

**CIRCULAR EXTERNA CONJUNTA
No. 018 MS - 074 SNS
JUNIO 30 DE 1.998**

MINISTERIO DE SALUD-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

PARA: Gobernadores, Alcaldes, Directores de Salud Departamentales, Distritales y Municipales, Representantes Legales de Administradoras del Régimen Subsidiado (Entidades Promotoras de Salud, Cajas de Compensación Familiar y Empresas Solidarias de Salud)

DE: Ministerio de Salud y Superintendencia Nacional de Salud

ASUNTO: Instrucciones Acuerdo 77 de 1.997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Liquidación contratos del Régimen Subsidiado cuyo vencimiento fue el 31 de marzo de 1.998. Interventoría de contratos de Régimen Subsidiado. Formato para reporte de novedades. Formato único para reporte de actividades de promoción y prevención. Revocatoria de la voluntad de traslado de la ARS.

El Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus facultades legales, se permiten fijar los lineamientos a tener en cuenta para realizar los procesos de liquidación de los contratos de administración del Régimen Subsidiado, que vencieron el 31 de marzo del presente año; y los lineamientos para realizar la interventoría de los contratos de

administración del Régimen Subsidiado que se suscriban durante esta vigencia de conformidad con los periodos previstos en el Acuerdo 77 de 1.997.

Adicionalmente por medio de la presente Circular se establece el formulario único nacional para el reporte de novedades de las ARS y se imparten instrucciones al respecto.

Finalmente, se imparten instrucciones con relación al procedimiento de revocatoria de la voluntad de traslado del afiliado.

I. LIQUIDACION DE CONTRATOS DE REGIMEN SUBSIDIADO SUSCRITOS ENTRE LAS ENTIDADES TERRITORIALES Y LAS ARS, CUYO VENCIMIENTO FUE EL 31 DE MARZO DE 1.998.

Los contratos de Régimen Subsidiado, tienen por objeto el aseguramiento en salud de la población beneficiaria con el fin de que las ARS garanticen a los afiliados la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. En ese sentido, es importante tener presente que los contratos suscritos entre las Entidades Territoriales y las ARS no son contratos de prestación de servicios de salud. La función básica de las ARS, consiste en organizar y garantizar la prestación de servicios de salud incluidos en el POS-S a sus afiliados, lo cual pueden hacerlo a través de una red prestadora de servicios propia o contratada. En consecuencia, con los recursos provenientes de las UPC-S que reciben las ARS como retribución garantizan el cubrimiento del riesgo en salud de sus afiliados y desarrollan las demás obligaciones establecidas en las normas.

En consideración a lo anterior, la liquidación de los contratos de Régimen Subsidiado, no se realiza verificando el gasto en salud

en el que hayan incurrido las ARS sino estableciendo si garantizaron la posibilidad real de acceso a los servicios del POS-S .

Finalmente, se debe tener en cuenta que estos contratos son de tracto sucesivo es decir, que sus obligaciones se prolongan en el tiempo durante todo el plazo de ejecución del contrato.

Es importante mencionar que de conformidad con las normas legales vigentes, la liquidación de los contratos debe realizarse dentro de los cuatro meses siguientes a su vencimiento.

En la liquidación participarán las mismas partes que suscribieron el contrato respectivo. Este proceso será responsabilidad exclusiva de las partes contratantes, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios para efectuar la liquidación de los contratos bajo el concepto de aseguramiento.

Para liquidar los contratos del Régimen Subsidiado, se debe establecer si hubo o no aseguramiento de la población afiliada, en que número y durante que tiempo. Por consiguiente, la fórmula a emplear para dicha liquidación es la siguiente:

Número de personas aseguradas x UPC-S vigente x Periodo de aseguramiento.

Estos 3 conceptos corresponden a las variables económicas que afectan el valor ejecutado del contrato.

1.- Número de personas aseguradas. Con relación con el número de personas aseguradas, los contratos inicialmente contemplaban un número fijo de personas a las cuales se les debería garantizar el plan de beneficios del POS-S. Sin embargo, durante la ejecución del contrato y a la finalización de éste, es

posible que se determine que el número de personas sea mayor o menor. Por tanto es necesario establecer el número real de personas beneficiarias, teniendo en cuenta aspectos tales como :

- Fallecimientos.
- Personas que pertenecen al Régimen Contributivo.
- Afiliación múltiple al régimen subsidiado.
- Nacimientos.
- Personas no incluidas en los listados suministrados por la Entidad Territorial.

