

ACUERDO 72 DE 29 DE AGOSTO DE 1997

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

CONTENIDO: PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. DEFINE EL PLAN DE BENEFICIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

REVISTA LEGISLACIÓN ECONÓMICA N°: 1080 DE OCTUBRE 15 DE 1997, PG. 899 (5)

DIARIO OFICIAL N°: 43258 DE MARZO 13 DE 1998

BOLETÍN N°: 10 DE AGOSTO 19 DE 1997

VIGENCIA: DEROGADO POR EL ACUERDO 306 DE 2005 ARTÍCULO 9 DEL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ACUERDO 72 DE 1997

“Por medio del cual se define el plan de beneficios del régimen subsidiado”.

(Nota: Adicionado por el Acuerdo 74 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).

(Nota: Derogado por el Acuerdo 306 de 2005 artículo 9° del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud,

en uso de las atribuciones legales conferidas en el numeral 1° del artículo 172 de la Ley 100 de 1993,

ACUERDA:

ART. 1°—Contenidos del plan obligatorio de salud para el régimen subsidiado. El plan obligatorio de salud subsidiado comprende los servicios, procedimientos y suministros que el sistema general de seguridad social en salud garantiza a las personas aseguradas con el propósito de mantener y recuperar su salud.

La cobertura de riesgos y servicios a que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado es la siguiente:

A. Atención básica del primer nivel: acciones de promoción y educación: Comprende las acciones de educación en derechos y deberes en el sistema general de seguridad social en salud y las acciones de promoción de la salud dirigidas al individuo y a la familia según el perfil epidemiológico de los afiliados, con el objeto de mantener la salud, promover estilos de vida saludables y fomentar el autocuidado y la solidaridad. Incluye el suministro del material educativo.

Los contenidos de las acciones de promoción y educación; deberán orientarse en forma individual, familiar o grupal a:

1. Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.
2. Promover la salud sexual y reproductiva.
3. Promover la salud en la tercera edad.
4. Promover la convivencia pacífica con énfasis en el ámbito intrafamiliar.
5. Desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y a las sustancias psicoactivas.

6. Promover las condiciones sanitarias del ambiente intradomiciliario.

7. Incrementar el conocimiento de los afiliados en los derechos y deberes, en el uso adecuado de los servicios de salud, y en la conformación de organizaciones y alianzas de usuarios.

B. Acciones de prevención de la enfermedad y protección específica: están dirigidas a los afiliados de manera obligatoria, podrán ser de tipo individual, familiar y grupal y se orientan a mantener la salud, a prevenir o a detectar precozmente las enfermedades. La prestación de los servicios incluye los diferentes insumos.

En las actividades de prevención se deben incluir las definidas en el artículo 6º de la Resolución 03997 del 30 de octubre de 1996, por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS.

C. Acciones de recuperación de la salud:

1. 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 intra o extramural y con tecnología de baja complejidad según lo definido en la Resolución 5261 de 1994, artículos 91 a 103 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

2. Atención hospitalaria de menor complejidad: garantiza la atención integral de los eventos que requieran una menor complejidad para su atención con internación a nivel hospitalario según lo definido en la Resolución 5261 de 1994, artículos 103 y 104 y las demás normas que la adicionen o modifiquen. Incluye la atención por los profesionales técnicos y auxiliares, el suministro de medicamentos, material medicoquirúrgico, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, derechos de hospitalización, cirugía y sala de partos. Para las gestantes incluye la atención del parto de bajo riesgo vaginal o por cesárea, y en planificación familiar incluye la ligadura de trompas de falopio.

3. Atención ambulatoria en el segundo y tercer nivel de atención: garantiza:

- Atención integral en ginecoobstetricia y pediatría incluyendo el suministro de medicamentos y los exámenes diagnósticos de la gestante de alto riesgo y del menor de un año.

