la vigencia del 2008.

ARTÍCULO SEGUNDO: NOTIFICAR PERSONALMENTE el contenido de la presente decisión al doctor **CARLOS TADEO GIRALDO GÓMEZ** en su calidad de representante legal de la **CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM** o quien hiciere sus veces, en la carrera 69 No. 47 -34 Centro Administrativo No. 2 de Bogotá

ARTÍCULO TERCERO: Remitir el contenido de la presente resolución al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Gobernadores de los Departamentos Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caqueta, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Chocó, Huila, Guajira, Guainia, Guaviare, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima, Valle, Vaupes y Vichada.

ARTICULO CUARTO: La presente resolución rige a partir de su notificación y contra la misma procede el recurso de reposición, el cual deberá presentarse dentro de los cinco (5) días subsiguientes al envío de la citación, súrtase la notificación por edicto, en los términos del artículo 45 del Código Contencioso Administrativo

Dada en Bogotá D. C., a los **10 OCT. 2007**

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE


JOSÉ REMÁN TRUJILLO GARCÍA
SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD


Proyectó: Shirley Cooper
Revisó: Alba Nereida Ramirez
Aprobó: Elodia Ramirez