No hay lugar a reconocer la UPC-S de las personas que no estuvieron aseguradas o que ya estaban aseguradas en otro régimen, porque la ARS no asumió en estos casos ningún riesgo.

El número de personas aseguradas se puede establecer con la carnetización, con la disponibilidad de la red prestadora de servicios efectivamente contratada, la póliza de reaseguro para enfermedades de alto costo y con la ejecución de los planes de promoción y prevención.

A partir de la fecha de vigencia de la Circular Conjunta 15-39 del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, la carnetización se considera como el medio más idóneo para establecer el aseguramiento. La entidad territorial podrá utilizar los medios que considere pertinentes para confrontar que dicha carnetización se realizó efectivamente.

Es importante evaluar las acciones de promoción y prevención, las cuales no se enmarcan dentro del concepto de aseguramiento descrito, por cuanto esta no es una actividad aleatoria que dependa de las condiciones de salud de las personas y por consiguiente no esta sujeta a la demanda de servicios, sino que por el contrario son actividades que les corresponde de manera obligatoria realizar a las ARS, directamente o por contrato, según los contenidos de las normas vigentes.

Cuando se compruebe que la ARS no realizó directamente las acciones de prevención y promoción, habrá lugar a exigirle la devolución de los valores que debieron destinarse para esa actividad. Cuando la ARS demuestre que ha contratado con IPSs las acciones de promoción y prevención y se compruebe que las mismas no se realizaron, las ARS serán las responsables de dicha devolución.

Las Direcciones Seccionales o Locales de Salud, según corresponda, deberán certificar a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, la realización de las actividades de Promoción y Prevención durante 1.997.

Con el fin de dar cumplimiento al Acuerdo 81 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las ARS deberán acreditar a partir del 1 de enero de 1.998 ante las Entidades Territoriales, las actividades de promoción y prevención realizadas y su costo, con el fin de verificar al final de la vigencia del contrato la ejecución de los recursos de la UPC-S que se destinan a estas actividades. Lo anterior con el fin de que al final del ejercicio anual, se verifique la destinación del 10% de las UPC-S recibidas para promoción y prevención.

2. - UPC-S. Las ARS, tienen derecho a recibir como retribución por organizar y garantizar el POS-S la UPC-S vigente durante la ejecución del contrato.

En este aspecto es fundamental tener en cuenta que por decisión del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la UPC-S para el año de 1.997 sufrió un incremento del 21.02% y en 1.998 tuvo un incremento del 18.5% que es necesario reconocer a las ARS en la liquidación del contrato.

3. - Periodo de aseguramiento. El periodo de aseguramiento hace referencia al momento a partir del cual se garantiza a los

afiliados el acceso a los servicios del POS-S y las modificaciones de la duración del contrato. Por lo anterior, si se realizaron modificaciones al contrato inicial con relación al periodo de aseguramiento, es necesario tenerlas en cuenta en la liquidación.

Igualmente, en la liquidación debe quedar consignada la situación definitiva de los traslados de afiliados de cada ARS, de conformidad con la normatividad vigente para el momento del traslado.

Los saldos provenientes de la liquidación de los contratos, deberán identificarse por fuente de financiación teniendo en cuenta los porcentajes de participación de cada fuente en el valor total del contrato. Si el pago de los ICN y esfuerzo propio del municipio se efectuó a través de las Direcciones Seccionales de Salud, éstas deberán devolver los recursos correspondientes al respectivo municipio.

En todos los casos los recursos sobrantes de ICN, deberán incorporarse a los presupuestos de los municipios en la presente vigencia, con destino al Régimen Subsidiado de conformidad con el Artículo 35 del Decreto 2680 de 1.993. Los recursos sobrantes de transformación de situado fiscal se incorporarán al presupuesto de la entidad territorial que efectuó el pago y los recursos del FOSYGA se reintegrarán a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía. Todas las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado conservarán su misma destinación.

