

ACUERDO NUMERO 23

Por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ACUERDA:

CAPITULO I

OBJETO

ARTICULO 1.- Objeto. El presente Acuerdo define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, determina los criterios para identificar a los beneficiarios de los subsidios, los mecanismos de selección de las entidades administradoras del régimen, define el contenido del plan de beneficios y los mecanismos de financiación, así como la administración de recursos del régimen subsidiado.

CAPITULO II

BENEFICIARIOS Y AFILIACION

ARTICULO 2.- Beneficiarios del régimen. Son beneficiarios del régimen subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, que no tiene capacidad de cotizar al régimen contributivo y en consecuencia recibe subsidio total o parcial para completar el valor de la UPC-S , de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el presente acuerdo.

ARTICULO 3.- Mecanismos de identificación de los Beneficiarios. La identificación de los beneficiarios del régimen subsidiado se hará en los

Continuación del Acuerdo Número 23 por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.

municipios categorías 1 a 4 mediante la aplicación del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) y en los municipios categorías 5 y 6 definidos por la ley 136 de 1994 a través de un listado censal que contiene nombre, documento de identidad en caso de existir, edad, sexo, ocupación y lugar de residencia.

Si un municipio categoría 5 ó 6 ha realizado o realiza el SISBEN, éste será el único instrumento a utilizar para la identificación de beneficiarios de subsidios en salud.

ARTICULO 4.- Comunidades Indígenas. Las comunidades indígenas no están obligadas a aplicar el SISBEN. El Gobernador del Cabildo entregará al Alcalde del municipio un listado censal con el nombre, edad y sexo de las personas pertenecientes a su comunidad que deben ser Beneficiarias del Régimen Subsidiado.

ARTICULO 5.- Administración del Sistema de Identificación de Beneficiarios. El SISBEN será administrado por el alcalde del respectivo municipio, con la colaboración de las Direcciones de Salud correspondientes.

ARTICULO 6.- Selección de Beneficiarios. La selección de beneficiarios se efectuará utilizando los mecanismos definidos en el artículo 3 del presente Acuerdo. Será beneficiaria de subsidios en salud la población perteneciente a los niveles 1 y 2 del SISBEN y la incluida en el listado censal previa exclusión de los residentes de los municipios 5 y 6 que tengan capacidad de pago, de conformidad con la clasificación efectuada por la alcaldía respectiva, con el apoyo de las Direcciones de Salud, Personerías Municipales, Veedurías Comunitarias y Mesas de Solidaridad.

ARTICULO 7.- Afiliación. Para proceder a la afiliación los beneficiarios del subsidio deberán seleccionar una Entidad Administradora del Régimen subsidiado e inscribirse ante ella de conformidad con lo establecido en el presente Acuerdo.

Los beneficiarios de subsidios se entenderán afiliados a una Entidad Administradora de Subsidios, en el momento en que la respectiva entidad territorial suscriba el contrato con la Administradora del régimen subsidiado, en la que el beneficiario se haya inscrito, de conformidad con el trámite que más adelante se establece. La sola escogencia e inscripción no implica la afiliación a la Entidad Administradora.

ARTICULO 8.- Pérdida de la calidad de afiliado. La calidad de afiliado al régimen subsidiado se pierde cuando se cumplen los requisitos definidos por la ley 100 y sus decretos reglamentarios para pertenecer al Régimen Contributivo.

Continuación del Acuerdo Número 23 por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 9.- Prelación para recibir el subsidio. Una vez identificados los eventuales beneficiarios de subsidio a la demanda, la Dirección territorial correspondiente procederá a establecer el número de beneficiarios que podrán afiliarse al sistema general de seguridad social en salud de acuerdo con los recursos disponibles en la vigencia fiscal correspondiente.

Determinado el número de subsidios que se pueden otorgar, la Dirección procederá a identificar a los beneficiarios a quienes se les subsidiará la UPC-S en los términos del presente Acuerdo, dando prelación a la población materno infantil, los residentes en áreas rurales y los indígenas.

Para efectos de la identificación de los beneficiarios con derecho preferencial de que trata el inciso anterior, se dará prioridad a la población materno infantil y los residentes en áreas rurales clasificados en el nivel 1 del SISBEN.

