

NORMATIVIDAD EN SALUD

BEATRIZ TORRES AVENDAÑO

FARNERY MORALES MAYA

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA – POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD

NOVIEMBRE DE 2007

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	2
CONCEPTOS BASICOS.....	2
LA NORMA	2
Tipos De Normas	2
Características de la Norma Jurídica.....	3
Modelos de Interpretación de la Norma Jurídica	3
Jerarquía de la Norma Jurídica	4
FINANCIACION	4
Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).....	4
Subcuenta de Compensación:.....	4
Subcuenta de Solidaridad	5
Subcuenta de Promoción de la Salud.....	6
Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.....	6
PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA (PAB).....	7
PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	7
RESOLUCIÓN 412 DE 2000.....	7
Artículo 3. Norma técnica.....	8
Artículo 4. Guía de atención.	8
Artículo 5. Demanda inducida.....	9
MODELO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.....	9
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	9
Plan Obligatorio de Salud (POS).....	9
Comité Técnico-Científico CTC (Resolución 2933 De 2006)	12
PLANES ADICIONALES DE BENEFICIOS.....	13
Los Planes Adiciones de Salud (PAS).....	13
Planes de Atención Complementaria en Salud (PACS).....	13
Medicina Prepagada: (decreto 1486 de 1994).....	14
Pólizas de Seguros: (Código del comercio. Art. 1036 y sgtes)	14
REGIMEN SUBSIDIADO	14
Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) Acuerdo 306 De 2005.....	14
POBRE SIN SUBSIDIO A LA DEMANDA	15
REGIMENES ESPECIALES	16
Plan de Salud del Magisterio.....	16
Plan de Salud de Ecopetrol	17
Plan de Salud Fuerzas Militares (Ley 352 De 1997).....	18
Plan de Salud del Congreso de la Republica (Decreto 045 De 2000).....	21

CAPITULO NORMATIVIDAD EN SALUD

INTRODUCCION

La constitución política colombiana de 1991, desarrolló nuevas libertades y derechos, además amplió los alcances y el acceso de la población a los servicios de salud; un ejemplo de ello es el artículo 49 en el cual se establece el derecho a la salud y al saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado; a éste último le corresponde garantizar el acceso, así como también organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud.

En desarrollo de lo ordenado por la constitución, la ley 100 de 1993 define y reglamenta la seguridad social en Colombia transformando por completo el sector salud; generando cambios importantes en el modelo de atención, modificando los procesos de gestión de las instituciones sanitarias con el objetivo de alcanzar cobertura universal y garantizar acceso a los servicios básicos para toda la población.

Posteriormente surge la Ley 1122 de 2007 la cual adiciona y modifica parcialmente el sistema de seguridad social en salud, teniendo como prioridad, el mejoramiento de la prestación del servicio para los usuarios; por lo cual hace reformas en los aspectos de dirección, financiación, equilibrio, racionalización, mejoramiento, inspección, vigilancia y control para el fortalecimiento en la prestación de los servicios de salud.

Es importante anotar que estas transformaciones impactan no solo al sector salud sino también al social, económico, político y cultural de la sociedad Colombiana. A raíz de esto surge como obligatoriedad la auditoría en salud; que permite garantizar la calidad, la eficiencia y el control en la prestación de los servicios de salud, apoyándose en la legislación vigente como herramienta de respaldo conceptual y mezcla de teoría y práctica, habilidad y conocimiento científico.

Este capítulo es una guía práctica y rápida, donde el estudiante y el profesional encontrarán bases generales referentes a la normatividad en salud, lo que permitirá tener una visión global frente al tema.

CONCEPTOS BASICOS

LA NORMA

Es un patrón de conducta que puede ser escrito o no, que dicta pautas o reglas del comportamiento humano, creado por un organismo competente de acuerdo con un criterio de valor. El no cumplimiento de las mismas da una sanción. Su estructura material está compuesta por un Precepto (el supuesto de hecho o condición) y por una sanción (acto coactivo).

Tipos De Normas

Existen múltiples formas de clasificar las normas, a continuación daremos a conocer las más utilizadas:

- **Social:** Conjunto de normas que dicta la sociedad o un determinado grupo para adaptar conductas de decoro. Normas de Urbanidad (la caballerosidad, el bien hablar, la etiqueta). su sanción será el rechazo o la aceptación del grupo.