En el acta de liquidación quedará expresamente consignado, el valor del saldo (si existiere) a favor de la entidad territorial y los valores a reintegrar según las fuentes de financiación correspondientes. Igualmente, se especificará el monto de los recursos ejecutados en actividades de promoción y prevención de los meses de enero febrero y marzo de 1.998.

Las Entidades Territoriales reportarán al Ministerio de Salud, Dirección General de Seguridad Social, el informe de liquidación de contratos a más tardar el 15 de agosto de 1.998, especificando, en el caso en que existan saldos a favor de las Entidades Territoriales, la fuente según corresponda a ICN (15 puntos), FOSYGA, situado fiscal transformado (Ley 344 de 1.996) o esfuerzo propio.

El acta de liquidación original deberá reposar en la respectiva Alcaldía con los soportes correspondientes. Las Direcciones Seccionales de Salud deberán conservar copia de las mismas. En todo caso, si en el ejercicio de sus funciones el Ministerio de Salud, o la Superintendencia Nacional de Salud, requieren conocer la información relativa a la liquidación de estos contratos, deberá encontrarse disponible por parte de las Entidades Territoriales.

II. INTERVENTORIA DE CONTRATOS DE ADMINISTRACION DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO SUSCRITOS ENTRE ENTIDADES TERRITORIALES Y ARS

En principio, todo contrato donde se comprometan para su celebración y ejecución recursos públicos debe ser objeto de una interventoría por parte de las Entidades Territoriales contratantes.

Según lo establecido por el Acuerdo 77, Artículo 38, es obligación de las entidades territoriales supervisar el cabal cumplimiento de las obligaciones a cargo de las Administradoras del Régimen Subsidiado. Para este propósito se deberá establecer desde el inicio del contrato, una interventoría interna o externa y remitir el resultado de los informes de esta interventoría a los Departamentos y a la Superintendencia Nacional de Salud, cuando sea procedente.

La interventoría deberá realizarse sobre el cumplimiento del objeto del contrato y las obligaciones de las partes. Por esto, se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos :

1.- Garantía del acceso a los servicios de salud antes de la carnetización.

Se deberá verificar si los afiliados al régimen subsidiado tenían la posibilidad de acceder a los contenidos del POS-S, antes de recibir el carnet.

Para lo anterior se deberá establecer si las instituciones prestadoras de servicios de salud, a través de las cuales la ARS va a garantizar tal prestación, poseen los listados de afiliados que tienen derecho a los servicios, a más tardar 5 días después de iniciado el período de contratación.

2.- Carnetización:

El carnet se constituye en el mecanismo mediante el cual los afiliados al Régimen Subsidiado se identifican como tal y por lo tanto pueden acceder a los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud- Subsidiado.

Los afiliados deberán estar carnetizados completamente a más tardar 30 días calendario después de haberse suscrito el contrato.

Una vez vencido este plazo la entidad territorial sólo reconocerá a la ARS, los valores causados por concepto de UPC-S a partir del momento en que la persona reciba efectivamente el carnet. La vigencia de los carnets será de acuerdo con el período de contratación.

Para verificar lo anterior las ARS deberán hacer entrega a las entidades territoriales del primer informe sobre carnetización, a más tardar 45 días después de haberse iniciado el período de

contratación, para el período de contratación correspondiente al 1º de abril de 1.998 este plazo se entenderá hasta el 15 de julio de 1.998. y la Entidad Territorial podrá verificar en cualquier momento que el beneficiario recibió el carné. El informe de carnetización deberá contener : el nombre completo del afiliado, su identificación y la fecha en que recibió el carnet.

Transitoriamente, para la contratación que inició el 1º de abril de 1.998, el informe de la carnetización se podrá presentar con el primer reporte de novedades.

Se entenderá por carnetización, la entrega física del carnet al afiliado o al cabeza de familia por la ARS.

Se deberá verificar que el carnet contenga mínimo la información definida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

3.- Red prestadora de servicios de salud.

Las ARS deberán contar con la red prestadora de servicios de salud necesaria para garantizar la prestación de los servicios contenidos en el POS-S que esté debidamente registrada. En consecuencia se deberá verificar, los niveles de complejidad suficientes en relación con el plan de beneficios, la capacidad suficiente en relación con el número de afiliados y las condiciones de acceso más favorables.

