

ACUERDO 227 DE 2002

(mayo 3)

Diario Oficial No. 44.847, de 26 de junio de 2002

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

<NOTA DE VIGENCIA: Derogado por el Acuerdo 245 de 2003>

Por el cual se establece un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

1. Acuerdo derogado por el artículo 10 del Acuerdo 245 de 2003, publicado en el Diario Oficial No. 45.145, de 1 de abril de 2003, 'Por el cual se establece la política de atención integral de patologías de alto costo, para los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS'.

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 las entidades que administren el Régimen Subsidiado adquieren la obligación de prestar, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S, a los beneficiarios que afilien;

Que el CNSSS, en los diversos acuerdos sobre la operación del Régimen Subsidiado, ha garantizado el principio de la libre escogencia por parte de los afiliados para seleccionar la Administradora de Régimen Subsidiado que les garantice la prestación de los servicios;

Que la Dirección General de Aseguramiento ha recibido manifestaciones de algunas ARS en el sentido de estarse presentando una distribución inequitativa de la siniestralidad, afectando el equilibrio financiero de dichas aseguradoras;

Que las entidades territoriales, en la elaboración del listado de potenciales, beneficiarios al Régimen Subsidiado, no están manteniendo la unidad del núcleo familiar;

Que se hace necesario que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud adopte las medidas pertinentes con el propósito de lograr una distribución equilibrada de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgos, contener el gasto y garantizar el equilibrio financiero.

ACUERDA

CAPITULO I.

MECANISMO PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA DESVIACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.

ARTÍCULO 10. DEFINICIÓN DE LA OPERACIÓN DEL MECANISMO DE REDISTRIBUCIÓN. Del valor de la UPC-S que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) por cada uno de los afiliados, se tendrá en cuenta un monto que represente la desviación del perfil epidemiológico de la población afiliada a las diferentes ARS, que se definirá de acuerdo con el mecanismo de redistribución previsto en el presente acuerdo.

La aplicación del presente acuerdo mantendrá el equilibrio financiero del sistema y no podrá modificar en ningún caso el valor a reconocer por concepto de UPC-S. Su aplicación será sin perjuicio del cumplimiento del artículo 51 de la Ley 715 de 2001 y del cumplimiento de la proporción mínima asignada a prestación de servicios.



ARTÍCULO 2o. EVENTOS INCLUIDOS PARA EL ESTUDIO Y RECONOCIMIENTO DE LA DESVIACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN LA COMPOSICIÓN DE LA UPC-S. Para definir la participación a asignar en cada una de las ARS, se seleccionan en principio las siguientes actividades, procedimientos, intervenciones y/o medicamentos.

1. Los medicamentos anti-retrovirales utilizados para el tratamiento del VIH-SIDA.
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis renal por insuficiencia renal crónica.
3. Tratamientos con radioterapia del cáncer y/o medicamentos incluidos para tratamiento de quimioterapia.
4. Acto quirúrgico en tratamiento por enfermedad cardíaca: Angioplastia coronaria (incluye colocación de marcapaso y coronariografía postangioplastia inmediata); puente coronario (bypass) Aortocoronario (con vena safena) uno o más vasos; recambio valvular. Cambios valvulares con aplicación de prótesis; corrección de cardiopatías congénitas

PARÁGRAFO 1o. El Ministerio de Salud definirá con código y denominación los eventos y contenidos objeto de reporte e informará al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

PARÁGRAFO 2o. El CNSSS evaluará semestralmente la exclusión o inclusión de nuevos eventos. No se tendrá en cuenta para la aplicación del mecanismo de redistribución, los eventos cuya desviación del perfil epidemiológico sea menor del 20%.



ARTÍCULO 3o. EXCLUSIONES. Para efectos del presente acuerdo no se considerarán actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos aquellos que no estén expresamente incluidos en los Acuerdos 72, 74, 83, 106 y 110, según las definiciones y contenidos de la Resolución 5261 de 1994 y las demás normas que los adicionen, modifiquen o complementen.



