

ACUERDO 294 DE 2005

(junio 28)

Diario Oficial No. 45.966 de 11 de julio de 2005

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

<NOTA DE VIGENCIA: Acuerdo derogado por el artículo 96 del Acuerdo 415 de 2009>

Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 244 del CNSSS y se establecen las condiciones de operación regional del régimen subsidiado.

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Acuerdo derogado por el artículo 96 del Acuerdo 415 de 2009, publicado en el Diario Oficial No. 47.476 de 18 de septiembre de 2009, 'Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones'
- Modificado por el Acuerdo 409 de 2009, publicado en el Diario Oficial No. 47.412 de 16 de julio de 2009, 'Por el cual se amplía el plazo establecido en el párrafo 2o del artículo 3o del Acuerdo 294 modificado por el Acuerdo 387 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud'
- Modificado por el Acuerdo 387 de 2008, publicado en el Diario Oficial No. 46.949 de 3 de abril de 2008, 'Por el cual se amplía el plazo establecido en el párrafo 2o del artículo 3o del Acuerdo 294 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud'
- Modificado por el Acuerdo 298 de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 46.008 de 22 de agosto de 2005, 'Por el cual se adiciona parcialmente el Acuerdo 294 del CNSSS'

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD,

en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 212 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que el número de afiliados con el que operan las ARS, las condiciones de alta dispersión geográfica y las desbalanceadas condiciones de oferta y demanda entre aseguradores, afiliados y prestadores, en algunas regiones apartadas del país, conllevan a plantear un esquema de operación regional para garantizar una mayor estabilidad financiera y capacidad resolutoria de las ARS y la capacidad de vigilancia y control de las mismas por parte del Sistema;

Que el Acuerdo 244 del CNSSS en su Capítulo IV reguló la operación regional del régimen subsidiado;

Que con el fin de implementar la operación regional del régimen subsidiado a partir del 1o de octubre del presente año se requiere modificar las condiciones de operación regional e establecidas en el citado Acuerdo 244 del CNSSS, para independizarlo del proceso de habilitación que actualmente no permite establecer un escalafón para seleccionar las ARS;

Que el Plan Nacional de Desarrollo contempla la implementación de la operación regional en el régimen subsidiado de salud como una medida que posibilite una operación eficiente del aseguramiento y una adecuada prestación de servicios a los afiliados;

Que las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, Hacia un Estado Comunitario, que conforme al artículo 4o hacen parte de la Ley 812, plantean que: "Para la operación del régimen subsidiado, el Ministerio de la Protección Social definirá zonas de operación regional, con el fin de lograr la concentración poblacional que permita la operación eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación del servicio a los afiliados. El otorgamiento de las zonas de

operación lo hará el CNSSS por concurso público entre todas las EPS autorizadas, en especial aquellas sin ánimo de lucro, por un período no inferior a cuatro años. La población beneficiaria podrá afiliarse libremente a cualquiera de las EPS autorizadas en la respectiva zona de operación. Las direcciones municipales y distritales serán las responsables de convocar y contratar con las EPS autorizadas para la operación del régimen subsidiado en su jurisdicción y con las elegidas por los beneficiarios seleccionados a través del Sisbén";

Que las Bases del Plan Nacional de Desarrollo plantean que el concurso de ARS se efectuará para un período de cuatro años pero que dados los aplazamientos autorizados por el CNSSS se considera conveniente completar el primer período en los dos años y medio que restan;

