

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED



Maicao, La Guajira

Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	2 de 15		

CONTENIDO

1. OBJETIVO GENERAL.....	3
2. ALCANCE.....	3
3. DEFINICIONES.....	3
4. MARCO LEGAL.....	7
5. NORMAS Y POLITICAS INTERNAS.....	9
6. MATERIALES NECESARIOS	10
7. ENTRADAS	10
8. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	11
9. RESPONSABLE POR LA SOCIALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	12
10. RESPONSABLES POR LA EJECUCIÓN	12
11. PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS	12
12. INDICADORES	12
13. FLUJOGRAMA.....	14
14. CONTROL DE CAMBIOS.....	15

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo

Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	3 de 15		

1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la oferta en la prestación de servicios de salud a cargo de la Red prestadora contratada por la EPSI Anas Wayuu, en relación a la demanda agregada de la población afiliada, con el fin de generar datos que permitan la toma de decisiones a la Dirección de Contratación y Planeación para conformar de esta forma la red prestadora amplia y suficiente.

2. ALCANCE

Inicia con el análisis del resultado de estudio de la demanda y oferta, hasta la generación de la información relacionada con la capacidad instalada reportada por las instituciones prestadoras de salud y los registros anuales de autorizaciones y atenciones efectivas gestionados anualmente, de conformidad a la modalidad del contrato de servicios de la E.P.S.I Anas wayuu.

3. DEFINICIONES

- **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario y/o afiliado de utilizar los servicios de salud que le garantiza la EPSI según lo establecido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual se evalúa mediante la verificación de la facilidad que el usuario tiene para acceder a los servicios contratados con las IPS pertenecientes a la red de servicios y con la medición de los tiempos de espera para la atención presencial y telefónica.
- **Afiliado:** Es la persona que, inscrita previamente en los registros de la EPSI, adquiere la calidad de afiliado al Régimen Subsidiado.
- **Aseguradora:** Es aquel intermediario financiero que proporciona cobertura, en forma de compensación resultante de la pérdida, daño, lesión, tratamiento o dificultades a cambio de unos pagos llamados primas.
- **Atención de salud:** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades,

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo

Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	4 de 15		

procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

- **Contrato:** Pacto o convenio escrito entre la EPSI y la IPS con obligaciones reciprocas entre las partes sobre bienes o servicio cuyo cumplimiento puede ser compelido.
- **Demanda:** Hace referencia a la solicitud de servicios resultante de las necesidades de atención en salud de la población afiliada a la EPSI Anas Wayuu.
- **Demanda agregada:** Es la resultante de la suma de la demanda ex ante y la demanda efectiva real.
- **Demanda Ex ante:** Es la estimación de la demanda realizada a partir de los riesgos gestionados y aquellos a gestionar durante un periodo de tiempo determinado tomando como referencia las poblaciones afiliadas, para el último año disponible y las actividades de Protección Específica y Detección Temprana de la salud de la población en riesgo.
- **Demanda real:** Es la estimación que se efectúa tras las peticiones de los usuarios para un periodo de tiempo determinado, utilizando los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS.
- **Empresas administradoras de planes de beneficios – EAPB:** Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.
- **Frecuencia del servicio:** Es el número de atenciones promedio realizadas por cada afiliado durante períodos determinados en las zonas de acción de la EPSI de acuerdo a la necesidad que se requiera analizar.
- **Niveles de atención:** Es la clasificación de los servicios médicos de acuerdo a la complejidad primaria y complementaria.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo

Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	5 de 15		

- **Oferta:** Hace referencia a la disponibilidad de recursos en termino de personal profesional, técnico, equipos, camas etc. con que cuenta las instituciones de Servicios de salud adscritas a Anas wayuu, para garantizar los servicios ofrecidos y que determina su capacidad resolutive.
- **Orden médica:** Formula, Remisión o documento expedido por el médico tratante en el cual solicita un tratamiento, procedimiento, suministro o examen diagnóstico.
- **Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta:** Modalidad prospectiva en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud.
- **Pago global prospectivo:** Modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades.
- **Pago por capitación:** Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado.
- **Pago por evento:** Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo

Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	6 de 15		

- **Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales y se evalúa mediante la verificación del funcionamiento del comité de historias clínicas, el comité de autorizaciones, de farmacia y terapéutica, la verificación de los indicadores de uso por servicio para la población asignada, y auditoría médica concurrente.
- **Portafolios de servicios:** Es un tipo de publicidad directa o catálogo mediante el cual la IPS describe los servicios ofertados, la capacidad, las tarifas y ventajas.
- **Prestadores de servicios de salud:** Prestadores de servicios de salud -PSS. Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y el transporte especial de pacientes, que estén inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS y cuenten con servicios habilitados. Esto no incluye a las entidades con objeto social diferente, teniendo en cuenta que sus servicios no se financian con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS.
- **Proveedores de tecnologías en salud -PTS:** Se considera toda persona natural o jurídica que realice la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas actividades
- **Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para programas sociales - SISBEN:** Encuesta realizada a la población de cada Municipio para definir su nivel o estrato socioeconómico.
- **Suficiencia de red:** Permite evaluar la disponibilidad y la calidad de los recursos técnicos y científicos, de la estructura que declaran las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo

Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	7 de 15		

4. MARCO LEGAL

NORMA	DESCRIPCIÓN
Ley 100 de 1993	Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Decreto 050 de 2003	Por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones; con el objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública.
Decreto 4747 de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.
Circular Externa 047 de 2007	Instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo

Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	8 de 15		

Resolución Número 3047 de 2008	Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.
Circular externa no. 049 (2 de abril de 2008)	Modificación a las instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control Contenidas en la circular externa no. 047 (circular Única).
Ley 1438 del 2011	Por el cual se reforma el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones; con el objeto de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo.
Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Decreto 1848 de 2017	Por el cual se adiciona la Sección 2 al Capítulo 4 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con el Sistema de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, aplicables durante el periodo de transición al Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI- y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3100 de 2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo

Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	9 de 15		

Decreto 441 de 2022	Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.
Resolución 2808 de 2022	Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

5. NORMAS Y POLITICAS INTERNAS

Analizar y Considerar todas las variables, además de los aspectos relacionados con el acceso a los servicios de salud, dispersión geográfica, socio-culturales de los afiliados, y la frecuencia de uso de los servicios de salud.

Para garantizar la red de servicios y las tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de forma amplia, suficiente y con capacidad resolutive se debe:

- ✓ Identificar las Instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas, servicios ofertados, capacidad instalada, y grados de complejidad en los municipios donde la Anas Wayuu EPSI tenga afiliados en el componente primario y las existentes en el departamento y fuera del Departamento de la Guajira para la atención complementaria, para conformar la red.
- ✓ Detallar la demanda ex ante, real y agregada existente de servicios, insumos, medicamentos y procedimientos de la población afiliada de Anas wayuu producto de la proyección y el cálculo de la demanda, de acuerdo a lo descrito en el Procedimiento Proyección de Oferta y Demanda PD-1110-02.
- ✓ Analizar las necesidades y expectativas de la demanda real atendida y potencial de las IPS de la red de servicios contratada.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo

Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	10 de 15		

- ✓ Analizar la relación matemática existente entre la capacidad instalada y la disponibilidad de recursos habilitados vs. la población a la cual se destina y se preveé va a demandar la utilización de los servicios de salud.
- ✓ Conformar la red en los diferentes niveles de atención del sistema de servicios de salud municipal y departamental de acuerdo a los resultados del análisis de la relación matemática.

Las variables básicas para identificar los estándares de disponibilidad son:

- ✓ Población objeto Población objeto y susceptible del servicio.
- ✓ Numero de autorizaciones y atenciones efectivas gestionados anualmente de conformidad a la modalidad del contrato.

6. MATERIALES NECESARIOS

- ✓ Oficinas administrativas al interior de la entidad.
- ✓ Muebles de oficina.
- ✓ Herramientas de oficina.
- ✓ Teléfono o celular.
- ✓ Archivadores.
- ✓ Computadores.
- ✓ Aplicaciones de apoyo.
- ✓ Internet.
- ✓ Conexiones periféricas.
- ✓ Impresora.
- ✓ Papelería.

7. ENTRADAS

- ✓ Población objeto afiliada.
- ✓ Capacidad operativa instalada en la región.
- ✓ Proyección de la Demanda y Oferta.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo

Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	11 de 15		

8. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

N.º	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTRO
1.	Solicitar a la Dirección de Servicios en Salud información anual sobre el número de internaciones y duración de las mismas por complejidad.	Dirección de Contratación y Planeación	Correo electrónico / Software corporativo
2.	Consolidar la capacidad instalada de los prestadores de acuerdo al grado de complejidad de atención en salud.	Dirección de Contratación y Planeación	Base de datos y tabla dinámica consolidada
3.	Verificar la habilitación y servicios ofertados por las Instituciones prestadoras de servicios de salud y grados de complejidad, existentes en los municipios donde Anas wayuu tiene cobertura.	Jefe de Gestión Contractual	Verificación en la Web REPS
4.	Calcular la demanda Ex-ante, real y agregada; y el nivel de oferta por prestador y municipio.	Actuaria	Informe en Excel
5.	Analizar las necesidades y expectativas calculadas a partir de la demanda agregada de la red de servicios contratada y comparar con la capacidad instalada de los prestadores.	Actuaria	Cálculo matemático
5.1	En caso de que la información no sea suficiente, solicitar complementaria a los procesos que sean necesarios.	Dirección de Contratación y Planeación	Correo electrónico
6.	Generar Informe de Evaluación Suficiencia de Red.	Dirección de Contratación y Planeación / Actuaria	Informe de evaluación de suficiencia de Red

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo

Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	12 de 15		

7.	Presentar el informe de Suficiencia de Red al comité de Contratación fines pertinentes.	Director de Contratación y Planeación	Acta de reunión
8.	Presentar el informe de Suficiencia de Red a gerencia para toma de decisiones.	Director de Contratación y Planeación	Directriz gerencial

9. RESPONSABLE POR LA SOCIALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- ✓ Dirección de Contratación y Planeación.

