

ACUERDO 287 DE 2005

(febrero 28)

Diario Oficial No. 45.862 de 28 de marzo de 2005

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Por medio del cual se define el coeficiente que se aplica a la UPC con el fin de reconocer las desviaciones existentes en el número de pacientes con algunas patologías de alto costo.

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Modificado por el Acuerdo 295 de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 45.994 de 08 de agosto de 2005, 'Por medio del cual se modifica parcialmente el Acuerdo 287 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud'

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este Acuerdo. Estarse a lo resuelto. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2008-00338-00 de 1/06/2020, Consejero Ponente Dr. Roberto Augusto Serrato Valdés.

- Demanda de nulidad contra este Acuerdo. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2006-00022-00 de 8 de agosto de 2013, Consejera Ponente Dra. María Elizabeth García González.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD,

en ejercicio de las facultades legales, conferidas en los artículos [172](#), [182](#) y [222](#) de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:

Que el artículo [182](#) de la Ley 100 de 1993 señala que corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería;

Que el numeral 9 del artículo [172](#) de la Ley 100 de 1993 señala que al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud le corresponde definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las entidades promotoras de salud y una distribución no equitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo;

Que se evidencia la ocurrencia de lo previsto en el numeral 9 del artículo [172](#) de la Ley 100 de 1993, por lo que se hace necesario que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud adopte las medidas pertinentes, teniendo en cuenta las desviaciones significativas en las frecuencias que pueden existir entre las diferentes EPS en lo que se refiere a la enfermedad de alto costo, denominada la Insuficiencia Renal Crónica, IRC;

Que el presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto previo favorable de la Oficina 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. El presente Acuerdo tiene por objeto definir el coeficiente que se aplicará a la Unidad de Pago por Capitación de cada año, en el régimen contributivo, para equilibrar las desviaciones que se presentan entre

las distintas EPS en función del número de pacientes con la enfermedad de alto costo señalada en el artículo 2º de este Acuerdo.



ARTÍCULO 26. PACIENTES DE ALTO COSTO. Para el efecto de definir el coeficiente de que trata el presente Acuerdo se considerarán como pacientes con enfermedad de alto costo, aquellos con diagnóstico confirmado de Insuficiencia Renal Crónica que reciban diálisis peritoneal o hemodiálisis.

PARÁGRAFO. Dentro de los casos a reportar por Insuficiencia Renal Crónica para determinar la frecuencia específica de cada EPS que se aplicará para la definición del coeficiente, también se contabilizarán los pacientes que sean objeto de trasplante renal con posterioridad a la vigencia del presente Acuerdo, teniendo en cuenta que esta es la opción más costo efectiva para el tratamiento de los pacientes que padecen esta enfermedad.



ARTÍCULO 30. COEFICIENTE DE UPC. <Artículo modificado por el artículo 1 del Acuerdo 295 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:> Para equilibrar las desviaciones que puedan existir entre las diferentes EPS respecto del número observado de pacientes con insuficiencia renal crónica se calculará un coeficiente por EPS, que determinará los recursos que se deben reconocer o descontar a cada EPS durante el proceso de compensación, por contar con una mayor o menor frecuencia de casos de IRC. Este coeficiente resulta de dividir el total del Valor de la Compensación Hipotética ajustada en función del número de casos de IRC de la EPS_i, entre el total del valor de la Compensación Observada de la EPS_i (no ajustada), en el período de estudio.

$$\text{CIRC}_i = \text{VCH}_i / \text{VCO}_i$$

Donde:

a) **VCH_i** = Valor de la Compensación Hipotética ajustada en función del número de casos de IRC en la **EPS_i**.

b) **VCO_i** = Valor de la Compensación Observada en la EPS_i (no ajustada).

El subíndice **i** hace referencia a las EPS: **1, 2, 3, ... , n**.

Que se calculan:

a) **VCH_i** = Valor de la Compensación Hipotética según el número de casos de IRC en la **EPS_i**, se obtiene así:

$$\text{VCH}_i = \sum (\text{VC}_{ij} * \text{CIRC}_{ij})$$

Donde el subíndice **j** se refiere al grupo de edad, **1, 2, ..., m**.

VC_{ij} = Valor de la Compensación Observada del grupo de edad **j** de la EPS **i**.