Que se consideró un número máximo de quince (15) cupos por región teniendo en cuenta el potencial de afiliados de cada ARS en la respectiva región, en la medida en que el número de afiliados por región es aproximadamente de 3.000.000 de personas lo que significa que en una distribución homogénea a cada ARS le corresponderían en promedio 200.000 afiliados en la región y para efectos de permitir el cumplimiento del requisito del número mínimo de afiliados establecido en el Decreto 515 de 2003 modificado por el Decreto 506 de 2005, se permite la participación en tres de las cinco regiones, sin perjuicio de que el número de afiliados que corresponda a cada ARS dependerán de la libre elección de los beneficiarios del régimen subsidiado. Para el caso de las Cajas de Compensación Familiar y las ARS-I se considera pertinente que se contabilicen como un solo cupo en la región siempre y cuando no se repitan en un mismo departamento, en razón al ámbito geográfico de operación departamental de las Cajas y la operación en municipios con población indígena de las ARS-I;

Que igualmente es necesario que las ARS tengan una presencia geográfica importante en la región, evitando que se concentren exclusivamente en las grandes ciudades, razón por la cual debe exigirse que oferten sus servicios en por lo menos el 20% de los municipios que componen la región, con una oferta equivalente para quienes operen en un solo departamento;

Que la Ley 691 de 2001, reglamenta y garantiza el derecho de acceso y participación de los Pueblos Indígenas en los servicios de salud en las condiciones que garanticen su dignidad, y el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los tratados internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas;

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. OPERACIÓN REGIONAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. <Acuerdo derogado por el artículo 96 del Acuerdo 415 de 2009> A partir del 1o de octubre de 2005 el régimen subsidiado de salud operará de manera regional de conformidad con las reglas que se establecen en el presente acuerdo. La operación regional significa que los municipios solo podrán contratar el régimen subsidiado con las ARS que mediante la convocatoria cuyas bases se señalan en este acuerdo, hayan sido seleccionadas para operar en la respectiva región y que los beneficiarios del subsidio solo podrán escoger una ARS entre aquellas seleccionadas en la región.

Las ARS que pretendan contratar con cualquier municipio de la región deberán inscribirse, conforme a las condiciones que se establecen en el presente acuerdo, siempre que cumplan con todos los requisitos legales y reglamentarios para funcionar y para la firma del contrato cumplir con todos los requisitos que señale el Gobierno Nacional y no estar impedidas para celebrar contratos con el Estado conforme lo señalado por el artículo 2o de la Ley 901 de 2004 y el Decreto 3361 de 2004.

Si la ARS resulta seleccionada para una región y escogida por los usuarios en un municipio pero no es habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud por no cumplir con los requisitos para ello, no podrá ser contratada y deberá darse paso a la siguiente ARS en el orden de la lista de elegibilidad para la región. En todo caso para sustituir las ARS no habilitadas solo podrán tenerse en cuenta las siguientes tres ARS que tengan los mejores puntajes de la lista.



ARTÍCULO 2o. REGIONES DE OPERACIÓN. <Acuerdo derogado por el artículo 96 del Acuerdo 415 de 2009> El régimen subsidiado operará en cada una de las regiones definidas por el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con criterios de población afiliada, geografía cultural y red de servicios.



ARTÍCULO 3o. NÚMERO DE ARS POR REGIÓN. <Acuerdo derogado por el artículo 96 del Acuerdo 415 de

2009> Entre las ARS inscritas con base en lo previsto en el presente acuerdo, en cada una de las regiones, se efectuará la selección de las ARS que dentro de cada región presenten los mejores puntajes hasta completar los 15 cupos acorde con el procedimiento establecido en el presente acuerdo.

En cada región se buscará la presencia de los distintos tipos de ARS según su naturaleza jurídica, esto es al menos una EPS indígena, una EPS pública del orden nacional, una Empresa Solidaria de Salud, una Caja de Compensación Familiar, una EPS privada, y una EPS pública o mayoritariamente pública del orden departamental o municipal de la respectiva región.

En los casos en que dos o más entidades obtengan el mismo puntaje para la definición de los últimos cupos, se priorizarán conforme a los siguientes criterios:

- (i) Entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, en concordancia con lo expresado por la Ley 812 de 2003;
- (ii) Empresas Solidarias de Salud en concordancia con el artículo 216 de la Ley 100 de 1993;
- iii) La entidad que haya obtenido la mejor calificación en el criterio de percepción y satisfacción de los actores, y
- (iv) La entidad que haya obtenido la mejor calificación en el criterio de número de afiliados.