- Moral: Son las normas que están dictadas por los principios internos (fuero interno) de la conducta humana, indica cuales son las acciones buenas o malas para hacerlas o evitarlas. Su sanción se da con "el cargo de conciencia"
- Jurídica: Es una proposición dictada e impuesta por el Estado en la cual existe la obligación por parte del mismo de sancionar su incumplimiento
- Ética: es entonces, la propia conciencia del individuo o del grupo que en ella se adhiere, formada por los valores heredados de la tradición y asimilados en la vida, que inspiran actitudes de comportamiento congruentes con la dignidad, con lo que es virtuoso, trascendente y honorable. Esta estrechamente ligada con la profesión u oficio.
- Religiosa: son mandatos dictados por Dios a los hombres, su violación está sancionada con el castigo en la vida eterna (después de la muerte)

Características de la Norma Jurídica

La norma jurídica posee características propias que la hacen diferente de las demás normas de conducta. Ellas son:

- Heteronimia: significa que las normas jurídicas son creadas por otra persona distinta al destinatario de la norma
- Bilateralidad: Consiste en que la norma jurídica al mismo tiempo que impone obligaciones, también concede derechos a uno o varios sujetos
- Coercibilidad: Consiste en que el Estado tiene la posibilidad de aplicar por medio de la fuerza física una sanción si la persona se niega a acatarla.
- Exterioridad: importa el cumplimiento de la norma; no el estar convencido de la misma.
- Generalidad: La generalidad consiste, en que la norma jurídica procede a regular la conducta no indicando de manera directa como debe ser el comportamiento de una persona en particular, sino procediendo a través de la fijación de categorías de sujetos abstractamente determinados.
- Imperatividad: Las normas jurídicas no dan consejos, sino que mandan con autoridad; son autárquicas, es decir, rigen independientemente de la voluntad de aquellos sometidos a ella.

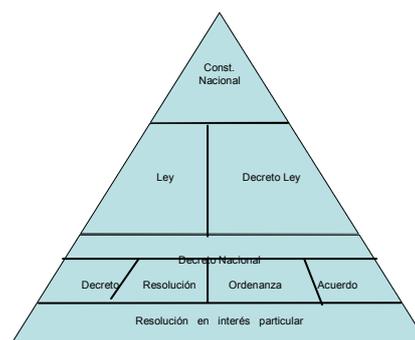
Modelos de Interpretación de la Norma Jurídica

Los tipos mas usados en la interpretación de la norma jurídica son:

- Exegético: se refiere a la interpretación y aplicación textual de la norma (acatamiento).
 - Hermenéutico: expone la idea de que una norma no es un mandato aislado, sino que responde al sistema jurídico normativo orientado hacia un determinado rumbo en el que, conjuntamente con otras normas, se explica o aplica una norma, también llamado método sistemático
 - Lógico: El Método Lógico es aquél que utiliza los razonamientos de la lógica para alcanzar el verdadero significado de la norma.
 - Teleológico: se dice de aquella interpretación que tiende hacia un determinado fin, al que podríamos identificar con la causa final. Este método en su denominación tiene el prefijo "tele" que significa fin.
- Adicional a estos encontramos:
- Histórico: El Método Histórico se pretende interpretar la norma recurriendo a sus antecedentes, como las ideas de sus autores al concebir o elaborar los proyectos, los motivos que propiciaron la redacción y emisión de la ley, informes, debates, etc.
 - Sociológico: Es el Método por el que la interpretación se realiza atendiendo a los requerimientos de la realidad social del actual momento

Jerarquía de la Norma Jurídica

- Constitucional nacional
- Ley
- Decreto ley
- Decreto
- Resolución
- Ordenanza
- Acuerdo



Los anteriores conceptos nos brindan bases para interpretar la norma en salud de manera integral, sin embargo el sistema está en continuo ajuste de todos los actores que intervienen, con el único propósito de promover mecanismos que garanticen los principios de la ley 100 y la calidad de los servicios de salud.

De esta manera presentamos a continuación a manera de recopilación y resumida la normatividad actual en salud en el país.

FINANCIACION

Según el Art 9 de la Ley 1122 de 2007. “El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará, en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política, el Gobierno Nacional deberá presupuestar la totalidad de los recaudos de las subcuentas de solidaridad y ECAT. Por ningún motivo el valor presupuestado puede ser inferior al valor recaudado por estas sub.-cuentas en la vigencia anterior, más la inflación. Los recursos de la UPC no podrán destinarse al pago de pensiones a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS S).”

Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)

El fondo de solidaridad y garantía es una cuenta adscrita al Ministerio de Protección social que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, administrada por la CRES que determinará los criterios de utilización y distribución de sus recursos.

Esta cuenta esta integrada por 4 subcuentas independientes:

1. De compensación interna del régimen contributivo;
2. De solidaridad del régimen de subsidios en salud;
3. De promoción de la salud y
4. Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

Subcuenta de Compensación:

La Subcuenta de Compensación tiene por objeto permitir el proceso de compensación interna entre las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, con el fin de reconocer la Unidad de Pago por Capitación y demás recursos a que tienen derecho las EPS y demás EOC para financiar la prestación de servicios de salud a todos los afiliados al régimen contributivo con

sujeción a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud y las prestaciones económicas a que hubiere lugar, de acuerdo con lo dispuesto en la ley y sus reglamentos.