10. RESPONSABLES POR LA EJECUCIÓN

- ✓ Dirección de Contratación y Planeación.
- ✓ Actuaría.

11. PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Informe de Evaluación Suficiencia de Red.
- ✓ Acta de Comité de Contratación.

12. INDICADORES

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META	FRECUENCIA DE MEDICIÓN
1	Frecuencia de Uso de internación	Numero de Hospitalizaciones	Número total de camas capacidad instalada contratada por municipio y complejidad	Por cada 100 camas contratadas	Anual

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo

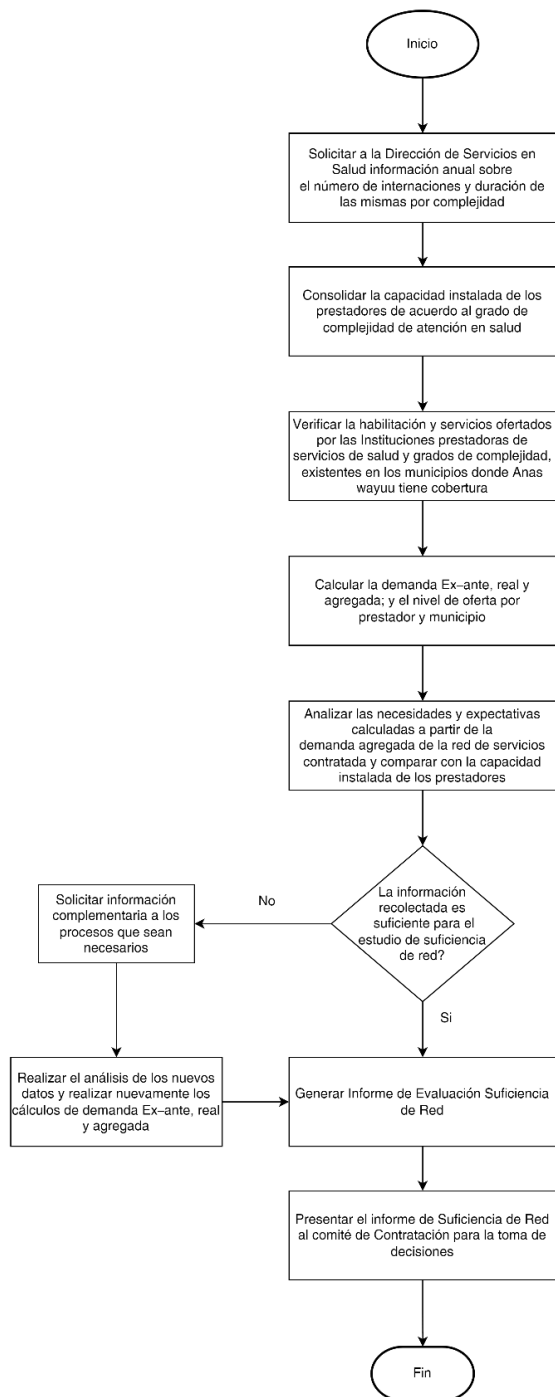
Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	13 de 15		

2	Frecuencia de Uso de Quirófanos	Numero de Cirugías Realizadas	Número total de Quirófanos capacidad instalada contratada por municipio y complejidad	Por cada 10 Quirófanos contratadas	Anual
3	Frecuencia de Uso de Ambulancias	Numero de Ambulancias utilizadas	Número total de Ambulancias capacidad instalada contratada por municipio y complejidad	Por cada 10 Ambulancias contratadas	Anual.
4	Relación del número de médicos generales contratados con la población total afiliada	Número de profesionales médicos capacidad instalada Contratada	Total, Población afiliada a la EPSI Anas Wayuu por municipio y complejidad	Por cada 1000 Afiliados	Anual

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo

Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	14 de 15		

13. FLUJOGRAMA



Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo

Código:	PD-1110-03	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN SUFICIENCIA DE RED	
Versión:	5.0-20-01-25		
Página:	15 de 15		

14. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	PAGINAS	FECHA DE INICIAL	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCION DEL CAMBIOS
1.0	Dieciséis (16)	16/04/2014	16/04/2014	Creación.
2.0	Dieciséis (16)	16/04/2014	21/10/2015	Actualización.
2.1	Catorce (14)	16/04/2014	29/07/2016	Modificación del membrete quedando 3 filas que contemplan código, versión y páginas, cambio de códigos de letras a números, cambio en la orientación del documento de horizontal a vertical.
3.0	Doce (12)	29/07/2016	06/03/2018	Actualización de normatividad vigente, Actividades, Flujograma, indicadores e Inclusión normas y políticas.
4.0	Catorce (14)	06/03/2018	08/03/2023	Actualización de logotipo, código de documento, glosario, marco legal, normas y políticas, descripción de actividades, responsables y flujograma.
5.0	Quince (15)	08/03/2023	20/01/2025	Se actualiza en el documento logo de la Supersalud según lo dispuesto por la Circular Externa 2024151000000013-5 de 2024.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:
Jefe de Gestión Contractual	Director de Contratación y Planeación	Consejo Directivo