Ninguna ARS podrá ser autorizada para operar en más de tres de las cinco regiones establecidas, pero el CNSSS podrá superar esta limitación y disponer que en una o varias regiones ingrese una ARS adicional con el fin de garantizar la pluralidad en el tipo de entidades participantes en especial de las ARS públicas o privadas sin ánimo de lucro, siempre y cuando la respectiva ARS haya sido calificada dentro de los quince primeros puntajes.

De manera excepcional las ARS podrán operar hasta en dos (2) departamentos de regiones diferentes a aquellas en las que fueron seleccionadas, o aun si no fuesen seleccionadas en ninguna región, siempre y cuando se hayan presentado al concurso en esa región y acrediten que en el respectivo departamento cuentan a 31 de diciembre de 2004 por lo menos con el cinco por ciento (5%) de los afiliados al régimen subsidiado del departamento o con el cinco por ciento (5%) de la sumatoria de los afiliados de los municipios en donde opera del respectivo departamento y hayan obtenido uno de los 15 más altos puntajes en el segundo y quinto criterio de calificación. En estos casos solo podrán ampliar el número de afiliados en el departamento pero no extenderse a otros departamentos de la región en la cual no fueron seleccionadas y esta participación no se contabilizará entre las quince (15) ARS de la región.

Las Cajas de Compensación Familiar al igual que las ARS indígenas se contabilizarán como un solo cupo en la región, siempre y cuando no concurren en un mismo departamento.

Al momento de la inscripción cada ARS deberá señalar las regiones a las que aspira y el orden de su preferencia, siendo potestad de cada una el presentarse en todas las regiones o solo en alguna o algunas de ellas. Las ARS que aspiren a participar en las diferentes regiones deberán comprometerse previamente a ofertar sus servicios por lo menos en el 20% de los municipios que componen la región. De lo anterior se exceptúan las ARS-I y las entidades que operen en un solo departamento de la región en cuyo caso ofertarán en el 20% de los municipios del departamento.

PARÁGRAFO 1o. Con la inscripción en la respectiva región se entiende efectuado el compromiso de ofertar sus servicios por los menos en el 20% de los municipios de la región. La oferta de servicios se realizará con posterioridad al proceso de selección, mediante la inscripción que realice la ARS en cada municipio, con el fin de que los beneficiarios del régimen subsidiado puedan seleccionarla.

PARÁGRAFO 2o. <Ver Notas de Vigencia> La selección prevista en el presente acuerdo tendrá una vigencia a partir del 1o de octubre del presente año hasta el 31 de marzo de 2008*. Para la selección de las ARS por región, del período siguiente, se garantizará que por lo menos una de las ARS seleccionadas sea nueva en la región para lo cual el CNSSS en su momento definirá el respectivo mecanismo y la nueva selección tendrá en todo caso una vigencia de cuatro (4) años.

Notas de Vigencia

* Plazo ampliado hasta el 31 de marzo de 2010 por el artículo 1 del Acuerdo 409 de 2009, publicado en el Diario Oficial No. 47.412 de 16 de julio de 2009.

* Plazo ampliado hasta el 31 de marzo de 2009 por el artículo 1 del Acuerdo 387 de 2008, publicado en el Diario Oficial No. 46.949 de 3 de abril de 2008. Adicionalmente dispone el artículo 1:

'El Ministerio de la Protección Social, informará al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sobre los resultados de la evaluación integral de la operación del régimen subsidiado y del cumplimiento de los objetivos de la operación regional del mismo, con el fin de adoptar las medidas necesarias para lograr la operación eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación de los servicios a los afiliados.'