ARTICULO 10.- Selección de Entidad Administradora. Con el fin de que el Beneficiario pueda escoger libremente la Entidad Administradora de subsidios a la cual desea afiliarse, las Direcciones de Salud seguirán el siguiente procedimiento:

1. Una vez identificados los beneficiarios de subsidios que pueden afiliarse de acuerdo con lo establecido en el artículo precedente, la Dirección les comunicará que deben elegir una Entidad Administradora de Subsidios en Salud, informándoles la lista de entidades posibles que se encuentran inscritas, con sus direcciones respectivas.

2. El beneficiario tendrá un mes contado a partir de la fecha de comunicación de la Dirección para elegir la entidad administradora de su preferencia e inscribirse ante ella. En caso de que no lo haga la Dirección de Salud, lo afiliará a aquella de su elección, respetando el principio de preferencia contenido en el numeral 1 del artículo 216 de la ley 100.

PARAGRAFO. Para efectos de brindar una mayor información a la comunidad beneficiaria, las entidades administradoras seleccionadas podrán realizar actividades de divulgación y promoción de sus servicios.

ARTICULO 11 - Deber de inscripción y afiliación. Las Entidades administradoras seleccionadas, serán las responsables de la inscripción y afiliación de los beneficiarios, debiendo informar a las personas interesadas, de manera amplia, sobre los planes de beneficios que ofrece la entidad, la forma de financiación, el sistema de referencia de pacientes y los mecanismos con que cuenta para garantizar una atención en salud con calidad.

ARTICULO 12. Remisión de inscripciones a la Dirección de Salud. La remisión de las inscripciones a la Dirección de Salud, se hará una vez transcurra el mes otorgado a los beneficiarios para elegir entidad

Continuación del Acuerdo Número 23 por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.

administradora o anticipadamente en el momento en que la entidad administradora cuente con el número mínimo exigido, sin perjuicio de que pueda continuar recibiendo inscripciones si el plazo para tal efecto continúa vigente y tiene capacidad para hacerlo.

De todas formas, dentro del plazo previsto para realizar la escogencia, la entidad administradora seleccionada deberá remitir la relación de personas inscritas a la Dirección de Salud.

En el evento en que alguna entidad no acredite el número mínimo de afiliados exigidos en el presente Acuerdo, el Representante Legal de la entidad interesada en administrar el régimen de subsidios, tiene la obligación de suministrar dentro de éste mismo término, la información sobre los beneficiarios inscritos, con el fin de que la Dirección de Salud les comunique que disponen de quince días hábiles para escoger una segunda opción.

Si transcurridos los quince días los beneficiarios no se inscriben en otra entidad la Dirección de Salud procederá a afiliarlos a las demás entidades que cumplieron con este requisito dando prelación a aquellas entidades que reportaron el mayor número de inscritos en proporción a su capacidad disponible. Igual procedimiento se seguirá cuando al final del proceso de escogencia permanezcan grupos de población sin afiliar.

En el evento en que ninguna entidad reúna el número mínimo de afiliados la Dirección de Salud procederá a afiliar los beneficiarios a aquella entidad o aquellas entidades que reportaron el mayor número de inscritos, en proporción a su capacidad disponible.

ARTICULO 13.- Contratos de Administración. Una vez la Dirección de Salud verifique que las entidades reúnen el número mínimo de afiliados exigido en el presente Acuerdo y se comprometan ante la dirección de salud a firmar un contrato de seguro para el manejo de las enfermedades de alto costo o un convenio con el Fondo de Solidaridad y Garantía, procederán a suscribir los respectivos contratos de administración de subsidios. A partir de este momento se entiende afiliado el beneficiario.

Estos contratos se regirán por el derecho privado y deberán incluirse las cláusulas necesarias que garanticen la prestación efectiva y oportuna del servicio a la población beneficiaria. Podrán incluirse cláusulas exorbitantes.

PARAGRAFO: En todo caso el afiliado sólo podrá trasladarse de administradora después de un año de permanencia en la entidad, informando con un mes de antelación a la Entidad Administradora a la cual se encuentra afiliado.

Continuación del Acuerdo Número 23 por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 14.- Caducidad del contrato. Cuando se declare la caducidad, el incumplimiento o la declaratoria de terminación unilateral de alguno de estos contratos la Dirección de Salud dará un plazo, no mayor a un mes, a los beneficiarios para que procedan a hacer su elección, advirtiéndoles que si no la realizan dentro de tal término, la Dirección procederá a afiliarlos a las entidades que tengan el mayor número de afiliados de conformidad con el cupo disponible.

