

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

ACUERDOS

ACUERDO NUMERO 000306 DE 2005

(agosto 16)

por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

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,

CONSIDERANDO:

Que se requiere aclarar, precisar y compilar los contenidos del Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado en los esquemas de subsidios plenos y de subsidios parciales, según lo establecido en los Acuerdos 72, 74, 267 y 282 del CNSSS;

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 1°. *Marco de referencia del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POS-S.* Para definir los contenidos del Plan Obligatorio del Régimen Subsidiado, POS-S, se tendrán en cuenta las disposiciones señaladas por:

- El Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud, adoptado mediante Resolución 5261 de 1994, o las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

- El Manual de Medicamentos y Terapéutica, adoptado mediante Acuerdos 228, 236, 263 y 282 del CNSSS, o las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

- El Conjunto de Normas Técnicas y Guías de Atención adoptadas mediante Acuerdo 117 de 1998, Resolución número 412 del 2000, teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo 229 y en las Resoluciones 3384 de 2000 y 968 de 2002 o las normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan.

En consecuencia, el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POS-S, incluye actividades, procedimientos e intervenciones, servicios, insumos y medicamentos o tecnología descritos en las referencias normativas citadas en el presente artículo, siempre y cuando correspondan a los contenidos del presente Acuerdo.

Artículo 2°. *Contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. POS-S.*

A. Acciones para Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

La cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, según normas mencionadas en el artículo 1° del presente Acuerdo y comprende los diferentes insumos necesarios para el cumplimiento de las normas de calidad, según normas y guías adoptadas mediante Resolución 412 del 2000, 3384 de 2000 y la 968 de 2002 o las normas que las adicionen, modifiquen y sustituyan, con las exclusiones señaladas en el artículo 3° de la Resolución 3384 de 2000.

La cobertura de servicios incluye la colposcopia con biopsia y estudio anatomopatológico con coloraciones de rutina, para la detección precoz del Cáncer Cervicouterino.

B. Acciones para la recuperación de la Salud. Incluye las actividades, procedimientos e intervenciones según los siguientes niveles de cobertura y grados de complejidad, y teniendo en cuenta las definiciones y responsabilidades establecidas en los artículos 91 al 95 de la Resolución 5261 de 1994.

1. Cobertura de servicios de primer nivel de complejidad: El plan cubre la atención para todos los afiliados en el Régimen Subsidiado, de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en el primer nivel de atención por médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados, en forma ambulatoria, o con hospitalización según lo definido para ese nivel en los artículos 20, 21, 96 al 100 y del 103 al 104 de la Resolución 5261 de 1994.

La cobertura incluye la atención en este nivel de los casos que fueron objeto de interconsulta por un especialista o debidamente referidos a un nivel superior de complejidad y que han sido también debidamente contrarreferidos para continuar su atención, manejo y control en el servicio de primer nivel de complejidad por indicación del especialista.

2. Cobertura de servicios de segundo y tercer nivel de complejidad. El POS-S cubre:

2.1. Atención del proceso de gestación, parto y puerperio. Atención ambulatoria por ginecología y atención hospitalaria quirúrgica (incluyendo el legrado obstétrico) y/o no quirúrgica, por la especialidad médica que sea necesaria, del proceso de gestación, parto y puerperio en los casos identificados como mediano y alto riesgo obstétrico, incluyendo las afecciones relacionadas o complicaciones del embarazo, parto y puerperio y de las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de los mismos, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

2.2 Atención del menor de un año de edad. Atención ambulatoria, hospitalaria, diagnóstica, terapéutica, de rehabilitación, quirúrgica y no quirúrgica, por la especialidad médica que sea necesaria, para toda enfermedad o afección de cualquier etiología, del niño(a) a partir del nacimiento hasta que cumpla el primer año de edad.