Una vez suscrito el contrato de aseguramiento con la entidad territorial la ARS deberá remitir copia de los contratos con las IPS a la Entidad Territorial.

4.- Sistema de referencia y contrareferencia.

Es obligación de la ARS garantizar un sistema adecuado de referencia y contrareferencia para la prestación de los servicios en todos los niveles de complejidad. Se deberá verificar que se haya informado al usuario cual es la red disponible en todos los niveles de complejidad.

Las ARS deberán tener diseñado y operando este sistema de tal forma que como mínimo considere los siguientes aspectos :

- Referencia a las instituciones del mismo municipio dependiendo del nivel de atención que requiera el paciente, de tal forma que se garantice una atención oportuna dentro de la red prestadora de servicios que ofrezca la ARS.
- Referencia a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o a las privadas con las que el Estado tenga contrato para los eventos no garantizados por el POS-S.
- Referencia a otros municipios cuando se trate de eventos que por su nivel de complejidad deban ser atendidos en un lugar diferente al municipio de residencia del afiliado.

Es importante tener en cuenta que las ARS deben garantizar los medios necesarios y oportunos para el transporte de sus afiliados, especialmente en los sitios de difícil acceso geográfico, tanto para la atención en salud como para el regreso a su lugar de domicilio.

En todos los casos mencionados se verificará que el sistema garantice la oportunidad de la atención.

5.- Sistema de atención e información al usuario.

De conformidad con las normas vigentes las ARS deberán mantener instrumentos permanentes de fácil acceso para los afiliados, con el propósito de atender sus quejas y reclamos en los municipios donde éstos residan.

De igual forma una de las obligaciones de la ARS es informar a los afiliados sobre sus deberes y derechos. Por esto, se verificará las acciones que las ARS hayan efectuado para cumplir con esta obligación.

6.- Póliza de alto costo.

Las ARS deberán constituir pólizas de reaseguro para las atenciones de alto costo, las cuales deberán garantizar un cubrimiento de los afiliados a la ARS en cada municipio. Se debe verificar por lo tanto que la póliza, bien sea global o no, especifique el número de afiliados asegurados por cada municipio y el tiempo de aseguramiento.

7.- Medición de la satisfacción del usuario.

La calidad en la prestación de los servicios de salud y en la atención de la ARS a los usuarios se constituye en una de las principales obligaciones de las ARS y en uno de los principales factores de competencia entre ellas. Por lo anterior es conveniente dentro de la interventoría al contrato medir la satisfacción del usuario con los servicios que le prestan, a través de cualquier mecanismo válido para lograr este propósito.

8.- Pagos de las Entidades Territoriales a las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado.

La responsabilidad de la Entidad Territorial con relación al flujo de recursos del sistema, es efectuar los pagos a las ARS, de conformidad con lo pactado en los contratos de aseguramiento. En este sentido se deberá verificar la oportunidad de los pagos a las ARS teniendo en cuenta el flujo de recursos de las diferentes fuentes de financiación del Régimen Subsidiado a los Fondos Seccionales o Locales de Salud.

9.- Pagos a la red prestadora de servicios de salud.

Para que el Sistema General de Seguridad Social en Salud funcione integralmente y los usuarios sean atendidos oportunamente es necesario que se garantice un flujo efectivo de recursos hacia las instituciones prestadoras de servicios de salud. Por lo tanto en la interventoría se deberá verificar que estos pagos se efectúen en los plazos establecidos en los contratos entre ARS- IPS, teniendo en cuenta aspectos tales como:

- Plazos pactados en los contratos entre ARS-Entidad Territorial.
- Modalidad de contratación.
- Fechas y forma de facturación de las IPS a las ARS.

10.- Verificación gasto mínimo en acciones de promoción y prevención.

Las ARS, deberán destinar como mínimo, de los ingresos por concepto de la UPC-S, el diez por ciento (10%) para financiar las acciones de promoción y prevención de su población afiliada, según lo establecido en el Acuerdo 81 del CNSSS. Estas actividades son de obligatorio cumplimiento para las ARS, en

consecuencia se deberá verificar la ejecución de los programas bajo estos parámetros.

Las actividades de promoción y prevención son las definidas en la Resolución 3997 de 1.996, del Ministerio de Salud y las normas que la modifiquen o adicionen. Estas actividades deben brindarse a todos los afiliados a través de una red de servicios propia o contratada.