ARTÍCULO 4o. INFORMACIÓN PARA EL CÁLCULO. Las ARS deberán presentar a la Dirección General de Aseguramiento del Ministerio de Salud o quien haga sus veces, durante los veinte (20) primeros días calendario de cada mes, los casos o eventos efectivamente atendidos, en una declaración que contenga la información del mes inmediatamente anterior debidamente certificada por el representante legal de la entidad; dicha información debe en principio incluir:

Nombre y código de la ARS

Entidad territorial

Período reportado

Población carnetizada a la fecha de corte

Nombre del paciente

Identificación

Fecha de afiliación a la ARS

Fecha de nacimiento

Género

Lugar de residencia

Diagnóstico y código de la enfermedad con base en la Resolución 0945 de 1999 del Ministerio, de Salud o las normas que la complementen o modifiquen

Código del procedimiento efectuado, según CUPS

Número de procedimientos o tratamientos del mes declarado

Estado vital

Código de la IPS que atendió al usuario.

El Ministerio de Salud podrá modificar la solicitud de información requerida en un tiempo no menor a seis meses, notificando a las ARS por lo menos 2 meses antes y definirá los formatos en los que dicha información será presentada.

A la entidad que no remita esta información en forma oportuna e íntegra, conforme a lo establecido en el presente acuerdo, se le calculará su frecuencia con valor cero en todos los eventos para el periodo respectivo.

PARÁGRAFO transitorio. Una vez publicada la resolución a la que hace referencia el párrafo 1o. del artículo 2o. del presente acuerdo, las ARS contarán con 45 días para entregar la información del primer mes. Las ARS podrán corregir inconsistencias los dos primeros meses sin incluir nuevos eventos.



ARTÍCULO 5o. METODOLOGÍA PARA LA MEDICIÓN DEL MONTO FINANCIERO OBJETO DE DISTRIBUCIÓN POR AJUSTE EPIDEMIOLÓGICO. El monto que se destinará para la distribución por ajuste epidemiológico, se definirá según la propuesta que el Ministerio de Salud presente al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la cual deberá ser sustentada con los estudios correspondientes que tendrán en cuenta como mínimo.

1. El indicador que se construya a partir del número y tipo de eventos por ARS definidos en el artículo 2o. del presente acuerdo y demás información requerida previamente analizada, criticada y validada.
2. Cálculo de medidas estadísticas que se consideren pertinentes y que reflejen un límite por encima del cual se entenderá que existe desviación del perfil epidemiológico por cada uno de los eventos, con base en la población efectivamente afiliada y carnetizada de las ARS.
3. Cálculo de las desviaciones por ARS sobre las cuales se determinará el porcentaje a ajustar por perfil epidemiológico.

PARÁGRAFO. Para efectos del reconocimiento no se tendrán en cuenta los eventos y/o medicamentos que estén en proceso de recobro al Fosyga por fallos judiciales, por el Acuerdo 83 del CNSSS o las normas que los modifiquen o complementen.



ARTÍCULO 6o. RECONOCIMIENTO. Una vez definido el monto objeto de distribución por ajuste epidemiológico, los recursos correspondientes a dicho monto se distribuirán entre las ARS conforme la siguiente metodología:

1. Con la información reportada por las ARS se determinará la frecuencia los eventos del cuatrimestre anterior por cada una de ellas.
2. A cada uno de los eventos definidos en el presente acuerdo se le asignará una Unidad de Valor que reconozca las diferencias en valores de cada uno de los eventos, la cual será establecida por el Ministerio de Salud.
3. Una vez determinada esta información se multiplicará el número de eventos de cada ARS por la Unidad de Valor correspondiente y se efectuará la sumatoria por ARS, sobre las cuales se determinará el porcentaje de la UPC-S a redistribuir.
4. Posteriormente el resultado de cada ARS se dividirá entre la sumatoria de los resultados de todas las ARS y dicho valor será el porcentaje que la ARS recibirá de los recursos previstos para el ajuste epidemiológico.

PARÁGRAFO 1o. La participación, que se reconozca a cada ARS, tendrá una vigencia de cuatro meses. El Ministerio de Salud propondrá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para su aprobación, los mecanismos por medio de los cuales se realizará el reconocimiento y pago del ajuste por la desviación del perfil epidemiológico

PARÁGRAFO 2o. El reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico, será causado de conformidad con

el procedimiento establecido en el presente artículo desde el primero de junio de 2002. Para el reconocimiento del primer cuatrimestre de 2002 (junio-septiembre), el monto a redistribuir será pagado en el siguiente cuatrimestre y de igual manera para los períodos posteriores, mientras se mantenga el período de contratación así el último período sea inferior a un cuatrimestre.