Una vez el niño cumple un año de edad, se garantizará la cobertura de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos y no quirúrgicos con los servicios incluidos en el POS del Régimen Subsidiado para mayores de un año, y con aquellos procedimientos quirúrgicos no contenidos en el POS-S para mayores de un año en los siguientes casos:

- Cuando hayan sido prescritos y solicitados ante la ARS antes de cumplir dicha edad y que no hayan sido diferidos por razones médicas.

- Cuando hayan sido diferidos por razones médicas, la cobertura se extenderá máximo hasta por treinta días calendario a partir de cumplir dicha edad, siempre y cuando medie previa autorización de la ARS y solo para el servicio autorizado.

En los casos de hospitalización y de tratamiento no quirúrgico la cobertura será únicamente para el menor de un año, salvo que se trate de servicios incluidos en el POS-S para mayores de un año.

2.3. La consulta de oftalmología y optometría para los menores de 20 años y mayores de 60 años.

2.4. Atención de los casos con diagnóstico de estrabismo en menores de cinco años, quirúrgica, no quirúrgica, ambulatoria, con hospitalización, diagnóstica y terapéutica, incluyendo la atención de las complicaciones inherentes al estrabismo y a su tratamiento.

Una vez cumplidos los 5 años de edad, se garantizará la atención para el procedimiento quirúrgico de corrección de estrabismo, siempre y cuando hayan sido formulados por el médico tratante y debidamente solicitados ante la ARS antes de cumplir dicha edad.

2.5. Atención de los casos con diagnóstico de cataratas de cualquier etiología en cualquier grupo de edad, ambulatoria, con hospitalización, quirúrgica, no quirúrgica, diagnóstica y terapéutica para dicha patología e incluye:

- Suministro del Lente Intraocular y su implantación.

- Atención de las complicaciones inherentes a las cataratas y a su tratamiento.

2.6. Atención de los casos de Ortopedia y Traumatología.

2.6.1. La atención ambulatoria de cualquier grupo de edad y en los casos o eventos de cualquier etiología, que requieran atención en la especialidad de Ortopedia y Traumatología con:

- Consulta y actividades, procedimientos e intervenciones referidas a dicha especialidad según lo contemplado en los artículos 68, 90 numeral 2 y las artroscopias diagnósticas y terapéuticas referidas en el artículo 73 de la Resolución 5261 de 1994.

2.6.2. La atención hospitalaria de cualquier grupo de edad y en los casos o eventos de cualquier etiología, que requieran atención en la especialidad de Ortopedia y Traumatología y las actividades, procedimientos e intervenciones referidas a dicha especialidad en los artículos 68, 90 numeral 2 y las artroscopias diagnósticas y terapéuticas referidas en el artículo 73 de la Resolución 5261 de 1994.

2.6.3. La cobertura en los casos quirúrgicos se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnósticas necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del Ortopedista y/o Traumatólogo de las complicaciones derivadas del procedimiento y/o anestésicas por parte del anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

2.6.4. Atención en Fisiatría y Terapia Física con actividades, procedimientos e intervenciones de acuerdo con el artículo 84 de la Resolución 5261 de 1994, para los casos de Traumatología y Ortopedia que lo requieran como parte de su atención integral, incluyendo consulta y procedimientos ambulatorios u hospitalarios.

2.6.5. La ayuda diagnóstica de resonancia magnética no se incluye para las atenciones ambulatorias, se reconoce solo para casos de pacientes hospitalizados.

2.7. Atención de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

Apendicectomía, Histerectomía, Colectomía, Herniorrafia inguinal, Herniorrafia crural y Herniorrafia umbilical, así como la esterilización quirúrgica femenina según las normas técnicas vigentes.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento quirúrgico por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

2.8. Atención para rehabilitación funcional. Atención de las personas, en cualquier edad, con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera haya sido la etiología o afección causante o tiempo de evolución, con las actividades, procedimientos e intervenciones en salud necesarias para la rehabilitación funcional, de las contenidas en el artículo 84 de la Resolución 5261 de 1994.