PARÁGRAFO 3o. En el evento en que una ARS clasifique en los 15 cupos en más de tres regiones, se seleccionará solamente en aquellas tres regiones en que haya obtenido los mejores puestos en el orden de elegibilidad y en caso de que estos puestos coincidan en las diferentes regiones se preferirá su participación en las regiones con mayor puntaje en el criterio de opción preferencial al momento de la inscripción.



ARTÍCULO 4o. SELECCIÓN DE LAS ARS PARA CADA REGIÓN. <Acuerdo derogado por el artículo 96 del Acuerdo 415 de 2009> Las ARS para cada región serán seleccionadas de acuerdo con el puntaje obtenido al aplicar la siguiente matriz a cada una de las ARS que se inscriban para operar en una determinada región.

ARS Opción Experiencia No Afiliados No municipios Percepción y preferencial contratados con afiliados satisfacción de los de la ARS en la región a la ARS actores del Régimen en la región Subsidiado

Xx 20/15/10/5/0 10...0 10...0 20...10 10...5 10...5 25...0

1. Opción preferencial de la ARS. Cada ARS, calificará las regiones en las que desea participar debiendo otorgar 20, 15, 10, 5, y 0 puntos acorde con las regiones de su preferencia, en donde 20 corresponde a la región de mayor preferencia y 0 a la de menor, sin que en ningún caso se pueda otorgar la misma calificación en dos (2) o más regiones.

2. Experiencia. Se otorgará un (1) punto por cada año de experiencia general en el Régimen Subsidiado a partir de 1996 hasta un máximo de 10 puntos, y un (1) punto por cada año de experiencia específica en la respectiva región, hasta un máximo de 10 puntos, demostrado en todo caso por los contratos anuales que certifique la entidad. La experiencia de entidades que se fusionan o forman unión temporal se contará una sola vez en la entidad fusionada o en la unión temporal y la experiencia de uniones temporales disueltas podrá contarse a cada una de las partes.

3. Número de afiliados contratados en la región. Se otorgarán 20 puntos a la ARS que cuente con el mayor número de afiliados contratados en la región en donde pretenda operar, con corte a 31 de diciembre de 2004. A las demás se les otorgará un puntaje en forma proporcional y descendente, con un mínimo de 10 puntos. El Ministerio de la Protección Social contabilizará el número de afiliados de cada ARS en la región.

Respecto de las ARS de carácter indígena, se otorgarán 15 puntos a la ARS-I que cuente con el mayor número de afiliados indígenas en la región en donde pretenda operar, con corte a 31 de diciembre de 2004. A las demás se les otorgará un puntaje en forma proporcional y descendente, con un mínimo de 10 puntos.

Se otorgaran 5 puntos adicionales, a la ARS-I que acredite en cada región la mayor proporción de población indígena respecto del total de la población afiliada a la ARS-I.

4. Número de municipios en la región. Para este criterio en primer lugar se otorgarán 5 puntos a la ARS que tenga afiliados del régimen subsidiado en menos de 10 municipios de la región, 6 a la que tenga afiliados en menos de 20 municipios, 7 a la que los tenga en menos de 30 municipios, 8 en menos de 40 municipios, 9 en menos de 50 y 10 puntos cuando se tenga afiliados en 50 municipios o más, todo esto, con corte a 31 de diciembre de 2004.

Para la asignación de los 10 puntos restantes por este criterio se determinará para cada departamento el porcentaje de municipios en los que tiene afiliados la ARS respecto del total de municipios del departamento y se determinará el promedio simple de estos porcentajes en los departamentos de la región.

Se otorgarán 5 puntos cuando el promedio simple sea menor al 10%, 6 puntos cuando el promedio simple esté entre el 10 y 19%; 7 puntos cuando el promedio simple esté entre el 20 y 29%, 8 puntos cuando el promedio simple esté entre el 30 y 39%, 9 puntos cuando el promedio simple esté entre el 40 y 49% y 10 puntos cuando el promedio simple sea mayor o igual al 50%.