En el evento de que no encuentren inscritas otras entidades o las inscritas no tengan capacidad para aceptar nuevos afiliados, la Dirección convocará a concurso dentro de los quince (15) días siguientes a la declaratoria de caducidad y asumirá transitoriamente la administración de los recursos, garantizando la debida prestación de los servicios, por un periodo no superior a un año en el caso de que ninguna entidad administradora reúna los requisitos aquí establecidos, y bajo la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPITULO III PLAN DE BENEFICIOS

ARTICULO 15.- Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S). La cobertura de riesgos y servicios a que tienen derecho los afiliados al régimen subsidiado a partir de la fecha de expedición del presente Acuerdo, son los siguientes:

a. Acciones de promoción y educación. Comprenden las acciones de educación y promoción dirigidas a la familia y a los individuos de acuerdo a su etapa del ciclo vital, con el objeto de mantener la salud. Incluye el material educativo y se complementa con el Plan de Atención Básica.

b. Acciones de prevención de la enfermedad y protección específica. Están dirigidas a grupos poblacionales determinados y orientadas a mantener la salud y a prevenir las enfermedades para las cuales se cuenta con tecnología y recursos apropiados. Incluye los diferentes insumos y se complementa con el Plan de Atención Básica.

c. Acciones de recuperación de la salud, atención ambulatoria del primer nivel. Garantiza la atención integral médica, odontológica y de enfermería de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en forma ambulatoria y con tecnología de baja complejidad. Incluye la atención individual o familiar y el suministro de medicamentos, laboratorio clínico básico, imágenes diagnósticas y materiales odontológicos.

Continuación del Acuerdo Número 23 por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.

d. Atención hospitalaria de menor complejidad. Garantiza la atención integral de los eventos que requieran una menor complejidad para su atención a nivel hospitalario. Incluye la atención por los profesionales, técnicos y auxiliares, el suministro de medicamentos y de material médico quirúrgico, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y la hotelería. Para las gestantes incluye la atención del parto de bajo riesgo espontáneo o por cesárea.

e. Atención de recuperación ambulatoria de la salud en el segundo nivel de atención (consulta especializada). Garantiza la consulta especializada de la gestante con riesgo y del menor de un año y la atención de oftalmología y optometría para los grupos de menores de 19 años y mayores de 60. Para estos últimos se incluye el suministro de las monturas y los lentes cada vez que por razones médicas sea necesario su cambio.

f. Atención hospitalaria de mayor complejidad. Garantiza la atención hospitalaria de la gestante de mayor riesgo, las complicaciones del puerperio y la atención de mayor complejidad para el menor de un año relacionada con: el recién nacido de alto riesgo, las complicaciones por EDA, la neumonía grave y las enfermedades infecciosas, virales y bacterianas. Incluye la atención por los profesionales, técnicos y auxiliares, el suministro de medicamentos incluidos en el manual de medicamentos y terapéutica, de material médico quirúrgico, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y la hotelería por hospitalización.

g. Atención de las enfermedades de alto costo. Garantiza la atención en salud para:

El neonato: Atención integral en cuidado intensivo al neonato.

Patologías cardiacas: Actividades, intervenciones y procedimientos de cardiología y hemodinamia, cirugía de corazón y la terapia de rehabilitación cardiaca.

Patologías del sistema nervioso central: Procedimientos quirúrgicos intracraneales y de la médula espinal.

Reemplazo articular: Reemplazos totales de cadera y rodilla. Incluye procedimiento, prótesis y hospitalización.

Insuficiencia renal: Hemodiálisis y diálisis peritoneal para pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica. Transplante renal y control durante el primer año. Control permanente del transplantado renal.

Gran quemado: Atención a pacientes con quemaduras mayores del 20% de extensión, quemaduras profundas en cara, pies, manos o periné.

Continuación del Acuerdo Número 23 por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Sida. Tratamiento integral del paciente con SIDA. Incluye la atención hospitalaria con los insumos requeridos y el suministro de antirretrovirales.

VIH positivo: Incluye el suministro de antirretrovirales.

Cáncer: Incluye el diagnóstico, el tratamiento quirúrgico, la quimioterapia, la radioterapia y el manejo del dolor del paciente terminal.

Hospitalización de alta complejidad: Incluye la hospitalización para cirugías del sistema nervioso central, cirugías de corazón, reemplazos articulares y atención al gran quemado.