El suministro de Prótesis y Ortesis se hará en sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución 5261 de 1994.

3. Atenciones de Alto Costo: Garantiza la atención en salud a todos los afiliados en los siguientes casos:

3.1. Casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad que requieran atención quirúrgica, incluyendo actividades y procedimientos

de Cardiología y Hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento en los casos que se requieran, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

Igualmente están cubiertas:

- La reprogramación de marcapasos durante los primeros treinta (30) días posteriores al egreso.

- La prótesis endovascular Stent Coronario Convencional no recubierto.

- La cardiectomía del donante y el transporte o preparación del órgano en los casos de trasplante de corazón.

- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación cardíaca para los casos quirúrgicos contemplados.

3.2. Casos de pacientes que requieran atención quirúrgica para afecciones del Sistema Nervioso Central de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad, incluyendo las afecciones vasculares y neurológicas, intracraneales y las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, descritas en el artículo 56 de la Resolución 5261 de 1994.

Incluye atención de las afecciones de columna vertebral y/o del canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula como consecuencia de un trauma que requiera atención quirúrgica, bien sea por Neurocirugía o por Ortopedia y Traumatología.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento quirúrgico por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

Igualmente están cubiertas las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para los casos quirúrgicos contemplados.

3.3. Casos de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica, con actividades, procedimientos e intervenciones de cualquier complejidad necesaria para la atención de la Insuficiencia Renal y/o sus complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, entendiéndose como tal todas las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios en el ámbito ambulatorio y hospitalario, incluyendo:

- Atención especializada de complicaciones derivadas de la afección y/o del tratamiento.

- La Hemodiálisis y la Diálisis Peritoneal.

- El trasplante renal al paciente y la nefrectomía del donante.

- El control permanente del trasplantado renal.

- El control del donante hasta que sea dado de alta por el procedimiento quirúrgico (nefrectomía).

3.4. Casos de paciente clasificado como Gran Quemado, entendiéndose como tal:

1. Con quemaduras profundas mayores al 20% de extensión de superficie corporal.

2. Con quemaduras profundas en cara, manos, periné o pies independientemente de su extensión.

La cobertura comprende las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios de cualquier complejidad, necesarios para su atención sea esta ambulatoria u hospitalaria incluyendo:

- Internación en el servicio de hospitalización de cualquier complejidad, que se requiera para su manejo.

- 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 estos casos.

3.5. Casos de infección por VIH. El Plan cubre la atención integral necesaria del portador asintomático del virus VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el Síndrome y sus complicaciones, incluyendo:

- La atención ambulatoria y hospitalaria, de la complejidad necesaria.

- Los insumos y materiales requeridos.

- El suministro de medicamentos antirretrovirales e inhibidores de proteasa establecidos en el Manual de Medicamentos vigente del Sistema.

- La Carga Viral para VIH/Sida.

- Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial del caso confirmado, así como los de complementación diagnóstica y de control.

Por portador se entiende a la persona que ya tiene el diagnóstico confirmado por laboratorio de conformidad con la guía de atención vigente.

3.6. Casos de pacientes con Cáncer: La cobertura comprende la atención integral ambulatoria y hospitalaria necesaria en cualquier nivel de complejidad del paciente con Cáncer, e incluye:

- Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial, así como los de complementación diagnóstica y de control.

- El tratamiento quirúrgico, los derechos de hospitalización.

- La quimioterapia, la radioterapia, incluyendo la Teleterapia con fotones con Acelerador Lineal de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 226, el control y tratamiento médico posterior.

- El manejo del dolor e intervenciones de tipo paliativo para el paciente terminal.

Para la cobertura de servicios del POS-S cualquier medio médicamente reconocido, que se encuentre incluido en la Resolución 5261 de 1994, clínico o procedimental, es válido para la confirmación diagnóstica por parte del médico de los casos de cáncer.