- Consulta de oftalmología y optometría para los grupos de menores de 20 años y mayores de 60, grupos para los cuales se incluye el suministro de monturas hasta por un valor equivalente al 10% de un salario mínimo legal mensual vigente, y suministro gratuito de lentes cada vez que por razones médicas sea necesario su cambio. También cubre la atención ambulatoria para los casos de estrabismo en menores de cinco (5) años y los casos con diagnóstico de cataratas en cualquier edad.

- Atención integral en traumatología y ortopedia para todos los grupos de edad; incluye el suministro de medicamentos, material medicoquirúrgico y de osteosíntesis, vendas de yeso, y la realización de los procedimientos e intervenciones diagnósticos y terapéuticos necesarios de cualquier complejidad enumerados en Resolución 5261 de 1994, artículo 68 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

- Atención en fisioterapia y terapia física para los casos de traumatología y ortopedia que lo requieran como parte de su atención integral, incluyendo consulta, procedimientos y suministro de medicamentos y material medicoquirúrgico. El suministro de prótesis y órtesis se hará en sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen o modifiquen.

4. Atención hospitalaria de mayor complejidad: garantiza la atención medicoquirúrgica de:

- Los casos de patologías relacionadas con el embarazo parto y puerperio.

- El menor de un año en cualquier patología.

- Todos los afiliados en los casos que requieran apendicectomía, colecistectomía o histerectomía por causas diferentes al cáncer.

- Todos los casos que requieran atención de traumatología y ortopedia, con las actividades, procedimientos e intervenciones establecidos en la Resolución 5261 de 1994 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

- Todos los casos con diagnóstico de estrabismo en menores de cinco (5) años, y de cataratas en cualquier edad, incluyendo el suministro del lente intraocular y los procedimientos quirúrgicos descritos en la Resolución 5261 de 1994 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

Se incluye la atención por los profesionales técnicos y auxiliares, el suministro de medicamentos, de material medicoquirúrgico y de osteosíntesis, vendas de yeso, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y los derechos de hospitalización, sala de partos y cirugía en la complejidad necesaria para la atención integral.

5. Atención a enfermedades de alto costo: garantiza la atención en salud a todos los afiliados en los siguientes casos:

5.1 Patologías cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales: garantiza la atención integral, del paciente con diagnóstico incluyendo:

- Las actividades, intervenciones y procedimientos de imagenología, cardiología y de hemodinamia para confirmación del diagnóstico inicial, la complementación diagnóstica y el control posterior al tratamiento.

- Las intervenciones quirúrgicas para lesiones congénitas o adquiridas, incluido el transplante de corazón y la cardiectomía del donante. Incluye los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.

- Las actividades intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación a saber: sesiones de rehabilitación cardíaca para los casos quirúrgicos contemplados, el control médico y el tratamiento posterior.

5.2 Patologías del sistema nervioso central: garantiza la atención integral necesaria en cualquier complejidad, del paciente con diagnóstico de patologías del sistema nervioso central y de columna vertebral que involucre daño o probable daño de médula por consecuencias de un trauma, incluyendo:

- Las actividades, intervenciones y procedimientos para la complementación diagnóstica de las lesiones de tratamiento quirúrgico del sistema nervioso central y de columna vertebral

- Las intervenciones quirúrgicas para lesiones neurológicas o vasculares congénitas o adquiridas intracraneales o de la médula espinal y de columna vertebral que involucre daño o probable daño de médula por consecuencias de un trauma. Incluye los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.

- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para los casos anteriores y el control y tratamiento médico posterior.

5.3 Insuficiencia renal: garantiza la atención integral necesaria en cualquier complejidad, de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal aguda o crónica; incluye:

- La hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

- El transplante renal que incluye la nefrectomía del donante y el control permanente del transplantado renal.

- Derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.

5.4 Gran quemado: garantiza la atención integral necesaria en cualquier complejidad de pacientes con quemaduras mayores al 20% de extensión y pacientes con quemaduras profundas en cara, pies, manos o periné; incluye:

- Las intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas y los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.

- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación, de éstos casos.

5.5 Infección por VIH: garantiza la atención integral necesaria en cualquier complejidad, del portador asintomático del virus VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el síndrome y sus complicaciones:

- Incluye la atención integral ambulatoria y hospitalaria de la complejidad necesaria, con los insumos requeridos y el suministro de antiretrovirales e inhibidores de la proteasa.

5.6 Cáncer: garantiza la atención integral necesaria en cualquier nivel de complejidad del paciente con cáncer:

- Incluye los estudios para diagnóstico inicial, confirmación diagnóstica y los de complementación diagnóstica y de control; el tratamiento quirúrgico, los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria, la quimioterapia, la radioterapia, el control y tratamiento médico posterior, y el manejo del dolor del paciente terminal.

5.7 Reemplazo articular parcial o total de cadera o rodilla: incluye:

- Los procedimientos quirúrgicos, la prótesis y los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.
- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para estos reemplazos.
- El control y el tratamiento médico posterior.

5.8 Cuidados intensivos: garantiza la atención en unidades de cuidados intensivos, desde el 1er. día, de:

- Pacientes críticamente enfermos de todas las edades de conformidad con los artículos 28, 29 y 30 de la Resolución 5261 de agosto 5 de 1994 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.
- Neonato, frente a todas las patologías de cualquier etiología que requieran atención en cuidado intensivo

D. Transporte de pacientes:

1. Pacientes de alto costo: cubre traslado de los pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran de un traslado a un nivel superior de atención.

2. Urgencias: se cubre el costo del traslado interinstitucional de los pacientes a otros niveles de atención cuando medie la remisión de un profesional de la salud.

E. Medicamentos y ayudas diagnósticas: los medicamentos incluidos son los definidos en el manual de medicamentos y terapéutica detallado en el artículo 450. del Decreto 1938 de agosto de 1994, en el artículo 101 de la Resolución 5261 de agosto de 1994, en el Acuerdo 53 del CNSSS y las demás normas que los adicionen o modifiquen los exámenes de laboratorio y las actividades y procedimientos de radiología y ecografía, son los definidos por nivel de complejidad en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos, Resolución 5261 de 1994 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

(Nota: Derogado por el Acuerdo 306 de 2005 artículo 9° del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).

ART. 2°—Pago de excedentes en atención de accidentes de tránsito. En caso de que los costos ocasionados por la atención de accidentes de tránsito superen lo establecido en el artículo 34, literal A, del Decreto 1283 de 1996, la administradora del régimen subsidiado reconocerá el pago de las atenciones necesarias siempre y cuando estén incluidas en el plan de beneficios del régimen subsidiado.

(Nota: Derogado por el Acuerdo 306 de 2005 artículo 9° del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).

ART. 3°—**Atención inicial de urgencias.** La ARS pagará la atención inicial de urgencias a la entidad pública o privada que preste dichos servicios a sus afiliados, aun si ésta no hace parte de su red de prestadores, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2423 de diciembre 31 de 1996.

(Nota: Derogado por el Acuerdo 306 de 2005 artículo 9° del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).

ART. 4°—**La complementación de los servicios del POSS, a cargo de los recursos del subsidio a la oferta.** En la etapa de transición, mientras se unifican los contenidos del POSS 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 no incluidos en el POSS, tendrán prioridad para ser atendidos en forma obligatoria en las instituciones públicas o en las privadas con las cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios para el efecto, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta.

(Nota: Derogado por el Acuerdo 306 de 2005 artículo 9° del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).

ART. 5°—**Reaseguro para enfermedades de alto costo, ruinosas o catastróficas.** Toda ARS debe garantizar el cubrimiento de las enfermedades de alto costo, ruinosas o catastróficas para todos sus beneficiarios mediante la contratación de reaseguros.