CIRC_{ij} = Coeficiente de IRC en el grupo de edad **j** de la EPS **i**, que se obtiene de la siguiente forma:

$$\text{CIRC}_{ij} = [(\text{FOIRC}_{ij} / \text{FNIRC}_j - 1) * \text{K}_j] + 1$$

FOIRC_{ij}: Frecuencia anual de casos observados de IRC en la EPS **i** para el grupo de edad **j**.

FNIRC_j: Frecuencia total de casos observados de IRC para el grupo de edad **j**, de todas las EPS.

K_j: Porcentaje observado de la UPC destinado a cubrir los gastos de alto costo de la patología IRC, para el grupo de edad **j**.

$$\text{K}_j = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Costo IRC}_{ij} \times 100}{\sum_{i=1}^n \text{VCO}_{ij}}$$

Costo IRC_{ij} = Gasto en la atención de IRC en el grupo de edad **j** reportado por la EPS **i**.

VCO_{ij} = Valor de la Compensación Observada en el grupo de edad **j** de la EPS **i**.

b) VCO_i = Valor de la Compensación Observada en la EPS **i**.

Que se obtiene de sumar los resultados de multiplicar el número de afiliados de cada uno de los grupos de edad **j** por su correspondiente UPC.

$$VAO_i = \sum_{j=1}^m UPC_j * N_{Aij}$$

UPC_j = UPC del grupo de edad **j**.

N_{Aij} = Número de afiliados del grupo de edad **j** de la EPS **i**.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 del Acuerdo 295 de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 45.994 de 08 de agosto de 2005.

Legislación Anterior

Texto original del Acuerdo 287 de 2005:

ARTÍCULO 3. Para equilibrar las desviaciones que puedan existir entre las diferentes EPS respecto del número esperado de pacientes con enfermedad de alto costo, se calculará un coeficiente que determinará los recursos que se deben reconocer o descontar a cada EPS durante el proceso de compensación, el cual resulta de aplicar la siguiente fórmula:

$$C_i = [(Fe_{iIRC}/Fn_{IRC} - 1) \times K_{IRC}] + 1$$

Donde los subíndices:

i = Eps1, Eps2, Eps3....., Epsn.

IRC: Patología Insuficiencia Renal Crónica.

Y los factores:

Fe_{iIRC}: Frecuencia específica anual de la enfermedad de alto costo IRC en afiliados compensados en cada una de las EPS vigentes en el RC, ajustada a un límite de confianza del 90%, cuantificado así:

$$Fe_{iIRC} = Fe'_{iIRC} + 1.2817 \times [(Fe'_{iIRC}) (1 - Fe'_{iIRC}) / \text{Afiliados compensados promedio mes en la EPS}]^{1/2}$$

donde:

$$Fe'_{iIRC} = \frac{\sum \text{Afiliados de cada EPS con enfermedad "IRC" de alto costo en un año}}{\text{Afiliados compensados promedio mes en el RC en ese mismo año en la EPS}}$$

1.2817 = Es una constante que representa el valor tipificado para una distribución normal con un límite de confianza del 90%.

Fn_{IRC}: Frecuencia anual de la enfermedad de alto costo IRC en afiliados compensados pertenecientes al Régimen Contributivo, luego del ajuste dado el límite de confianza, así:

$$Fn = \frac{\sum (Fe_{iIRC} \times \text{número de afiliados compensados promedio mes de cada EPS en un año})}{\text{Afiliados compensados promedio mes en el RC en ese mismo año}}$$

K_{IRC} : Porcentaje estimado de la UPC destinado a cubrir los gastos del alto costo de la patología "IRC".

$$K_{IRC} = \frac{\Sigma \text{ costo de la atención de la enfermedad "IRC" de alto costo en un año} \times 100}{\Sigma \text{ Total UPC en ese mismo año}}$$



ARTÍCULO 4o. APLICACIÓN DEL COEFICIENTE. <Artículo modificado por el artículo 2 del Acuerdo 295 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:> El encargo fiduciario del Fosyga aplicará en el proceso de compensación de cada EPS el Coeficiente **CIRCi** definido anualmente por el CNSSS que reconoce el mayor o menor valor a descontar o reconocer en el proceso de compensación de cada EPS por la ocurrencia del mayor o menor número de casos de IRC, al multiplicar la compensación calculada a partir de las UPC de los grupos de edad aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por el Coeficiente **CIRCi**. Para el presente año el coeficiente se aplicará a partir de la compensación correspondiente al mes de agosto.