En aquellos casos que fueren confirmados será responsabilidad de la ARS el pago de los procedimientos y actividades realizadas para la confirmación diagnóstica, sin necesidad de que hayan sido autorizados previamente por ella. En los casos no confirmados, los procedimientos y actividades realizadas no serán pagados por la ARS si no están dentro del POS-S y se financiarán con recursos de oferta.

3.7. Atención de pacientes que requieran reemplazo articular parcial o total de cadera o Rodilla, incluyendo:

- 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 pacientes sometidos a reemplazo.

- El control y tratamiento posterior.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, el estudio con la consulta especializada y actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante y las complicaciones del procedimiento y/o anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

3.8. Cuidados Intensivos: Garantiza la atención dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos conforme las definiciones y normas de habilitación vigentes, desde el primer día de internación de:

- Pacientes críticamente enfermos de todas las edades de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 28, 29 y 30 de la Resolución 5261 de 1994. Para estos casos la cobertura incluye los procedimientos e insumos inherentes a los servicios de UCI y manejo por especialistas según normas de calidad, así como los procedimientos simultáneos que se realizan en otros servicios, siempre y cuando se encuentren incluidos en el POS-S de conformidad con el presente acuerdo.

- Neonatos, frente a todas las patologías de cualquier etiología que requieran atención en Cuidados Intensivos.

La cobertura de medicamentos está incluida durante el tiempo de permanencia en UCI, de conformidad con lo establecido en el Manual de Medicamentos vigente del sistema.

4 Materiales y suministros. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre todo insumo o material médico-quirúrgico, siempre y cuando sea necesario para la adecuada calidad en la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud de los casos o eventos señalados en el presente Acuerdo.

5. Ortesis, prótesis, y dispositivos biomédicos. En materia de ayudas visuales el POS-S incluye para los menores de 20 años y mayores de 60 años, el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente, y suministro de lentes cada vez que por razones médicas sea necesario su cambio.

Para la atención de los casos y eventos establecidos en el presente Acuerdo, en lo relacionado con otras ayudas para tratamiento y rehabilitación, prótesis y ortesis, así como dispositivos biomédicos, el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre los mencionados en la Resolución 5261 de 1994 con sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la misma.

6. Cobertura de servicios de hospitalización diferentes a UCI.

6.1. Para atención hospitalaria de los casos y eventos descritos en el presente Acuerdo el POS-S cubre la internación solamente en habitación compartida en los servicios de hospitalización general de la complejidad necesaria. Se exceptúan aquellos pacientes que por razones médicas requieran aislamiento, para los cuales está cubierta la internación en habitación unipersonal.

6.2. El POS-S cubre la internación en otras unidades de cuidado médico especiales solamente en los casos, eventos y condiciones descritas en el presente acuerdo.

7. Transporte de Pacientes. El POS-S cubre el traslado interinstitucional de:

- Pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo para los casos definidos en el presente Acuerdo, que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran un traslado a un nivel superior de atención.

- Pacientes en caso de urgencia que requieran traslado a otros niveles de atención cuando medie la remisión de un profesional de la salud.

- Pacientes ambulatorios y hospitalizados por los cuales la ARS recibe prima adicional o UPC diferencial, en cualquier caso o evento descrito en el presente acuerdo y que requiera

servicios de cualquier complejidad, previa remisión de un profesional de la salud, cuando existan limitaciones de oferta de servicios en el lugar o municipio.

8. Medicamentos. Las ARS deben garantizar los medicamentos descritos en el Manual de Medicamentos vigente del sistema siempre y cuando se trate de los casos y eventos referidos en el presente Acuerdo.

9. Complementación diagnóstica y terapéutica. Para los casos y eventos descritos en todos los numerales anteriores están cubiertas todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para complementación diagnóstica y terapéutica dentro de lo dispuesto en el presente Acuerdo con sujeción a los contenidos establecidos en la Resolución 5261 de 1994.