Según lo establecido en el decreto 2280 de 2004, artículo 3 los ingresos de la subcuenta de compensación llegan de:

- Los recursos provenientes del recaudo de cotizaciones que se destinan a la Subcuenta de Compensación, con y sin situación de fondos.
- Las transferencias de la Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud y los rendimientos financieros de las otras subcuentas del Fosyga que se destinan a financiar las Unidades de Pago por Capitación (UPC), del régimen especial de las madres comunitarias
- Los rendimientos financieros de la Subcuenta de Compensación.
- Los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas por las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC.
- Los intereses de mora por pago de cotizaciones en forma extemporánea y sus respectivos rendimientos financieros.
- Las sanciones, multas e intereses moratorios a favor de la Subcuenta de Compensación interna del régimen contributivo
- Los recursos provenientes del pago que realizan los cotizantes dependientes de que tratan los Decretos 1703 y 2400 de 2002.
- Los recursos provenientes de los aportes de los afiliados a los regímenes de excepción de que trata el artículo 14 del Decreto 1703 de 2002.
- Los recursos de las cotizaciones correspondientes a los registros presentados y glosados en las declaraciones de giro y compensación, según el procedimiento definido en el presente decreto.
- Los excedentes financieros de la subcuenta que se generen en cada vigencia.
- Los demás recursos que de acuerdo con las disposiciones vigentes correspondan al régimen contributivo.

Subcuenta de Solidaridad

La Subcuenta de Solidaridad como integrante del FOSYGA fue creada mediante el artículo 218 de la Ley 100 de 1993. Dicha Ley y su Decreto Reglamentario 1283 de 1996 establecieron que la administración de las Subcuentas se realice mediante Encargo Fiduciario. Esta tiene como función básica la administración de los recursos destinados exclusivamente a la afiliación de la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud, a través de la cofinanciación de los subsidios a la demanda. Sus ingresos se obtienen de:

- Uno punto cinco (1,5) de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado (Art. 204, Ley 1122 de 2007) este será girado por las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a la Subcuenta de Solidaridad, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones.
- El porcentaje de los recursos recaudados por concepto del subsidio familiar que administran las Cajas de Compensación Familiar, definido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, que podrá ser administrado de manera directa por éstas, previo cumplimiento de las normas establecidas para tal efecto.
- Los recursos provenientes del Impuesto Social a las armas, definido en el artículo 224 de la Ley 100 de 1993. Con ellos se formará un fondo para financiar la atención de Eventos de Trauma Mayor ocasionados por Violencia, de la población afiliada al Régimen Subsidiado en los eventos no cubiertos por el POS-S y de aquella vinculada al sistema.

- Los recursos provenientes del impuesto de Remesas de Utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de la zona Cusiana y Cupiagua. Estos recursos se deducirán de la base de cálculo de los ingresos corrientes a que hace referencia las leyes 60 de 1993 y 223 de 1995.
- Los rendimientos financieros generados por el portafolio de inversiones de los excedentes de liquidez transitorios.
- Las multas de que tratan el artículo 271 de la Ley 100 de 1993 y el numeral 25 del artículo 5 del Decreto Ley 1259 de 1994.
- Adicionalmente ingresan a la subcuenta los excedentes que se obtengan de liquidar los contratos de aseguramiento suscritos entre las Entidades Territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado sobre los recursos de cofinanciación asignados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Subcuenta de Promoción de la Salud

La Subcuenta de Promoción tiene por objeto financiar las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, de acuerdo con las prioridades que al efecto defina la Comisión Reguladora en Salud (CRES)

- La Subcuenta de Promoción se financiará con un porcentaje de la cotización, definido por el la Comisión Reguladora en Salud (CRES), que en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización de los afiliados al régimen contributivo.
- Adicionalmente la Comisión Reguladora en Salud (CRES), podrá destinar a esta Subcuenta, parte de los recursos que recauden las Entidades Promotoras de Salud por concepto de pagos moderadores.
- Los recursos provenientes del Impuesto Social a las Municiones y Explosivos de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, este impuesto será recaudado por INDUMIL y deberá girarse al FOSYGA, dentro de los primeros 15 días calendario de cada mes.
- Rendimientos financieros obtenidos del manejo del portafolio
- De igual manera, constituyen ingresos de la Subcuenta de Promoción, los reintegros de los Programas de Promoción y Prevención de la vigencia anterior informados por el Ministerio de Salud

Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito

El Seguro Obligatorio de Daños Corporales en Accidentes de Tránsito fue creado por el Decreto Ley 1032 de 1991, el cual además creó el FONSAT como una cuenta especial de la nación para el pago de siniestros ocasionados por vehículos no identificados o no asegurados.

Su objetivo es garantizar la atención integral a las víctimas que han sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catastróficos.

