



REGÍMENES Y CONTRIBUCIÓN ECONÓMICA AL SISTEMA DE SALUD

Los siguientes conceptos ayudaran a identificar la obligación de orden legal que definió el Sistema de Seguridad Social en Salud para aquellas personas que hagan uso del sistema de atención médica, en cuanto a la contribución económica que debe hacerse al Sistema.

En primer lugar, es necesario advertir que es una obligación para cualquier institución que preste servicios de salud brindar la atención médica necesaria que requiere el paciente de acuerdo a su estado de salud, sin importar si cuenta con un régimen o aseguradora, pues por precepto constitucional la salud es un derecho y su conexión con la vida le otorga ese carácter de fundamental del cual se predica la importancia misma de su ejercicio y protección, aunque claro está que es obligación del Estado garantizar que todas las personas estén afiliadas al sistema contributivo o al subsidiado en salud.

¿A CUAL RÉGIMEN EN SALUD PUEDE PERTENECER UNA PERSONA?

Toda persona debe estar afiliada al sistema contributivo en salud o al sistema subsidiado, según tenga una situación laboral activa, o al contrario, no tengan un trabajo. Así las cosas, si la persona esta activa laboralmente debe pertenecer al sistema contributivo; y si la persona no trabaja y no tiene capacidad de pago deberá pertenecer al régimen subsidiado.

Existe una población que no trabaja o labora, y estas personas pueden pertenecer a cualquiera de los dos regímenes de acuerdo a su propia situación.

Si es considerada población pobre y sin capacidad de pago, la persona podrá pertenecer al régimen subsidiado en el nivel I o II del SISBEN de acuerdo a su situación económica. Pero si esa persona no pertenece a esa población pobre, deberá estar como beneficiaria en el régimen contributivo si esta en el núcleo familiar de una persona que se encuentra en dicho régimen por virtud de la afiliación laboral.

En lo que tiene que ver con la prestación medica en salud, la EPS de cada afiliado será la encargada de asumir los valores que por ley están a cargo de ellas en el Plan Obligatorio de Salud cuando una persona debe ser asistida medicamente. Es obvio entonces, que quien no pertenezca a ninguno de los dos regímenes antes mencionados, deberá asumir los costos en su totalidad de manera particular.

¿QUÉ CONTRIBUCIONES TIENE A CARGO UN USUARIO DEL SISTEMA EN SALUD?

Cuando una persona requiere de atención médica por su estado de salud, debe saber que dicha atención genera unos costos o unos valores por diferentes conceptos, que pueden ser:

COPAGO: Este concepto solo es generado a los beneficiarios del régimen contributivo, y es un aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio demandado, teniendo como finalidad regular la utilización de los servicios y ayudar a la financiación del sistema. Este concepto es cobrado por la respectiva Empresa Promotora de Salud (EPS), aunque el recaudo es realizado por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

¿CÓMO SE CALCULA EL VALOR DEL COPAGO?

Según la Comisión de Regulación en Salud (CRES), para el año 2012 el valor del COPAGO en el régimen contributivo es calculado de acuerdo al rango de IBC en SMLMV; así las cosas, si el cotizante devenga menos de 2 SMLMV el porcentaje del copago será el 11.50%; si devenga entre 2 y 5 SMLMV el porcentaje es de 17.30%; y si devenga más de 5 SMLMV el porcentaje a aportar será el 23.00%.

CUOTA DE RECUPERACIÓN: Este concepto es cobrado por la Dirección Seccional de Salud (DSSA) únicamente a quienes pertenecen al régimen subsidiado, y de igual forma que el COPAGO, corresponde a un aporte en dinero de un porcentaje sobre el valor total de los servicios prestados en salud, y sirve para financiar parte del servicio de salud cuando este es suministrado por fuera de la red de servicios de las EPS o es un servicio no cubierto por el POS.

¿CÓMO SE CALCULA EL VALOR DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN?

Según el acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional De Seguridad Social En Salud, la cuota de recuperación se calcula de acuerdo al nivel del SISBEN que pertenezca. De esta manera, el nivel II deberá pagar el 10%; pero el nivel I por disposición expresa de la ley 1122 de 2007 no deberá cancelar suma alguna por concepto de cuota de recuperación.

CUOTA MODERADORA: Solamente se cobra a quienes pertenecen al régimen contributivo, tanto cotizantes como beneficiarios. De acuerdo al artículo primero del acuerdo 260 de la Comisión Nacional de Seguridad Social en Salud las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

¿CÓMO SE CALCULA EL VALOR DE LA CUOTA MODERADORA?