Artículo 3°. *Cobertura de servicios en casos 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 o las normas que lo modifiquen, adicionen y sustituyan, la Administradora de Régimen Subsidiado cubrirá los servicios necesarios siempre y cuando se traten de casos y eventos o servicios establecidos en el presente Acuerdo.

Artículo 4°. *Atención Inicial de Urgencias.* Las ARS deben garantizar la atención inicial de urgencias conforme la definición vigente contenida en el Decreto 783 de 2000 o el que lo complemente o modifique con todas las actividades, intervenciones y procedimientos que a criterio médico sean necesarios, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido o diferido, para recibir su tratamiento posterior definitivo, conforme las normas de urgencias y de referencia vigentes. La atención subsiguiente y/o el tratamiento definitivo solamente será garantizado por la ARS si corresponde a los casos y eventos descritos en el presente Acuerdo.

Artículo 5°. *Reaseguro para la atención de Alto Costo.* Toda ARS debe garantizar la atención de alto costo establecida en el presente Acuerdo, para todos sus beneficiarios mediante un mecanismo de reaseguros, y de conformidad con lo estipulado en los artículos 46 y 47 del Decreto 050 de 2002 o cualquier norma que lo complemente, adicione o sustituya.

Artículo 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.

Artículo 7°. *Plan Obligatorio de Salud para Comunidades Indígenas.* Las ARS que afilian a población indígena deberán concertar con las comunidades indígenas la adecuación sociocultural y logística de los contenidos del POS previa aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y aprobación definitiva del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, dentro del tope máximo de la UPC subsidiada sin disminuir los contenidos previstos en el presente Acuerdo. Igualmente deberán ser concertadas las formas de prestación de servicios del POS objeto de la concertación y las IPS que constituyen la red prestadora.

Artículo 8°. *Beneficios en esquema de subsidios parciales.* Las personas que accedan al esquema de subsidios parciales tendrán derecho a recibir los siguientes beneficios del POS-S:

a) Atención integral de alto costo según lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 2° en el presente Acuerdo, y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 cuando sea necesario para el tratamiento de alto costo;

b) Atención integral en ortopedia y traumatología, incluida la rehabilitación física necesaria en estos casos, conforme lo establecido en el numeral 2.6 y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del artículo 2° del presente Acuerdo, cuando sea necesario para la atención de ortopedia y traumatología;

c) La atención integral del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones con servicios de cualquier nivel de complejidad, según lo dispuesto en numerales 1 y 2.1 y en lo pertinente, por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del artículo 2° del presente Acuerdo cuando sea necesario para la atención del embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones;

d) Atención integral al menor de un año en cualquier nivel de complejidad para toda enfermedad o afección de cualquier etiología, según lo dispuesto en los numerales 1 y 2.2 y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del artículo 2° del presente Acuerdo cuando sea necesario para la atención al menor de un año;

e) Los medicamentos, incluidos en el Manual de Medicamentos vigente del sistema; que sean formulados como parte de las atenciones señaladas en los literales anteriores del presente artículo;

f) Los medicamentos incluidos en el Manual de Medicamentos vigente del Sistema que sean formulados como parte de la atención ambulatoria de primer nivel de complejidad cubierto por el Régimen Subsidiado, siempre y cuando haya sido prescrito por un profesional de la salud de primer nivel de la red pública, prescripción que debe ser verificable en la respectiva historia clínica.

Parágrafo. Para los afiliados mediante subsidio parcial, los servicios no incluidos en el presente artículo serán suministrados con los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud u otros destinados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, para lo cual se consideran, como hasta la fecha, vinculados.

Artículo 9°. *Vigencia.* El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el *Diario Oficial* y deroga las disposiciones que le sean contrarias y en especial los Acuerdos 072, 074 y el artículo 6° del Acuerdo 267 del CNSSS.-

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 16 de agosto de 2005.