- Aporte mensual del 50% cobrado en adición a las primas SOAT emitidas por las Compañías Aseguradoras en el mes anterior
- Aporte bimestral del 20% de las primas SOAT emitidas por las Compañías Aseguradoras en el bimestre anterior
- Multas y sanciones

PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA (PAB)

Anteriormente estaba basado en la Resolución 4288 de 1996. En la actualidad en la ley 1122 y en el Decreto 3039 de 2007. Es el plan de salud pública gratuito de responsabilidad del Estado y de las entidades territoriales prestado directamente por éstos o por particulares mediante contrato con el Estado y es complementario del POS. Se define como conjunto de actividades e intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad.

Su financiación se hará con recursos del sistema nacional de participaciones (Ley 715 de 2001), con los 10 puntos que debe asignar cada entidad territorial del monto total del situado fiscal, con los recursos fiscales derivados de los programas nacionales del ministerio de protección social y de la subcuenta de promoción del fondo de solidaridad y garantía.

Es responsabilidad del Ministerio de la Protección Social, a través de entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal, la planeación financiación, ejecución, control y evaluación del PAB. Las entidades territoriales deberán presentar el PAB para su aprobación al consejo territorial de seguridad social o en su defecto a la respectiva dirección de salud y el ente departamental deberá evaluarlo dos veces al año en Marzo y Septiembre, mediante indicadores de procesos, eficiencia, eficacia e impacto establecidos anticipadamente.

Las acciones obligatorias del PAB a escala municipal son:

- Control y prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Deberes y derechos del usuario en el sistema de seguridad social.
- Prevención de la violencia con énfasis en la intrafamiliar y el fomento de la convivencia pacífica.
- Fomento de la salud sexual y reproductiva y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- El fomento de las condiciones sanitarias del ambiente: vigilancia de la calidad del aire, control de los niveles de ruido, el procesamiento de alimentos, la calidad del agua para el consumo humano etc.
- El control de vectores de interés para las enfermedades de transmisión vectorial.
- La prevención de la Rabia y otras zoonosis.
- Actividades de prevención, detección precoz y control de enfermedades de interés en salud pública: Tuberculosis, Lepra, Malaria, Cólera, Dengue, Leishmaniosis, inmunoprevenibles contenidas en el PAI entre otras.
- Actividades de prevención, diagnóstico precoz y control de enfermedades relacionadas con el proceso reproductivo: cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y mortalidad materna y perinatal.
- Y todas las demás que determine la autoridad sanitaria, como amenazas para la salud pública.

PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD RESOLUCIÓN 412 DE 2000.

Por la cual se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, aplica tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado

Artículo 3. Norma técnica.

Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo – efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Estas son:

- Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Atención Preventiva en Salud Bucal
- Atención del Parto
- Atención al Recién Nacido
- Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres
- Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)
- Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
- Detección temprana de las alteraciones del embarazo
- Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino
- Detección temprana del cáncer de seno
- Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

Artículo 4. Guía de atención.

Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Estas son:

- Bajo peso al nacer
- Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)
- Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptococcica, laringotraqueitis. Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.
- Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera
- Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar
- Meningitis Meningocóccica
- Asma Bronquial
- Síndrome convulsivo
- Fiebre reumática
- Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.
- Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica, Sífilis, VIH/SIDA)
- Hipertensión arterial
- Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo
- Menor y Mujer Maltratados
- Diabetes Juvenil y del Adulto
- Lesiones preneoplasicas de cuello uterino
- Lepra
- Malaria
- Dengue
- Leishmaniasis cutánea y visceral

- Fiebre Amarilla

Artículo 5. Demanda inducida.

Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

MODELO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

La afiliación al sistema general de seguridad social en salud SGSSS, es obligatoria para todos los residentes en Colombia y se efectúa a través de regímenes excluyentes: contributivo, subsidiado y regímenes especiales.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

En el se encuentran las personas con capacidad de pago, se afilian mediante una cotización o aporte económico, es financiado directamente por el afiliado o por éste y su empleador, los pensionados y los trabajadores independientes, los cuales no pueden recibir menos de un salario mínimo legal vigente. Se presentan tres tipos de afiliados:

- Cotizante: persona con capacidad de pago, nacional o extranjera vinculada mediante contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados y trabajadores independientes.
- Beneficiario: miembros del grupo familiar del cotizante:
 - Cónyuge o compañero permanente cuya unión sea superior a dos años.
 - Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los conyugues que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de este.
 - Hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos menores de 25 años que sean estudiantes con certificación de un centro de educación formal, con un tiempo de dedicación igual o superior a 20 horas semanales y que dependan económicamente del afiliado.
 - A falta de conyugue o compañero permanente e hijos la cobertura podrá extenderse a los padres del afiliado que dependan económicamente de este.
- Cotizante dependiente: llamado también beneficiario adicional, es aquella persona diferente a las establecidas anteriormente que cumpla con estos requisitos: dependa económicamente del cotizante, y que sea menor de 12 años o que tenga parentesco hasta tercer grado de consanguinidad

Plan Obligatorio de Salud (POS)

Se adoptó mediante el Acuerdo 008/94 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y fue desarrollado a través de la resolución 5261/94 MAPIPOS. Es el conjunto de servicios obligatorios de atención en salud al que tienen derecho todos los afiliados del régimen contributivo, así como también a reconocimientos económicos los afiliados cotizantes.

