

ACUERDO 245 DE 2003

(enero 31)

Diario Oficial No. 45.145, de 1 de abril de 2003

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Por el cual se establece la política de atención integral de patologías de alto costo, para los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS.

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Demanda de nulidad contra este acuerdo. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Sentencia de 11 de octubre de 2006, Expediente No. 0311, Consejero Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.
- Modificado por el Acuerdo 248 de 2003, publicado en el Diario Oficial No. 45.348, de 22 de octubre de 2003, 'Por el cual se modifica el artículo 3o. del Acuerdo 245 y se determina un nuevo plazo'.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD,

en ejercicio de sus facultades legales y en especial las otorgadas en los artículos 172 y 182 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política el Estado debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de salud;

Que mediante los Acuerdos 217 y 227 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud adoptó un mecanismo con el propósito de lograr una distribución equilibrada de los costos de atención de distintos tipos de riesgos, contener el gasto y garantizar un equilibrio financiero del SGSSS teniendo en cuenta la desviación del perfil epidemiológico de las EPS y las ARS;

Que la información reportada por las EPS en cumplimiento del Acuerdo 217 ha permitido determinar que la atención en salud de las patologías cuyo tratamiento se ha definido como de alto costo, con mayor impacto financiero y mayor desviación del perfil epidemiológico dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, son VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica;

Que se evidenció una concentración de pacientes con estas patologías en algunas EPS que afecta principalmente al grupo de 15 a 44 años frente a los demás grupos de etáreos;

Que la redistribución de costos contemplada en el Acuerdo 217 presenta dificultades de índole operativo;

Que es necesario establecer una política de alto costo tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, que permita corregir y prevenir la concentración de costos por tratamientos para las patologías mencionadas y prevenir el desequilibrio financiero mencionado;

Que la Dirección General de Aseguramiento, del entonces Ministerio de Salud recomendó redistribuir los pacientes con patologías de VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica, dentro de sus diferentes propuestas para solucionar los efectos del alto costo como acción de corto plazo. A mediano y largo plazo propuso un cambio en el modelo de atención que fortalezca las acciones de Promoción y Prevención, la detección temprana, el adecuado seguimiento y control de las enfermedades crónicas, así como su tratamiento adecuado;

Que las acciones a mediano y largo plazo evitan que se aplique indefinidamente el mecanismo de redistribución permanente, que podría generar desincentivos a la realización de actividades de Promoción y Prevención;

Que el presente acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 de CNSSS cuenta con

concepto previo favorable de la Oficina Asesora Jurídica del Ministerio de la Protección Social, por considerarlo ajustado a las normas vigentes el cual se anexa al acta correspondiente,

ACUERDA:

ARTÍCULO 1o. OBJETO. Establecer una política integral para el manejo del alto costo, garantizar la adecuada atención de los pacientes afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, realizar vigilancia epidemiológica y mejorar la utilización de los recursos financieros del Sistema. Así mismo se establecen medidas con el objeto de controlar y prevenir la selección del riesgo de los pacientes con los diagnósticos de VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica, que permita corregir y prevenir la concentración de estos enfermos para evitar el desequilibrio financiero de las EPS y ARS del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



ARTÍCULO 2o. COMPONENTES DE LA POLÍTICA DE ALTO COSTO. La política de alto costo de que trata el presente Acuerdo, tendrá los siguientes componentes:

1. Redistribución del riesgo
2. El control de la selección del riesgo
3. El Modelo de atención
4. Vigilancia Epidemiológica



ARTÍCULO 3o. DISTRIBUCIÓN EXCEPCIONAL DE PACIENTES CON VIH-SIDA E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. <Artículo modificado por el artículo 1 del Acuerdo 248 de 2003. El nuevo texto es el siguiente:> De manera excepcional y por una sola vez en el Régimen Contributivo, se realizará la distribución de pacientes con insuficiencia renal crónica y VIH-Sida que están siendo atendidos por entidades promotoras de salud que presenten concentración de estos, hacia las entidades promotoras de salud que tengan desviación por debajo de la tasa promedio de pacientes por cien mil afiliados, para lo cual se aplicarán las siguientes reglas:

1. Se identificarán los pacientes con diagnóstico comprobado con tales patologías a 31 de diciembre de 2002 con la información reportada de que trata el Acuerdo 217.
2. Se definirá el número esperado de pacientes con estas patologías utilizando la tasa promedio del número de pacientes por cien mil afiliados de la totalidad de las EPS más una desviación del 20% para cada patología, según información recibida durante el segundo semestre de 2002, en cumplimiento del Acuerdo 217 del CNSSS.
3. A partir de la diferencia entre el número esperado de pacientes y el número realmente atendido, se definirá para cada EPS el número de pacientes adicionales que recibirá según corresponda hasta el cupo establecido por EPS. El proceso se hará por departamento de tal manera que la redistribución de los traslados se realice entre las EPS que operen en el mismo sitio de residencia y de atención de los pacientes con las patologías de que trata el presente acuerdo.
4. La selección de los pacientes que se trasladarán de algunas EPS al igual que los que recibirán otras EPS, serán seleccionados por grupos etareos según el mecanismo que defina y aplique el Ministerio de la Protección Social.
5. Deberá informarse a los pacientes objeto de distribución y a su grupo familiar sobre las EPS a las cuales se pueden trasladar, conforme a lo establecido por el Ministerio de la Protección Social. Dichos pacientes deberán elegir la EPS a la cual se trasladarán dentro del mes siguiente a su notificación por parte de la EPS de la cual se traslada. Si dentro de este período el paciente y su grupo familiar no han elegido la EPS, el Ministerio de la Protección Social procederá a escoger la EPS a la cual serán trasladados. En cualquier caso, el traslado se hará efectivo el primer día hábil del mes subsiguiente al de la escogencia.
6. Durante todo el proceso se deberá garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del paciente.

Esta distribución se realizará a más tardar el 24 de octubre de 2003. En cualquier caso se hará extensiva a sus respectivos núcleos familiares.

PARÁGRAFO 1o. Se exceptúan de este mecanismo de redistribución, los afiliados a las entidades adaptadas al sistema.

PARÁGRAFO 2o. Con posterioridad a la aplicación del mecanismo excepcional previsto en el presente acuerdo, la población distribuida se sujetará a las normas vigentes del régimen general de movilidad aplicables en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 del Acuerdo 248 de 2003, publicado en el Diario Oficial No. 45.348, de 22 de octubre de 2003.

Legislación Anterior

Texto original del Acuerdo 245 de 2003:

ARTÍCULO 3. De manera excepcional y por una sola vez se realizará la distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y VIH-SIDA que están siendo atendidos por entidades Promotoras de Salud y Administradoras de recursos del Régimen subsidiado que presenten concentración de estos, hacia las entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado que tengan desviación por debajo de la tasa promedio de pacientes por cien mil afiliados, para lo cual se aplicarán las siguientes reglas:

En el Régimen Contributivo

1. Se identificarán los pacientes con diagnóstico comprobado con tales patologías a 31 de diciembre de 2002 con la información reportada en el Acuerdo 217.
2. Se definirá el número esperado de pacientes con estas patologías utilizando la tasa promedio del número de pacientes por cien mil afiliados de la totalidad de las EPS más una desviación del 20% para cada patología, según información recibida durante el segundo semestre de 2002, en cumplimiento del Acuerdo 217.
3. A partir de la diferencia entre el número esperado de pacientes y el número realmente atendido, se definirá para cada EPS, el número de pacientes adicionales que recibirá según corresponda hasta el cupo establecido por EPS. El proceso se hará por departamento de tal manera que la redistribución de los traslados se realice entre las EPS que operen en el mismo sitio de residencia y de atención de los pacientes con las patologías de que trata el presente acuerdo.
4. La selección de los pacientes que se trasladarán de algunas EPS al igual que los que recibirán otras EPS, serán seleccionados por grupos etéreos según el mecanismo que defina y aplique el Ministerio de la Protección Social.
5. Deberá informarse a los pacientes objeto de distribución y a su grupo familiar sobre las EPS a las cuales se puede trasladar, conforme a lo establecido por el Ministerio de la Protección Social. Dichos pacientes deberán elegir la EPS a la cual se trasladarán dentro del mes siguiente a su notificación por parte de la EPS de la cual se traslada. Si dentro de este período el paciente y su grupo familiar no han elegido la EPS, el Ministerio de la Protección Social procederá a escoger la EPS a la cual serán trasladados. En cualquier caso, el traslado se hará efectivo el primer día hábil del mes subsiguiente al de la escogencia.
6. Durante todo el proceso se deberá garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del paciente.