Para las ARS-I, se otorgarán 10 puntos a la que tenga afiliados en el mayor número de municipios con población indígena de la región y a las otras ARS-I en forma proporcional y descendente y los restantes 10 puntos se otorgarán con la misma metodología del tercer inciso del presente numeral pero tomando como universo los municipios con población indígena de conformidad con el censo DANE.

5. Percepción y satisfacción de los actores e instituciones sobre el funcionamiento de las ARS. Se otorgará un máximo de veinticinco 25 puntos de conformidad con la calificación otorgada a las ARS, por las siguientes cinco entidades: Federación de Departamentos, Federación de Municipios, Asociación de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y Defensoría del Pueblo.

Para el siguiente período de aplicación de la operación regional del régimen subsidiado, deberán incorporarse en la evaluación otros actores tales como el Consejo Gremial Nacional, la Confederación Colombiana de Consumidores o Asociaciones de Usuarios, en cuyo caso la participación en los puntajes será proporcional al número de actores sin exceder de 25 puntos.

En todo caso los actores harán público en la página web del Ministerio de la Protección Social, antes del 18 de julio de 2005, los parámetros de evaluación para otorgar la calificación a las ARS que participen en cada región y serán los responsables de la calificación que cada uno otorgue.

La calificación será realizada por cada entidad para todas las ARS que operen actualmente en las diferentes regiones, de acuerdo con su percepción del desempeño de las mismas en relación con criterios tales como, la cartera, atención al usuario, modelo de atención en salud y la gestión empresarial integrada a las necesidades y aspiraciones regionales. El Ministerio imputará a las ARS que se presenten a una determinada región en la que no operen actualmente, y en consecuencia no puedan ser calificadas en dicho ámbito regional, el promedio de la calificación obtenida por ella en este criterio, en las otras regiones.

Para la calificación cada una de las entidades establecerá un puntaje de 1 a 5 para cada una de las ARS que participan actualmente en cada región, que al final será sumado para obtener la calificación final de cada entidad en la región.

El listado de las ARS por cada región con sus calificaciones deberá ser enviado por cada uno de los actores señalados anteriormente a más tardar el 8 de agosto del año 2005, a la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social.

Las ARS de carácter indígena (ARS-I), tendrán adicionalmente a la calificación de los cinco actores mencionados, la calificación por parte de otro actor, compuesto por las organizaciones que integran la mesa de concertación indígena.

Conforme a los criterios relacionados con los modelos de atención intercultural en salud y la articulación con las comunidades y autoridades indígenas, la mesa de concertación indígena seleccionará una ARS-I en cada región a la cual se le otorgará un punto adicional, sin que en ningún caso la ARS-I pueda obtener más de veinticinco (25) puntos por la calificación del total de los actores.

PARÁGRAFO. En el evento en que alguna de las entidades señaladas en este artículo no efectúe la calificación correspondiente no habrá lugar a dicha calificación y solo se contabilizarán los puntajes de las demás organizaciones.



ARTÍCULO 5o. PROCESO DE SELECCIÓN DE ARS PARA LAS REGIONES. <Acuerdo derogado por el artículo 96 del Acuerdo 415 de 2009> <Ver Notas de Vigencia> Las ARS interesadas en participar en una o varias de las regiones definidas en el artículo 2o del presente acuerdo deberán presentar a más tardar el 29 de julio de 2005 al Ministerio de la Protección Social -Dirección General de Gestión de la Demanda- su solicitud de inscripción junto con los siguientes documentos:

- Preferencia de las regiones en donde están interesados en participar.
- Copia de un contrato suscrito para la administración del régimen subsidiado por cada año de experiencia que quiera acreditar en el nivel nacional o regional.
- Relación de los municipios que representen como mínimo el 20% de los municipios de la región en donde se ofertará

los servicios como ARS sin perjuicio de que puedan adicionarse o sustituirse por otros municipios con posterioridad a la selección.