El POS está diseñado para atender los problemas de salud de morbilidad más prevalentes, disminuir los años perdidos por discapacidad o muerte temprana y garantizar el costo-efectividad del sistema. Brinda atención integral a la población en todas sus fases: prevención de la enfermedad, promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación incluyendo los medicamentos esenciales en todos los niveles de complejidad.

Los afiliados al régimen contributivo podrán disfrutar de los servicios de urgencias desde el mismo día de la afiliación y los demás servicios le serán brindados a partir de la cuarta semana. A su mismo en caso de desafiliación por interrupción en la relación laboral el afiliado, él y sus beneficiarios seguirán gozando de los servicios de urgencias y terminación de tratamientos hasta 30 días, si tiene más de un año en esa EPS, y 3 meses si tiene cinco años o más a esa EPS. (Art. 75 del Decreto 806 de 1998)

Periodos Mínimos de Cotización

Se refiere a la cantidad mínima de semanas cotizadas que necesita un usuario para acceder a servicios de alto costo incluidos en el POS-C.

No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los períodos de carencia

Cuando el usuario requiera períodos mínimos de cotización y no los tenga, el deberá cancelar un porcentaje sobre el valor total del tratamiento, correspondiente en semanas de cotización, con el fin de completar los períodos mínimos.

Cabe anotar que al niño que nazca estando su madre afiliada a una EPS, no se le aplicará períodos mínimos de cotización.

También se deberá aplicar estos períodos mínimos de cotización individualmente por afiliado y se le deberá sumar las semanas que tenga como beneficiario no cotizante.

Exclusiones y limitaciones: (Art 10 Decreto 806 de 1998 y Ley 1122/2006)

Todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral que expresamente defina la CRES (Comisión reguladora en Salud), que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, o sean el resultado de complicaciones de estos tratamientos o procedimientos.

- Cirugía estética con fines de embellecimiento.
- Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- Tratamientos para la infertilidad.
- Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico-científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
- Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
- Medias elásticas de soporte, corsés fajas, sillas de ruedas, plantillas, zapatos ortopédicos y lentes de contacto. Se autoriza el suministro de lentes para anteojos una vez cada cinco años en adultos y una vez cada año en niño, para la corrección de defectos de refracción que disminuyan la capacidad de visión, siempre que por razones médicas sea necesario su cambio en razón del defecto padecido.
- Medicamentos que no se encuentren autorizados en el MAPIPOS (Manual de Procedimientos e Intervenciones del POS) o las modificaciones determinadas a través de los Acuerdos emitidos por la CRES.
- Tratamiento con drogas o sustancias experimentales.

- Trasplantes de órganos diferentes a riñón, córnea, hígado, médula ósea y corazón.
- Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada, psicoterapia de pareja, familia o grupo. Es decir únicamente se cubre la sicoterapia individual de apoyo en la etapa crítica de la enfermedad y sólo durante la fase inicial.
- Tratamiento de periodoncia, ortodoncia y prótesis en la atención odontológica.
- Tratamiento de várices con fines estéticos.
- Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación.
- Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos estrictamente necesarios para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.
- Actividades, intervenciones y procedimientos no autorizados en el MAPIPOS (Manual de Procedimientos e Intervenciones del POS).

Atención inicial de urgencias: (Art 16 Decreto 806 de 1998 y ley 1122/2007)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención inicial de urgencias. El costo de los servicios será asumido por la Entidad Promotora de Salud aun si la aseguradora no tiene contrato con la IPS o administradora del Régimen Subsidiado a la cual se encuentre afiliada la persona o con cargo al FOSYGA en los eventos catastróficos o accidentes de tránsito

Elección de la entidad: (Art 45 Decreto 806 de 1998)

Los afiliados tendrán la posibilidad de elegir libre y voluntariamente la entidad (EPS o EPS-S) que los atienda en ambos regímenes contributivo y subsidiado.

Afiliaciones múltiples: (Art 48 Decreto 806 de 1998)

Ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente en el Régimen Contributivo y subsidiado, ni estar afiliada en más de una EPS, ostentando simultáneamente alguna de las siguientes calidades: Cotizante y Beneficiario

Movilidad dentro del sistema: (Art 54 Decreto 806 de 1998 y Ley 1122/2006)

Las personas sólo podrán trasladarse voluntariamente de EPS una vez cancelado 1 año de pagos continuos. Este periodo no será tenido en cuenta cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de los servicios.