En el Régimen Subsidiado

1. Se tomarán los pacientes con diagnóstico comprobado con VIH-SIDA que se encontraban en tratamiento con antrirretrovirales y aquellos con Insuficiencia Renal Crónica que requirieron diálisis y/o hemodiálisis a 31 de diciembre de 2002, para lo cual el Ministerio de la Protección Social definirá el procedimiento para la recolección de la información.
2. Se definirá el número esperado de pacientes con estas patologías utilizando la tasa promedio del número de pacientes por cien mil afiliados de la totalidad de las ARS más una desviación del 20% para cada patología, según información que para el efecto defina y verifique el Ministerio de la Protección Social.
3. A partir de la diferencia entre el número esperado de pacientes, calculado según el numeral anterior, y el número realmente atendido se definirá para cada ARS, el número de pacientes adicionales que deberá atender y el número de pacientes que entregará según corresponda. El proceso se hará por departamento de tal manera que la redistribución los traslados se realicen entre las ARS que operen en el mismo sitio de residencia y de atención de

los pacientes con las patologías de que trata el presente acuerdo.

4. Los pacientes que se trasladarán de algunas ARS al igual que los que recibirán otras ARS, serán seleccionados por grupos etéreos según el mecanismo que defina y aplique el Ministerio de la Protección Social.

5. Deberá informarse a los pacientes objeto de la redistribución y a su grupo familiar sobre las ARS a las cuales se puede trasladar, conforme con lo establecido por el Ministerio de la Protección Social. Dichos pacientes deberán elegir la ARS a la cual se trasladarán dentro del mes siguiente a su notificación por parte de la ARS de la cual se traslada. Si dentro de este período el paciente y su grupo familiar no han elegido la ARS, el Ministerio de la Protección Social procederá a escoger la ARS a la cual serán trasladados. La entidad territorial hará los ajustes presupuestales en los contratos de las ARS a que haya lugar. En cualquier caso, el traslado se hará efectivo el primer día hábil del mes siguiente al de la escogencia.

Esta distribución se realizará a más tardar el 30 de junio de 2003 en el Régimen Contributivo y del 30 de octubre del mismo año en el Régimen Subsidiado. En cualquier caso se hará extensiva a sus respectivos núcleos familiares.

PARÁGRAFO 1o. Se exceptúan de este mecanismo de redistribución, los afiliados a las entidades adaptadas al Sistema.

PARÁGRAFO 2o. Con posterioridad a la aplicación del mecanismo excepcional previsto en el presente Acuerdo, la población distribuida se sujetará a las normas vigentes del régimen general de movilidad aplicables en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.



ARTÍCULO 4o. MEDIDA PARA CONTROL DE SELECCIÓN DEL RIESGO. Para todos los traslados que se efectúen de manera regular con posterioridad a la vigencia del presente acuerdo, como medida para evitar la selección de riesgo, se establece el siguiente mecanismo de cofinanciación del costo de la atención de los afiliados con VIH-SIDA y/o IRC que se trasladan entre EPS, habiendo cumplido los períodos mínimos de permanencia, durante el primer año de traslado:

1. La EPS o ARS que atienda por VIH-SIDA y/o Insuficiencia Renal Crónica un paciente trasladado de otra EPS o ARS, tendrá derecho durante el año siguiente, a exigir el reconocimiento y pago de la EPS o la ARS de la cual se traslada, una proporción del costo de la atención.

2. La EPS o ARS que recibe al paciente pagará el total de la atención y recobrará a la EPS o ARS de la cual se traslada la proporción que resulte de dividir el número de semanas que faltan para completar un año de permanencia en ella, sobre el total de semanas del año (52 semanas).

3. Este porcentaje se aplicará al total del costo de los servicios prestados a la fecha de la prestación de los mismos, relacionados con las patologías mencionadas.