(Nota: Derogado por el Acuerdo 306 de 2005 artículo 9° del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).

ART. 6°—**Períodos de carencia.** El régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud, no contempla preexistencias para sus afiliados ni períodos mínimos de afiliación para la atención.

(Nota: Derogado por el Acuerdo 306 de 2005 artículo 9° del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).

ART. 7°—**De los planes y programas de promoción y prevención.** Es obligación de las administradoras del régimen subsidiado, con cargo a la unidad de pago por capitación, adelantar las actividades de promoción y prevención definidas, en el artículo 4° del Acuerdo 33 del CNSSS, el artículo 1° del presente acuerdo y el artículo 6° de la Resolución 997/96 del Ministerio de Salud o en las normas que los adicionen o modifiquen.

Las entidades territoriales, en coordinación con la dirección de promoción y prevención del Ministerio de Salud, verificarán el cumplimiento de esta obligación. Para este propósito las administradoras del régimen subsidiado deberán presentar un reporte trimestral de las actividades adelantadas. Dicho reporte se elaborará en el formato único establecido por el Ministerio de Salud para los regímenes contributivo y subsidiado. De las irregularidades encontradas debe darse informe a la Superintendencia de Salud.

PAR. 1°—La dirección general de promoción y prevención del Ministerio de Salud definirá los procedimientos y forma de recolección y revisión de la información de que trata este artículo.

PAR. 2°—Las administradora del régimen subsidiado deberán asignar por lo menos el 10% del total de la UPC-S para financiar las actividades de promoción y prevención.

Las entidades territoriales verificarán el cumplimiento de lo establecido en el presente artículo. En el evento de incumplimiento, por parte de las ARS, la entidad, territorial descontará en los pagos siguientes los valores no ejecutados por concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y los reintegrará a la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

Los recursos de que trata el presente artículo, serán administrados a través de una cuenta de destinación específica dentro de la subcuenta de solidaridad denominada: promoción y

prevención régimen subsidiado.

(Nota: El presente párrafo fue Derogado por el Acuerdo 77 de 1997 artículo 55 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).

(Nota: Derogado por el Acuerdo 306 de 2005 artículo 9° del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).

ART. 8°—**Plan obligatorio de salud para comunidades indígenas.** El contenido del plan obligatorio de salud subsidiado para las comunidades indígenas podrá ser ajustado y concertado entre las comunidades indígenas, las administradoras del régimen subsidiado y la entidad territorial, con aprobación de los consejos territoriales de seguridad social en salud, dentro del tope máximo de la UPC subsidiado. Igualmente deberán ser concertadas las formas de prestación de servicios del POS objeto de la concertación y las IPS que constituyen la red prestadora.

(Nota: Derogado por el Acuerdo 306 de 2005 artículo 9° del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).

ART. 9°—**Garantía de prestación del plan obligatorio de salud subsidiado.** Las administradoras del régimen subsidiado deberán garantizar, a partir de la fecha de vigencia de la presente norma, con su red propia o contratada, la prestación de los servicios del plan obligatorio de salud subsidiado, definidos en el presente acuerdo.

Las administradoras del régimen subsidiado informarán a los entes territoriales cual es la red de prestadores contratada para garantizar la prestación de los nuevos servicios incluidos en el plan obligatorio de salud subsidiado.

Igualmente, las administradoras del régimen subsidiado deberán informar debidamente a sus afiliados sobre estos nuevos beneficios a que tienen derecho.

(Nota: Derogado por el Acuerdo 306 de 2005 artículo 9° del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).

ART. 10.—**Vigencia y derogaciones.** El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Boletín del Ministerio de Salud, capítulo Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y subroga todas las normas que le sean contrarias en especial los acuerdos 49 y 62 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud .

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., 29 de agosto de 1997.

(Nota: Adicionado por el Acuerdo 74 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).

(Nota: Derogado por el Acuerdo 306 de 2005 artículo 9° del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).