Suspensión de la afiliación: (Art 57 Decreto 806 de 1998)

La afiliación será suspendida después de un mes de no pago de la cotización que corresponde así como también por el no pago de la unidad de pago por capitación adicional

Licencias de maternidad: (Art 63 Decreto 806 de 1998)

Es el derecho al reconocimiento de prestaciones económicas a la madre biológica, madre o padre adoptante (cuando éste último carezca de cónyuge) del menor de 7 años, siempre y cuando no sea cotizante pensionado, el monto es equivalente al 100% del salario que se devengue al momento de entrar a disfrutar, además requerirá que la afiliada haya cotizado como mínimo por un período igual al período de gestación.

Se liquida con el 100% del salario que devengue al entrar a disfrutar del descanso. Si se trata de un salario que no sea fijo, como en el caso de trabajo a destajo o por tarea, se toma en cuenta el salario promedio devengado por la trabajadora en el último año de servicios, o en todo el tiempo si fuere menor.

La remuneración en caso de aborto o parto no viable se liquida según lo dispuesto en el Artículo 237 del CST, que indica:

“La trabajadora que en el curso del embarazo sufra un aborto o un parto prematuro no viable tiene derecho a una licencia de dos a cuatro semanas, remuneradas con el salario que devengaba en el momento de iniciarse el descanso.”

- Aborto: Embarazo menor de 20 semanas que termina en producto no viable.
- Parto prematuro no viable: Embarazo mayor de 20 semanas y menor de 36, que termina en mortinato (feto muerto).
- Parto no viable o mortinato: Embarazo a término (9 meses de gestación) cuyo producto final es un feto muerto

Licencia de paternidad o Ley María: (Ley 755 de 2002)

La trabajadora que haga uso del descanso remunerado en la época del parto tomará las 12 semanas de licencia a que tiene derecho de acuerdo a la ley. El esposo o compañero permanente tendrá derecho a cuatro (4) días de licencia remunerada de paternidad, en el caso que sólo el padre esté cotizando al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Si ambos padres están cotizando al Sistema, se concederán al padre ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad. Esta licencia al igual que la de maternidad serán reconocidas por la EPS y recobradas a la subcuenta de compensación del fondo de solidaridad y garantía; para lo cual en el caso de la Ley María se requerirá que el padre haya Estado cotizando efectivamente durante las cien (100) semanas previas al reconocimiento de la misma

Esta licencia remunerada es incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse solicitado esta última por el nacimiento del hijo, estos días serán descontados de la licencia remunerada de paternidad. El único soporte válido para el otorgamiento de licencia remunerada de paternidad es el Registro Civil de Nacimiento, el cual deberá presentarse a la EPS a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento del menor.

Comité Técnico-Científico CTC (Resolución 2933 De 2006)

Es la reunión de un grupo de personas que se encargan de analizar para su autorización las solicitudes presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, de los medicamentos por fuera del listado del Plan Obligatorio de Salud POS, adoptado por el Acuerdo 228 del CNSSS y demás normas que lo modifiquen; esa prescripción medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva

El Comité Técnico-Científico deberá integrarse por un representante de la EPS, otro de la IPS y un representante de los usuarios, obligatoriamente 1 de ellos debe ser médico, los otros pueden ser profesionales de la salud o químicos farmacéuticos. Además se reunirá con la periodicidad requerida para tramitar oportunamente las solicitudes referentes a sus funciones por lo menos una (1) vez a la semana y de sus decisiones se dejará constancia en un libro de actas debidamente suscritas por los

miembros del Comité y foliado, anexando los soportes utilizados como base de la decisión. Cuando no existan casos para someter a consideración del Comité, se dejará la respectiva constancia en el libro de actas.

El Comité podrá autorizar tratamientos ambulatorios hasta por un máximo de tres (3) meses, tiempo que se considera pertinente para que el Comité Técnico-Científico nuevamente analice el caso y si la respuesta al tratamiento es favorable, determine la periodicidad con la que se continuará autorizando y suministrando el medicamento, el que en ningún caso podrá ser por tiempo indefinido.

Para el caso de pacientes con tratamientos crónicos a los cuales y después de haber realizado el proceso antes mencionado se les determine un tiempo de tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de autorización podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año, en cuyo caso el Comité deberá hacer la evaluación por lo menos una (1) vez al año y determinar la continuidad o suspensión del tratamiento.

PLANES ADICIONALES DE BENEFICIOS

Los Planes Adiciones de Salud (PAS)

El sistema general de seguridad social en salud SGSSS permite que se presenten servicios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no le corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias; para ello existen los planes adicionales de salud que se definen como un conjunto de beneficios, opcionales y voluntarios, financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelan los particulares (Decreto 806 de 1998).