PARÁGRAFO 1o. La subcuenta de compensación del Fosyga deberá mantener un equilibrio anual (suma cero) entre los valores negativos y positivos que resulten de la aplicación de la fórmula establecida con los parámetros descritos en el artículo 3o del presente Acuerdo. El techo anual de la compensación con el Coeficiente **CIRCi** para cada EPS, no podrá superar o ser inferior al resultado de la diferencia de la compensación con el Coeficiente **CIRC** con relación a la Compensación Observada, obtenida en el período de estudio, julio 1o del año **n-2**, a junio 30 del año **n-1**.

PARÁGRAFO 2o. El Coeficiente definido en el presente Acuerdo no se aplicará para las Entidades Adaptadas al SGSSS.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 2 del Acuerdo 295 de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 45.994 de 08 de agosto de 2005.

Legislación Anterior

Texto original del Acuerdo 287 de 2005:

ARTÍCULO 4. El CNSSS definirá anualmente el porcentaje a descontar o reconocer por cada EPS siguiendo el siguiente procedimiento:

1. Para cada EPS se estima el monto anual de una Compensación Estimada –CE– que resulta del producto del promedio anual de afiliados compensados de cada EPS en el período que defina el CNSSS por la UPC promedio del sistema establecida anualmente en el Acuerdo que define la UPC para la vigencia del año en que se va a aplicar la medida.
2. Esta Compensación Estimada –CE– se multiplica por el Coeficiente - Ci IRC estimado en el artículo anterior.
3. Se halla para cada EPS la diferencia entre los dos valores anteriores, de tal manera que la suma de dichas diferencias equilibren la desviación de perfil epidemiológico del Sistema para el año en que se aplica y que corresponde al Valor Tope –VT– a descontar o a reconocer a cada EPS durante el año de aplicación de la medida.
4. Para reconocer o descontar esta diferencia por EPS, dicha diferencia se divide por la Compensación Estimada –CE– según el numeral 1 estableciendo así el porcentaje que debe aplicarse en cada ejercicio de compensación de los meses compensados de enero a diciembre de cada año empezando en mayo de 2005.
5. El porcentaje se aplicará a cada ejercicio de compensación hasta completar el Valor Tope –VT– de que trata el numeral 3 del presente artículo.

PARÁGRAFO. El coeficiente definido en el presente Acuerdo no se aplicará para las Entidades adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.



ARTÍCULO 5o. INFORMACIÓN PARA LA DEFINICIÓN DEL COEFICIENTE. <Artículo modificado por el artículo 3 del Acuerdo 295 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:> Para definir el Coeficiente **CIRCi** que se aplicará en el año **n**, se tomará la información reportada por las EPS de los casos de Insuficiencia Renal Crónica para

el período comprendido entre el 1o de julio del año **n-2** y el 30 de junio del año **n-1** y el promedio anual de afiliados compensados correspondientes al mismo período, de conformidad con la última información disponible al momento del cálculo, reportada por el Fosyga.

PARÁGRAFO transitorio 1o. Para definir el coeficiente que se aplicará a partir del año 2005, se tomará la información reportada por las EPS de los casos de Insuficiencia Renal Crónica para el período comprendido entre el 1o de julio de 2003 y el 30 de junio de 2004 y el promedio anual de afiliados compensados correspondientes a ese mismo período, de conformidad con la última información disponible al momento del cálculo, reportada por el Fosyga.

PARÁGRAFO transitorio 2o. Para la definición del coeficiente que se aplicará en el 2005, el número de pacientes con IRC reportado en la base de datos de que trata el presente artículo, se aumentará o disminuirá dependiendo del número de pacientes trasladados en virtud del Acuerdo 245 del CNSSS, cuya afiliación haya sido radicada y aceptada por la nueva EPS antes del 15 de diciembre de 2004, aun cuando la efectividad del traslado sea posterior en virtud de lo dispuesto por el artículo 56 del Decreto 806 de 1998. De igual manera, la base de datos se afectará en el número de afiliados provenientes de Cajanal EPS que debe recoger los pacientes con IRC recibidos por las EPS.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 3 del Acuerdo 295 de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 45.994 de 08 de agosto de 2005.