4. El cobro por parte de la EPS que recibe los pacientes, ante la anterior, se efectuará mediante la presentación de las cuentas de cobro correspondientes, donde se identifique claramente la fecha y el valor de la prestación de los servicios, con base en los cuales se calculará la proporción por pagar entre las partes.

5. Este mecanismo no aplica para los pacientes redistribuidos según lo dispuesto en el artículo 3o.

El Ministerio de la Protección Social evaluará la forma de aplicar el mecanismo de cofinanciación con la entidad territorial, cuando las ARS atiendan personas pobres con VIH-SIDA y/o Insuficiencia Renal Crónica no afiliadas al régimen subsidiado, y presentará al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud dicha evaluación como parte del estudio que se realice para la definición de la UPC de 2004.



ARTÍCULO 5o. MODELO DE ATENCIÓN. El modelo de atención para manejo integral y prevención del riesgo de patologías cuyo tratamiento sea calificado como de alto costo debe incluir los siguientes aspectos:

1. Definición por el Ministerio de la Protección Social de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, ARS y EOC, así como guías de manejo clínico de las patologías VIH-SIDA y las asociadas a Insuficiencia Renal Crónica. Se incluirán las acciones de promoción y prevención primarias, secundarias y terciarias específicas para el manejo de patologías crónicas, de acuerdo con los contenidos del POS.

2. Manejo eficiente y con calidad de los medios de diagnóstico, medicamentos, materiales e insumos, que permitan tener impacto en la salud del paciente y controlar el costo en la prestación de los servicios requeridos por los pacientes.

3. Organización de la red prestadora de servicios de salud que garantice la atención integral de los pacientes confirmados como VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica, que permita la contratación que incentive el cumplimiento de las guías de manejo definidos por el Ministerio de la Protección Social y racionalicen el costo de la atención con manejo eficiente y de calidad.

PARÁGRAFO. El Ministerio de la Protección Social presentará en julio de 2004 al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los resultados de la evaluación de las medidas adoptadas en este acuerdo y el grado de cumplimiento de las aseguradoras y de los prestadores. Dependiendo de los resultados de esta evaluación el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá extender los mecanismos previstos en este acuerdo a las demás patologías de alto costo.



ARTÍCULO 6o. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA POR GRUPO DE EDAD. El Ministerio de la Protección Social establecerá un mecanismo de vigilancia epidemiológica de patologías de alto costo, por grupos de edad, considerando la incidencia y prevalencia, la distribución de frecuencias, los costos de atención en la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado y para la población general del país, así como la información adicional que se requiera.



ARTÍCULO 7o. AJUSTE DE LA UPC POR GRUPO DE EDAD. Para la definición de la UPC del año 2004 el Ministerio de la Protección Social presentará al Consejo Nacional de Seguridad Social un ajuste de la UPC del régimen contributivo y subsidiado, por edad y sexo, que reconozca el efecto de las tasas de prevalencia de las enfermedades de que trata el presente acuerdo.



ARTÍCULO 8o. CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. El Ministerio de la Protección Social evaluará alternativas de protección o aseguramiento, para garantizar la continuidad en la atención de los pacientes con enfermedades de alto costo, en caso de que pierdan su condición de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta por un período de seis meses.



ARTÍCULO 9o. DISPOSICIÓN FINAL. El segundo semestre de 2002 se pagará con la misma metodología establecida para la aplicación del Acuerdo 217 de 2001. Adicionalmente es necesaria la presentación al Ministerio de la Protección Social, de una propuesta de modelo de atención para alto costo por parte de la EPS respectiva.



ARTÍCULO 10. VIGENCIA Y DEROGACIONES. El presente acuerdo rige a partir de su publicación en el Diario Oficial y deroga los Acuerdos 217 y 227 de 2001.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dado en Bogotá, D. C., a 31 de enero de 2003.

La Ministra de la Protección Social (E.),

LUZ ESTELA ARANGO DE BUITRAGO,

Presidente CNSSS Público.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

ROBERTO JUNGUITO BONNET.

El Secretario Técnico CNSSS,

JUAN GONZALO LÓPEZ CASAS.



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Normograma del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA
n.d.
Última actualización: 30 de agosto de 2024 - (Diario Oficial No. 52.847 - 13 de agosto de 2024)