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt,
Presidente CNSSS.

El Secretario Técnico CNSSS,

Eduardo Alvarado Santander,
(C.F.)

ACUERDO NUMERO 000307 DE 2005

(octubre 28)

por medio del cual se modifica el Acuerdo 290 de 2005 del CNSSS.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de las facultades legales conferidas en el artículo 212 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 158 de la Ley 100 de 1993 establece que la población que acogiéndose a procesos de Paz se haya desmovilizado, tendrá derecho a los beneficios del Régimen Subsidiado en Salud mientras no se afilie al Régimen Contributivo en virtud de contrato de trabajo;

Que dentro de las metas de aseguramiento del Régimen Subsidiado, se considera prioritaria la afiliación de la población desmovilizada;

Que dada las características especiales de esta población se requiere diseñar un mecanismo especial de identificación, selección y afiliación para la población desmovilizada y/o su núcleo familiar;

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 1°. *Requisitos para el acceso de la población desmovilizada y su núcleo familiar al Régimen Subsidiado.* Para acceder al Régimen Subsidiado de Salud, las personas desmovilizadas deberán estar identificadas mediante listado censal elaborado por el Ministerio del Interior y de Justicia, Programa de Reincorporación a la Vida Civil, discriminado por cada municipio.

Para que el núcleo familiar de las personas desmovilizadas puedan acceder al Régimen Subsidiado de Salud deberán pertenecer a los niveles 1 ó 2 del Sisbén. En caso de no estar incorporados en el mismo, ingresarán al Régimen Subsidiado mediante listado censal, mencionado en el inciso anterior, en cuyo caso la entidad territorial deberá proceder a aplicar la encuesta Sisbén, en un plazo máximo de 6 meses.

Parágrafo. La afiliación al Régimen Subsidiado de Salud se mantendrá siempre y cuando no se cumplan las condiciones para pertenecer al régimen contributivo.

Artículo 2°. *Vigencia y derogatorias.* El presente Acuerdo rige a partir de su publicación en el *Diario Oficial* y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

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

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt,
Presidente CNSSS.

El Secretario Técnico CNSSS,

Eduardo Alvarado Santander,
(C.F.)

ACUERDO NUMERO 000308 DE 2005

(octubre 28)

por medio del cual se definen unos períodos excepcionales de libre elección y de contratación del Régimen Subsidiado.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en uso de las atribuciones legales conferidas en el artículo 212 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:

Que algunos municipios han presentado dificultades en la operación del Régimen Subsidiado al incumplir las instrucciones señaladas en la Circular 025 de 2005 expedida por el Ministerio de la Protección Social;

Que las administraciones municipales respectivas han manifestado la necesidad de adoptar correctivos y subsanar algunos procesos y actuaciones administrativas anteriores que han llevado a la operación inadecuada e irregular del Régimen Subsidiado en dichos municipios;

Que se requiere garantizar la continuidad de la afiliación y la prestación de servicios a los habitantes, de estos municipios, amparados por el Régimen Subsidiado de Salud;

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 1°. *Período de libre elección para municipios que no dieron aplicación a las reglas de operación del régimen subsidiado.* Los municipios que no dieron aplicación a las reglas de operación del régimen subsidiado establecidas en el Acuerdo 244 del CNSSS, en concordancia con el Decreto 050 de 2003 y la Circular 025 de 2005 proferidas por el Ministerio de la Protección Social, y que hayan tenido inconvenientes en la contratación del 1° de octubre de 2005 deberán realizar un proceso de libre elección que comprende desde la vigencia del presente Acuerdo hasta el 30 de noviembre de 2005, entre las ARS que se encontraban debidamente inscritas en el municipio con anterioridad al 1° de octubre de 2005 y conforme a las reglas de operación regional puedan participar en la respectiva entidad territorial, con el fin de adelantar dicho proceso de conformidad con las reglas