Según la Comisión de Regulación en Salud (CRES), para el año 2012 este cálculo también se realiza de acuerdo al rango de Ingreso Base de Cotización en SMLMV devengado por el cotizante. De esta manera, si el salario es menor a 2 SMLMV el porcentaje corresponde al 11.70%, si está entre 2 y 5 SMLMV el porcentaje es de 46.10%, y si es superior o mayor a 5 SMLMV el porcentaje a aportar es 121.50%; equivalentes a \$2.200, \$8.700 y \$22.900 respectivamente.

¿QUÉ SE DEBE TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE NECESITAR SER ATENDIDO EN UN CENTRO DE SALUD?

Es importante tener en cuenta que para la atención inicial de urgencias la persona puede asistir a cualquier institución prestadora de los servicios de salud (IPS), pues allí debe brindarse toda la atención necesaria para lograr la estabilización de los signos vitales del paciente. Después de ello, es importante saber que la EPS respectiva asignará una IPS de la red de servicios con quien tenga contrato para que en alguna de esas IPS sea

continuado el tratamiento médico necesario. Al respecto, la ley 1122 de 2007 prevé en el párrafo de su artículo 20 que: "Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país.

Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. El incumplimiento de esta disposición, será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución".

Si el paciente no desea ser trasladado, aun sin tener autorización de la EPS para continuar en el centro médico asistencial al que ingreso desde un principio, debe saber que lo más seguro es que le corresponda asumir el valor total de la atención médica prestada de manera particular.

¿ME PUEDEN COBRAR EL LÍMITE INDICADO PARA COPAGOS O PARA CUOTA DE RECUPERACIÓN POR CADA EVENTO QUE SE PRESENTE ANUALMENTE?

Al respecto, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) ha determinado para el año 2012, en cuanto al cobro de COPAGOS en el régimen contributivo que, el valor máximo por evento para quienes se encuentran en el rango de menos de 2 SMLMV es de \$162.633 y por año el valor máximo será de \$325.832; para quienes se encuentran entre 2 y 5 SMLMV el valor máximo a cobrar por evento y por concepto de COPAGO será de \$651.665 y por año será de \$1.303.329; finalmente, para quienes se encuentran en el rango de más de 5 SMLMV, el valor máximo a cobrar por evento será de \$1.303.329, y al año el valor máximo será de \$2.606.659.

En cuanto a las CUOTAS DE RECUPERACION en el régimen subsidiado, se determino que el valor máximo por evento y por concepto de cuota de recuperación que se podrá cobrar a los pertenecientes al nivel II del SISBEN, será de \$283.332. Mientras que el valor máximo por año será de \$566.665.

¿LAS EPS O IPS PUEDEN EXIGIR POR MORA EN LOS APORTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, LA FIRMA DE TÍTULOS VALORES PARA SER ATENDIDO O INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?

Ni las EPS ni las IPS pueden exigir la firma de títulos valores para que una persona pueda ser atendido o intervenido quirúrgicamente por razón de mora en los aportes de la seguridad social ni por ningún otro concepto, pues ello no puede convertirse ni ser una barrera u obstáculo para el acceso al derecho de la salud.

En consideración a este tema, se presentan dos posturas. El Ministerio de Salud y de la Protección Social por un lado considera que si es permitido que los pacientes firmen a favor de las IPS un titulo valor como garantía de pago en caso de generarse alguna deuda a cargo de dicho paciente, sin que ello sea un requisito sin el cual no se preste la debida atención médica, pues la firma del titular debe ser de manera voluntaria y espontánea con el único fin de otorgar una garantía a una posible deuda a favor de la Institución Prestadora de Salud.

Referente a esto, el Ministerio de Salud y Protección Social en su concepto 10240-24641, dijo que: "la firma de las garantías (pagrés, letras de cambio) es posible, siempre que la suscripción de esta clase de documentos no se efectuó como condicion previa a la prestación del servicio de salud y mucho menos en tratándose de servicios de urgencias (...)", lo cual confirma la legitimidad de la suscripción de títulos valores bajo las condiciones ya expuestas.

De otro lado, la Corte Constitucional ha sostenido reiteradamente que, la firma de títulos valores constituye la vulneración del derecho fundamental a la seguridad social en salud consagrado en el artículo 48 de la Constitución, cuando estos "(...) han sido obtenidos de los pacientes, o de sus responsables, mediante presión,

como condición para acceder a un servicio requerido con necesidad (...)", como al respecto lo señala la Corte Constitucional en su Sentencia T-058

Realizado por la estudiante: Carolina Garzón Ruiz.

Revisado por la docente: Abogada Natalia Eugenia Gómez Rúa.