El Ministerio de la Protección Social efectuará los cálculos necesarios para la asignación de puntajes cuyos resultados se harán públicos en la página web del Ministerio el 12 de agosto de 2005 para que los interesados presenten sus observaciones a más tardar el 17 de agosto de 2005 y comunicará antes del 22 de agosto de 2005 al CNSSS, a las ARS y a las entidades territoriales la lista de las ARS seleccionadas en cada región para el período del 1o de octubre 2005 al 31 de marzo 2008.

En los casos en que las ARS inicialmente inscritas, por cualquier circunstancia no puedan participar en la región, podrán ser reemplazadas solamente por aquellas ARS que no habiendo ingresado a la lista de elegidas de la región tengan los tres siguientes mejores puntajes. En todo caso el ingreso a la región es potestativo de la ARS.

PARÁGRAFO. El retiro voluntario de la ARS de uno o varios municipios de la región no la inhabilita para continuar operando en la región, siempre y cuando garantice la obligación de haber ofertado sus servicios en por lo menos el 20% de los municipios de la región. Las ARS podrán operar con un porcentaje inferior al 20% de los municipios de la región cuando habiendo ofrecido sus servicios en el 20% de los municipios, los usuarios no la hayan seleccionado en alguno o algunos de los municipios.

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado en lo pertinente por el Acuerdo 298 de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 46.008 de 22 de agosto de 2005, según lo dispuesto en el artículo 4 del mismo.

El texto original de los artículos 1, 2 y 3 del Acuerdo 298 de 2005, es el siguientes:

'Artículo 1°. *Resultados del proceso de selección de ARS para las regiones.* El Ministerio de la Protección Social, a partir de los cálculos realizados de conformidad con el artículo 5° del Acuerdo 294, elaborará el documento en el cual se señalen los puntajes obtenidos por cada una de las ARS participantes en el proceso de regionalización y la relación de las ARS que sean seleccionadas en cada región, cuya notificación deberá sujetarse a los procedimientos definidos en el Código Contencioso Administrativo y contra el cual se podrán interponer los recursos que establece la ley.

'Con el fin de dar a conocer el documento de que trata el inciso anterior, de conformidad con el artículo 44 del Código Contencioso Administrativo, CCA, el Ministerio de la Protección Social podrá utilizar su página web, como medio eficaz para invitar a los interesados a la celebración de una audiencia pública en la cual se notificarán los resultados. Respecto de las entidades que no asistan a la audiencia pública se observará el procedimiento de notificación contenido en el Código Contencioso Administrativo.

'Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social informará la fecha, lugar y hora en el que se realizará la audiencia pública.

'Artículo 2°. *Proceso de contradicción.* El Ministerio de la Protección Social garantizará que dentro del mecanismo de contradicción previsto en la ley, se permita que los expedientes queden a disposición de los interesados para que, si lo consideran necesario, presenten argumentos a favor o en contra de los recursos presentados.

'Artículo 3°. *Resultados finales.* Para dar a conocer los resultados finales, el Ministerio de la Protección Social podrá utilizar el mecanismo previsto en el inciso 2 del artículo 1° del presente Acuerdo. '



ARTÍCULO 60. PROCESO DE LIBRE ELECCIÓN DE ARS EN LOS MUNICIPIOS. <Acuerdo derogado por el artículo 96 del Acuerdo 415 de 2009> La selección de las Administradoras del Régimen Subsidiado se hará mediante la libre elección de los usuarios de que trata el artículo 11 del Acuerdo 244 en cada municipio conforme a las siguientes reglas:

Las ARS se inscribirán en todos aquellos municipios en los que desee participar sin que el número de estos en que se inscribe sea inferior al 20% del total de municipios de la región mediante comunicación dirigida al alcalde o director de salud con anterioridad al inicio del primer proceso de libre elección en el que vaya a participar.

El listado de las ARS inscritas en cada municipio se publicará ampliamente por cada entidad territorial, para efecto de

que las personas con derecho a afiliación en el régimen subsidiado escojan ARS.