Estos son ofrecidos por las EPS, las entidades adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras. Los contratos de planes adicionales sólo podrán celebrarse y/o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al régimen contributivo como cotizante o beneficiario.

La entidad oferente de un PAS podrá practicar un examen de ingreso previa aceptación del contratista; con el fin de establecer el Estado de salud de sus afiliados y encausar políticas de promoción y prevención y excluir algunas patologías ya existentes

Dentro del SGSSS existen los siguientes PAS:

Planes de Atención Complementaria en Salud (PACS)

Son un conjunto de beneficios adicionales o diferentes a las descritas en el POS (MAPIPOS Resolución 5261 de 1994), que comprenden actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables para el tratamiento de la enfermedad, el mantenimiento o la recuperación de la salud; ofrecen al usuario asegurado condiciones alternativas de comodidad, tecnología y hotelería. Los PACS están diseñados para complementar los servicios que ofrece el POS no para sustituirlo ni para duplicarlo. El usuario sólo puede adquirirlos en la EPS donde está inscrito.

Medicina Prepagada: (decreto 1486 de 1994).

Es el sistema establecido y organizado para la gestión de la atención médica y la prestación de servicios de salud incluidos en un plan preestablecido mediante contrato bajo la modalidad de prepago con una aseguradora; dichos planes deben estar aprobados por la Superintendencia de salud y está sometida al libre ejercicio de la profesión.

Pólizas de Seguros: (Código del comercio. Art. 1036 y sgtes)

Ofrecen en especial prestaciones económicas que amparan riesgos acordados entre el asegurado y la aseguradora.

REGIMEN SUBSIDIADO

El régimen tiene como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres sin capacidad de cotización.

Son potenciales beneficiarios del régimen subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, sin capacidad de pago. En consecuencia podría recibir subsidio total o parcial, de acuerdo con los criterios de identificación, y las prioridades que se presenten, ésta se hará mediante la aplicación de la encuesta Sisbén o el instrumento que haga sus veces, así mismo los grupos priorizados son: los recién nacidos, los menores desmovilizados del conflicto armado, la población del área rural, población indígena, población del área urbana.

En cada uno de los grupos de población, descritos anteriormente, se priorizarán los potenciales afiliados en el siguiente orden:

1. Mujeres en Estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y postnatal.
2. Niños menores de cinco años.
3. Población con discapacidad identificada mediante la encuesta Sisbén
4. Mujeres cabeza de familia, según la definición legal.
5. Población de la tercera edad.
6. Población en condición de desplazamiento forzado.
7. Desmovilizados

Los núcleos familiares estarán integrados por:

1. El cónyuge o compañera(o) permanente cuya unión sea superior a dos años
2. Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente
3. Los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente certificada en los términos de la Ley 100 de 1993, de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente.
4. Los hijos mayores entre los 18 y 25 años cuando sean estudiantes con certificación de un centro de educación formal con un tiempo de dedicación igual o superior a 20 horas semanales y que dependan económicamente del cabeza del núcleo familiar.

Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) Acuerdo 306 De 2005

El POS-S 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 en el régimen subsidiado con el propósito de mantener y/o recuperar su salud.

Este plan de beneficios subsidiado no contempla preexistencias ni periodos mínimos de afiliación. De igual forma su contenido será definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

En el se ofrece atención integral para la maternidad y al niño durante su primer año de vida, así mismo de los siguientes beneficios:

- Acciones de promoción de la salud y educación; dirigidos a la familia y al individuo, complementan al PAB; incluye: salud integral de niños, adolescentes, tercera edad, salud sexual y reproductiva entre otros.
- Acciones de prevención de la enfermedad y protección específica: programas dirigidos a gripes de población específicos.
- Acciones de recuperación de la salud: Acciones de recuperación de la salud y atención ambulatoria de primer nivel, en atención medica, odontológica y de enfermería; incluye: medicamentos, laboratorio básico, imágenes diagnósticas y arteriales odontológicos.
- Atención de segundo y tercer nivel de atención: incluye consulta de oftalmología, optometría, traumatología y ortopedia, fisioterapia y terapia física, además rehabilitación funcional y las cirugías apendicetomía, histerectomía y colescistectomía.
- Atención de alto costo o cuarto nivel: Patologías cardiacas, de sistema nervioso central, insuficiencia renal, gran quemado, cáncer, prótesis articulares cadera y rodilla y cuidados intensivos.

El POS-S será actualizado periódica e integralmente hasta alcanzar la cobertura del POS. Este se financia con recursos fiscales del sistema general de participaciones (ley 715 de 2001), de las rentas del departamento y de la subcuenta del FOSYGA de solidaridad, regalías petroleras y aportes de los afiliados.