Se deberá verificar que las ARS reporten en el formato anexo, a las Entidades Territoriales las actividades de promoción y prevención realizadas y el costo de su ejecución, independientemente de la modalidad de contratación que utilice cada ARS,. El reporte deberá diligenciarse a partir del mes de enero de 1.998 y presentarse trimestralmente, dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha de corte del trimestre.

III. REPORTE DE NOVEDADES

Según el artículo 35 del Acuerdo 77 del CNSSS las ARS deberán presentar bimestralmente un reporte de novedades a las Direcciones Distritales, Locales o Seccionales de Salud, donde conste el comportamiento de los afiliados a la respectiva Administradora, en virtud de los contratos suscritos con las entidades territoriales.

El pago a las ARS, se efectuará de conformidad con la información presentada en el reporte de novedades. Igualmente en adelante, en la liquidación de los contratos, se tendrán en cuenta las novedades presentadas en los respectivos reportes.

El reporte de novedades deberá presentarse a la correspondiente Entidad Territorial, bimestralmente según lo establecido en el Acuerdo 77 del CNSSS, en el formato anexo a esta circular, dentro de los cinco días calendario siguientes a la fecha de corte del correspondiente bimestre. Para el caso de los municipios no

descentralizados, deberá presentarse igualmente a las Direcciones Departamentales de Salud.

El reporte de novedades correspondiente al primer bimestre de los contratos que comenzaron el 1º de abril de 1.998, deberá presentarse a la correspondiente Entidad Territorial a más tardar el 15 de julio de 1998.

IV. REVOCATORIA DE LA VOLUNTAD DE TRASLADO DE ARS.

Según lo estipulado en el Parágrafo 2º del Artículo 14 del Acuerdo 77 del CNSSS, el afiliado que se haya trasladado a otra Administradora del Régimen Subsidiado, podrá revocar su voluntad, siempre que dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes al recibo del carnet, acredite debidamente, por cualquier medio, ante la respectiva Dirección Distrital, Departamental o Local de Salud, que el traslado que se revoca obedeció a hechos que hubieran eliminado o limitado de manera grave su libertad de escogencia.

En cumplimiento de lo anterior las Direcciones Distritales, Departamentales o Locales de Salud, deberán garantizar el derecho a la libre escogencia de los beneficiarios del Régimen Subsidiado a través del procedimiento de la revocatoria de la voluntad de traslado, analizando casos individuales, en los que a través de las pruebas correspondientes que el usuario debe aportar se compruebe que su voluntad ha sido eliminada o limitada.

Esta norma implica que el afiliado debe acreditar directamente y en forma individual por cualquier medio sumario de prueba, que su voluntad de traslado ha sido eliminada o limitada de manera grave. A las Direcciones de Salud les corresponde realizar la valoración de las pruebas aportadas por el afiliado y determinar si hay lugar o no a la revocatoria en un término máximo de diez (10)

días hábiles siguientes. Por lo tanto, toda decisión que se tome en cualquier sentido deberá ser motivada y soportada con las pruebas allegadas por el afiliado.

En ejercicio de esta potestad de los usuarios, las ARS no podrán efectuar procesos masivos en los que se induzca la revocatoria de la afiliación. Se considerará práctica no autorizada el empleo de medios masivos de comunicación o de estrategias de mercadeo con el fin de procurar la revocatoria de la afiliación.

Es obligación de las Direcciones de Salud reportar a la Superintendencia Nacional de Salud la ocurrencia de todo evento de revocatoria de la afiliación en forma masiva.

La Superintendencia impondrá las sanciones a que haya lugar cuando se determine que alguna ARS ha incurrido en alguna de las prácticas señaladas e igualmente investigará los casos en que justificadamente se estén produciendo importantes volúmenes de revocatorias de una misma ARS.

V. VIGENCIA

La presente circular rige a partir de la fecha de su publicación en el boletín del Ministerio de Salud, capítulo Superintendencia Nacional de Salud y sustituye la Circular Externa Conjunta No. 016MS-069SNS de junio 12 de 1.998.

MARIA TERESA FORERO DE SAADE
Ministra de Salud

LUIS ALBERTO SIERRA TORRES
Superintendente Nacional de Salud