Cuidados intensivos: Atención de pacientes, de todas las edades, críticamente enfermos, de conformidad con los artículos 29 y 30 de la Resolución 5261 de agosto 5 de 1994.

ARTICULO 16.- Criterios para la referencia de pacientes pertenecientes al régimen subsidiado. Mientras se unifican los contenidos del POS-S con los del POS del régimen contributivo, aquellos beneficiarios del régimen subsidiado que por sus condiciones de salud o necesidades de ayuda de diagnóstico y tratamiento, requieran de servicios de una complejidad mayor a la establecida en los contenidos del POS-S, como lo son atenciones de segundo y tercer nivel, deberán ser referidos a las Instituciones Públicas del Subsector Oficial o a las privadas con las cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios. Estas instituciones tendrán la obligación de recibirlos y atenderlos con cargo a los recursos que por concepto de subsidio a la oferta están recibiendo. Cuando estas instituciones se nieguen a brindar dicha atención, podrá declararse la caducidad de los contratos suscritos con éstas entidades para tales efectos.

CAPITULO IV RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO

ARTICULO 17.- Unidad de Pago por Capitación Subsidiada. La Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, tendrá un valor mínimo para el año de 1995, de \$75.000.00, distribuidos de la siguiente forma: \$60.500.00 destinados al cubrimiento del Plan de Beneficios a que se refieren los literales a) a f) del artículo quince y \$14.500.00 destinados al cubrimiento de enfermedades de alto costo enumeradas en el literal g) del artículo quince, que demanden los

Continuación del Acuerdo Número 23 por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.

beneficiarios del Régimen subsidiado. En 1996 esta UPC-S será incrementada en un 19.5%.

En atención a circunstancias de orden socio económico, que hacen más gravosa la prestación del servicio en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainia, Guaviare, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada, Meta y la región de Urabá, la UPC-S definida se incrementará en un 25%. Se exceptúan de este incremento las ciudades de Sincelejo y Villavicencio.

PARAGRAFO. A solicitud de los Consejos Territoriales, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá autorizar un valor superior para la UPC-S y mayores contenidos del POS-S cuando se haya cubierto a la totalidad de la población pobre y vulnerable, previo compromiso de las Direcciones de Salud con un plan de transformación de los subsidios acorde con los nuevos contenidos del POS y hasta por un valor máximo de la UPC del régimen contributivo. La cofinanciación del Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía se hará única y exclusivamente hasta por el valor de la UPC-S, determinada a nivel nacional.

ARTICULO 18.- Valores diferenciales de la UPC-S. Para el reconocimiento del pago del POS-S de los beneficiarios del régimen subsidiado, se determina la siguiente escala diferencial por grupos étnicos y por género:

GRUPO ETAREO	ESCALA DIFERENCIAL	VALOR REAL-95
Menores de un año	1.61 UPC-S	\$120.753.00
Mujeres de 15 a 44 años	1.57 UPC-S	\$117.785.00
Otros grupos	0.83 UPC-S	\$ 62.234.00

ARTICULO 19.- Contribuciones de los afiliados. Los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos y cuotas moderadoras fijadas con base en las tarifas establecidas para el régimen subsidiado y de acuerdo con el nivel o categoría fijadas por el SISBEN, de la siguiente manera:

1. Para los casos de indigencia debidamente verificadas y las comunidades indígenas, las atenciones serán gratuitas y no pagarán copagos ni cuotas moderadoras.

2. Para los niveles 1 y 2 del SISBEN y la población incluida en el listado censal, el copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, con un tope máximo a pagar por atención de un mismo evento de 1 salario mínimo legal mensual vigente.

Continuación del Acuerdo Número 23 por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO V DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 20.- Criterios de distribución de los Recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía para 1995. La distribución de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, se distribuirán entre las entidades territoriales, de conformidad con los siguientes criterios:

1. Los recursos per cápita disponibles por departamento, de conformidad con lo dispuesto en la ley 188 de 1995
2. El porcentaje y número de población pobre según el NBI
3. El número de pobres carnetizados.

PARAGRAFO. Recursos per cápita disponibles. Para establecer el monto de los recursos per cápita disponibles, se hará una evaluación del producido de todas y cada una de las rentas territoriales para salud.

ARTICULO 21.- Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

AUGUSTO GALAN SARMIENTO
Presidente

JULIETTA R. DE VILLAMIL
Secretaria Técnica