ARTÍCULO 7o. CONTROL DE INFORMACIÓN DE EVENTOS INCLUIDOS PARA AJUSTE EPIDEMIOLÓGICO. Las entidades territoriales, deberán verificar que el afiliado este debidamente carnetizado y reportado en la base de datos entregadas a la Red de Prestadores de Servicios de Salud contratada.

El Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud o cualquier otro organismo de control del Estado, realizará inspecciones, auditorías e investigaciones especiales con el fin de verificar la validez de la información reportada.

Las ARS, que por efectos de la información presentada reciba ajuste por desviación, sin tener derecho, independientemente de las demás acciones a que haya lugar, deberán restituir a quien giró las sumas recibidas con intereses equivalentes a los rendimientos que hubiere generado en el Fosyga.

CAPITULO II.

MECANISMO PARA EVITAR LA SELECCIÓN ADVERSA DE USUARIOS, EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.



ARTÍCULO 8o. LISTADO PRIORIZADO. Las entidades territoriales aplicarán de forma integral y sin excepción alguna, las reglas establecidas sobre selección de afiliados de que trata el artículo 9o. del Acuerdo 77 del CNSSS.

Para tal efecto las entidades territoriales a partir de la vigencia del presente acuerdo adelantarán las acciones necesarias para definir la afiliación de totalidad del núcleo familiar a una sola ARS. Cuando miembros de un mismo grupo familiar estén en varias ARS, la entidad territorial trasladará a las ARS donde se encuentre el jefe del núcleo familiar sisbenizado, a la totalidad del grupo.

PARÁGRAFO 1o. La entidad territorial deberá elaborar el listado priorizado incluyendo todo el núcleo familiar sisbenizado y entregarlo a las ARS respectivas, así como su actualización tres (3) meses antes de cada período de contratación. La actualización del listado se realizará como mínimo dos (2) veces al año. La personería municipal o distrital deberá vigilar y controlar el cumplimiento de las condiciones y términos señalados, sin perjuicio de la afiliación automática del recién nacido caso en el cual se financiará con las UPC-S disponibles por el fallecimiento de un beneficiario o por liberación generada por control de multifiliación.



ARTÍCULO 9o. APLICACIÓN DE PERÍODOS MÍNIMOS DE PERMANENCIA DE AFILIACIÓN EN LAS ARS. Los afiliados que hayan sido atendidos por su ARS para una enfermedad ruinosa o catastrófica, deberán permanecer con todo su grupo familiar, como mínimo dos años en la ARS que le ofreció el servicio, contados a partir de que concluya el período de contratación en el que fue atendido, siempre y cuando la ARS mantenga su autorización para operar el Régimen Subsidiado, y no haya perdido la calidad de beneficiario. En todo caso si la ARS toma la decisión de retirarse del Régimen Subsidiado, estos usuarios podrán hacer uso de su derecho a la libre elección, al igual que el resto de los afiliados.



ARTÍCULO 10. VERIFICACIÓN. Los procesos señalados sobre afiliación al Régimen Subsidiado de potenciales beneficiarios, serán verificados por las personerías municipales, las veedurías comunitarias, las mesas de solidaridad, los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y Asociaciones y Alianzas de Usuarios, las cuales en el evento de establecer que la entidad territorial incurrió en un incumplimiento, deberán informar del hecho a las autoridades de vigilancia y control.

PARÁGRAFO. Las ARS que con ocasión de la aplicación de los listados priorizados entregados por la entidad territorial en las fechas establecidas en el presente acuerdo, establezcan que estos han sido modificados, deberán objetarlos, exigiendo la aplicación de los listados entregados en oportunidad sin perjuicio de las acciones que deban adelantar ante las instancias de vigilancia y control.



ARTÍCULO 10. EXCEPCIONES. El presente acuerdo no será aplicable a las ARS y EPS indígenas.



ARTÍCULO 11. VIGENCIA. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 3 de mayo de 2002.

El Ministro de Salud,

Gabriel Riveros Dueñas.

Presidente CNSSS.

Ministro de hacienda y Crédito Público,

Juan Manuel Santos.

El Secretario Técnico CNSSS,

Carlos Mario Ramírez Ramírez.



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)