Para que las ARS puedan permanecer después del proceso de libre elección en un determinado municipio o distrito deberán contar con un número mínimo de 20.000 afiliados o el 5% del total de afiliados del municipio o distrito sin que en ningún caso ese 5% sea menor a 500 personas, y en todo caso deberán garantizar la prestación tanto de los servicios asistenciales como administrativos. No aplicará este criterio de permanencia cuando el número de 500 personas represente más del 25% de los afiliados.

Los actuales afiliados a una entidad del régimen subsidiado continuarán afiliados a la misma entidad si no manifiestan intención contraria, siempre y cuando la entidad haya sido seleccionada para operar en la respectiva región o sea aplicable a solicitud de la ARS la excepción por departamento de que trata el inciso 5 del artículo 30 del presente acuerdo.



ARTÍCULO 7o. <Acuerdo derogado por el artículo 96 del Acuerdo 415 de 2009> Modificar el artículo 53 del acuerdo 244 del CNSSS el cual quedará así:

Artículo 53. *Procedimiento para la afiliación en circunstancias excepcionales.* Se garantizará la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado, en los siguientes casos:

- Revocatoria de la autorización para la operación o funcionamiento o de la habilitación.
- Disolución y liquidación.
- Terminación unilateral de los contratos.
- Declaratoria de caducidad del contrato de aseguramiento.
- Nulidad de los contratos de aseguramiento.
- Retiro por incumplimiento de participación mínima en el mercado dentro de un municipio.
- No suscripción o renovación del contrato de aseguramiento por aplicación del artículo 36 del Decreto 050 de 2003.

Una vez los actos administrativos que hayan ordenado cualquiera de los casos anteriores se encuentren debidamente ejecutoriados o la sentencia judicial que ordene la nulidad del contrato esté en firme se aplicará el siguiente procedimiento:

1. Las entidades territoriales informaran de forma inmediata a la Entidad Territorial Departamental y a la Superintendencia Nacional de Salud, la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias enunciadas; hasta tanto no se realice esta comunicación, la entidad municipal asumirá todos los costos que se generen, por la atención de los afiliados.
2. Las entidades territoriales informarán a los beneficiarios, el día siguiente a la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias enunciadas, que la ARS a la que se encuentran afiliados no continuará operando.

La asignación de los afiliados será realizada por el departamento respectivo el mismo día a las ARS restantes que operan así: 50% en proporción al número de afiliados que tenga cada ARS en los respectivos municipios donde operaba la ARS saliente y el 50% restante distribuido por igual entre todas las ARS que se encuentren operando en el municipio. Con los afiliados que tengan enfermedades de alto costo se conformará un grupo aparte y se distribuirán aleatoriamente, en proporción al número de afiliados incluidos los asignados que tenga cada ARS.

Para efecto de la asignación de usuarios a que hace referencia el inciso anterior, la Administradora de Régimen Subsidiado no podrá estar intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud, no debe presentar mora con su red de prestadores de servicios y debe estar cumpliendo oportunamente con los reportes y envío de información.

3. La entidad territorial y las ARS con afiliados asignados informarán a los mismos sobre la ARS que les correspondió y la posibilidad de libre elección para el siguiente período de contratación. En caso de que el afiliado manifieste su decisión de traslado, este se hará efectivo en los términos establecidos por el CNSSS.

Las entidades territoriales procederán a adicionar los contratos vigentes por el período del año que falte, según el número de afiliados asignados. La prestación de los servicios y el pago de las UPC-S se garantizarán durante este período, mediante la entrega del listado de afiliados o las bases de datos, por parte de las Administradoras de Régimen

Subsidiado a la red prestadora contratada, indicándole que el afiliado puede acceder a los servicios con el carné de la anterior ARS. La ARS deberá contratar inmediatamente con las IPS los servicios que garanticen el POS-S a estos afiliados.