Legislación Anterior

Texto original del Acuerdo 287 de 2005:

ARTÍCULO 5. Para definir el coeficiente que se aplicará a partir del año 2005 se tomará la información reportada por las EPS de los casos de Insuficiencia Renal Crónica para el período comprendido entre el 1° de julio de 2003 y el 30 de junio de 2004 y el promedio anual de afiliados compensados correspondientes a ese mismo período, de conformidad con la última información disponible al momento del cálculo reportada por el Fosyga.

PARÁGRAFO transitorio. Para la definición del coeficiente que se aplicará en el 2005, el número de pacientes con IRC reportado en la base de datos de que trata el presente artículo, se aumentará o disminuirá dependiendo del número de pacientes trasladados en virtud del Acuerdo 245 del CNSSS, cuya afiliación haya sido radicada y aceptada por la nueva EPS antes del 15 de diciembre de 2004 aún cuando la efectividad del traslado sea posterior en virtud de lo dispuesto por el artículo 56 del Decreto 806 de 1998. De igual manera, la base de datos se afectará en el número de afiliados provenientes de Cajanal EPS que debe recoger los pacientes con IRC recibidos por las EPS.



ARTÍCULO 6o. PERIODICIDAD PARA LA APLICACIÓN DEL COEFICIENTE. La metodología aquí definida se utilizará para que el CNSSS defina cada año los coeficientes que equilibran las desviaciones de perfil epidemiológico del Sistema a partir de la información reportada para el período comprendido año corrido entre el 1° de julio y el 30 de junio del año anterior al cual se va a aplicar la medida.



ARTÍCULO 7o. REPORTE DE INFORMACIÓN Y DEFINICIÓN DEL COEFICIENTE. <Artículo modificado por el artículo 4 del Acuerdo 295 de 2005. El nuevo texto es el siguiente:> El Ministerio de la Protección Social definirá los formatos para el reporte de la información establecida en el presente Acuerdo y efectuará los cálculos correspondientes para determinar cada una de las variables contempladas en la fórmula establecida en el artículo 3o del presente Acuerdo. Con base en los cálculos efectuados, el CNSSS determinará el valor del K por cada grupo etéreo y establecerá los coeficientes para cada EPS año tras año.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 4 del Acuerdo 295 de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 45.994 de 08 de agosto de 2005.

Legislación Anterior

Texto original del Acuerdo 287 de 2005:

ARTÍCULO 7. El Ministerio de la Protección Social definirá los formatos para el reporte de la información establecida en el presente Acuerdo y efectuará los cálculos correspondientes para determinar cada una de las variables contempladas en la fórmula establecida en el artículo 3° del presente Acuerdo. Con base en los cálculos efectuados, el CNSSS determinará el valor del K y de los demás elementos de la fórmula descritos en el artículo 3° del presente Acuerdo y establecerá los coeficientes para cada EPS año tras año.



ARTÍCULO 8o. 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 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 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.



ARTÍCULO 9o. 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 parte del 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 la patología de Insuficiencia Renal Crónica, así como las precursoras de esta, en un tiempo no mayor a 8 meses a partir de la publicación del presente Acuerdo. Estas incluirán las acciones de promoción y prevención primarias, secundarias y terciarias específicas 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 de 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.



ARTÍCULO 10. ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Para la población en riesgo de sufrir la enfermedad que motiva el presente acuerdo, las EPS y ARS deberán diseñar protocolos que les permitan adelantar programas de promoción y prevención con el fin de detectar tempranamente signos y síntomas que permitan iniciar los tratamientos óptimos, universalmente aceptados de acuerdo con la mejor evidencia clínica disponible al momento y que estén incluidos en el Plan de beneficios del régimen contributivo, con el fin de garantizar calidad de vida y costo-efectividad.

Para evaluar las actividades desarrolladas por las EPS, ARS y por las Entidades Adaptadas, el Ministerio de la Protección Social, a través de la Dirección General de Salud Pública, determinará dentro de los procedimientos, actividades e intervenciones definidos en el POS, los niveles de cobertura mínimos aceptables para el desarrollo de los contenidos de las guías de promoción y prevención de la enfermedad de que trata el presente Acuerdo, así como de las precursoras de estas.



ARTÍCULO 11. VIGENCIA Y DEROGACIONES. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial el Acuerdo 245 del CNSSS.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 28 de febrero de 2005.

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt,

Presidente CNSSS.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Alberto Carrasquilla.

El Secretario Técnico CNSSS, Eduardo Alvarado Santander.



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)