Respecto de los cupos de afiliados no carnetizados por la anterior ARS, no se reconocerá la UPC-S y dichos cupos podrán ser reemplazados según lo previsto en el artículo 33 del Acuerdo 244 del CNSSS. La póliza para el cubrimiento de las enfermedades catastróficas así como la contratación por capitación, se hará exclusivamente por los afiliados que se encontraban carnetizados por la anterior ARS.

4. La administradora de Régimen Subsidiado deberá entregar un nuevo carné a los afiliados asignados, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la adición del contrato siempre que a la fecha de esta adición falten más de cuatro meses para que se termine la vigencia contractual. Cuando falten menos de cuatro meses para la terminación de la vigencia contractual, la carnetización deberá realizarse a más tardar dentro de los treinta (30) días calendario posteriores al inicio del siguiente período de contratación.

La ARS deberá informar a los afiliados que mientras obtengan el nuevo carné podrán acceder a los servicios de salud con la presentación del carné de la anterior ARS.

5. Las entidades territoriales reportarán la novedad a las Administradoras del Régimen Subsidiado y procederán a la adición del contrato en ejecución dentro de los dos (2) días siguientes al reporte de la novedad.

6. Tratándose de afiliados de las comunidades indígenas, las entidades territoriales solicitarán a la autoridad tradicional que seleccione la ARS a la cual se trasladarán de manera colectiva.



ARTÍCULO 8o. ATENCIÓN DE USUARIOS, PRESTADORES Y PROVEEDORES. <Acuerdo derogado por el artículo 96 del Acuerdo 415 de 2009> Las ARS seleccionadas para operar en una región deberán establecer mecanismos que garanticen de manera ágil y oportuna la atención de usuarios, prestadores y proveedores como mínimo en los siguientes aspectos:

- Información y orientación al usuario sobre servicios ofrecidos.
- Procesos de afiliación.
- Base de datos de afiliados.
- Carnetización de afiliados.
- Contratación y negociación de red de prestadores (IPS).
- Radicación de facturas.
- Pago a IPS y proveedores.
- Auditoría integral del proceso de atención.
- Atención de quejas y sugerencias.
- Red de prestadores de servicios y sistemas de referencia y contrarreferencia.



ARTÍCULO 9o. UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA UPC-S. <Acuerdo derogado por el artículo 96 del Acuerdo 415 de 2009> Los recursos por UPC-S que perciban las Administradoras de Régimen Subsidiado correspondiente a una región determinada, serán aplicados para garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiada de la totalidad de los afiliados de esta ARS, sin perjuicio del cumplimiento de lo establecido en el artículo 51 de la Ley 715 de 2001.



ARTÍCULO 10. MECANISMOS DE COORDINACIÓN PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO POS-S. <Acuerdo derogado por el artículo 96 del Acuerdo 415 de 2009> Con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud en lo concerniente a los servicios no cubiertos por el Régimen Subsidiado, las ARS en coordinación con las entidades territoriales, desarrollarán mecanismos que procuren la eficiente prestación de dichos servicios y para ello se podrán celebrar convenios. En todo caso la responsabilidad por la prestación de estos servicios de manera

oportuna, estará a cargo de la entidad territorial respectiva, para lo cual contará con la información adecuada y oportuna que deberá suministrar la Administradora de Régimen Subsidiado, así como el correspondiente seguimiento de la atención del afiliado.



ARTÍCULO 11. VIGENCIA Y DEROGACIONES. <Acuerdo derogado por el artículo 96 del Acuerdo 415 de 2009> El presente acuerdo rige a partir de su publicación en el *Diario Oficial* y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial el Capítulo IV y el artículo 53 del Acuerdo 244 del CNSSS.

Publíquese y cúmplase.

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

El Ministro de la Protección Social,

DIEGO PALACIO BETANCOURT,

Presidente CNSSS.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

ALBERTO CARRASQUILLA BARRERA.

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)