POBRE SIN SUBSIDIO A LA DEMANDA

Son aquellas personas sin capacidad de pago y que mientras logran ser beneficiarios del Régimen Subsidiado o de Contributivo, tienen derecho a los servicios de atención en salud en IPS públicas y privadas contratadas por la Secretaría de Salud.

1. Población identificada en nivel 1, 2 y 3 SISBEN NO afiliada a una EPS S
2. Afiliados a EPS S para eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.
3. Población especial NO afiliada al Régimen Subsidiado: indígenas, indigentes, menores en protección, desmovilizados y/o reincorporados, población encubierta (quienes han prestado algún tipo de colaboración con las autoridades), población desplazada y pueblo Rom (gitanos). De esta población hacen parte estos grupos sociales que por sus diversas condiciones culturales, jurídicas y económicas, ingresan al SGSSS como población especial.

Bajo esta condición, la población especial pasa a ser población especial vinculada. Si al momento de demandar el servicio de salud no aparece en las bases de datos del Régimen Subsidiado podrá ser atendida provisionalmente con el formato CARTA DE SALUD, expedida por la entidad que le corresponda, de acuerdo con su condición.

Los servicios de salud a los que tienen derecho los participantes vinculados son:

- Acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad en sus diferentes niveles de complejidad.
- Suministro de medicamentos.

- Atención inicial en el servicio de urgencias, en cualquier lugar del país.
- Atención por enfermedades de alto costo.

REGIMENES ESPECIALES

Plan de Salud del Magisterio

La Ley 91 de 1989 crea el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio como una cuenta de la Nación, con el fin de administrar los recursos de seguridad social de los docentes afiliados, que incluye la prestación de los servicios de salud y el pago de sus prestaciones económicas.

También establece que el Fondo debe ser administrado por una entidad fiduciaria. La prestación de los servicios médico-asistenciales se realiza a través de la contratación con entidades de salud de acuerdo con las instrucciones que imparte el Consejo Directivo del Fondo.

El plan de salud del magisterio cuenta con los siguientes beneficios

- No existencia de copagos para ningún servicio, para los afiliados ni para los beneficiarios.
- No existencia de cuotas adicionales a los aportes de ley para atención o tratamiento de los afiliados al FNPSM o sus beneficiarios.
- Atención o tratamiento de todo tipo de patologías sin restricción, a los afiliados y sus beneficiarios.
- No períodos mínimos de cotización, lo que implica que tanto el docente como sus beneficiarios pueden ser atendidos sin restricción desde el primer día de afiliación al Fondo.

Financiación

El FNPSM recibe (para atención de las necesidades de salud) por cada educador el 12,5% del valor de su remuneración, que es aportado conjuntamente por el funcionario (4%) y por el Estado (8,5%).

Cobertura

Cotizantes: Todos los docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (activos y pensionados).

- Beneficiarios de sustitución pensional.
- Beneficiarios de cotizantes al Fondo:
 - o El cónyuge del docente afiliado.
 - o El compañero(a) permanente del docente afiliado, cuya unión sea superior a dos años.
 - o Los hijos de los educadores hasta los 18 años.
 - o Los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente y dependencia económica del afiliado.
 - o Los hijos entre 19 y 25 años con dependencia económica total de los educadores afiliados y que acredite su condición de estudiante de dedicación exclusiva (se incluye en la cobertura el período vacacional académico).
 - o Los padres de los educadores solteros y sin hijos mientras no estén pensionados y dependan económicamente de este.
 - o Las hijas beneficiarias según coberturas anteriores y que se encuentren en estado de embarazo, así como su recién nacido hasta los primeros treinta días de edad.

Exclusiones

Son las atenciones que no están incluidas en el plan de servicios.

- Tratamientos de infertilidad.

- Tratamientos y medicamentos relacionados con la impotencia y frigidez.
- Tratamientos considerados estéticos, cosméticos o suntuarios y los no encaminados a la restitución de la funcionalidad perdida por enfermedad.
- Todos los tratamientos quirúrgicos y medicamentos considerados experimentales o los no autorizados por las sociedades científicas debidamente reconocidas en el país.
- Se excluyen expresamente todos los tratamientos médico quirúrgicos que no puedan ser realizados en el país.
- Se excluyen todos los medicamentos no autorizados por el INVIMA como ente regulador de la comercialización de medicamentos.
- Tratamientos de ortodoncia no preventiva.
- Tratamientos de rehabilitación oral con fines estéticos.

Plan de Salud de Ecopetrol

El plan de salud de ECOPETROL S.A. es el conjunto de servicios y suministros a los cuales tienen derecho los beneficiarios inscritos.

Los servicios y suministros que hacen parte del plan de salud de ECOPETROL S.A., son los siguientes:

- Promoción y prevención
- Medicina general
- Terapias complementarias
- Medicina especializada
- Asistencia domiciliaria
- Odontología general y especializada
- Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico (laboratorio clínico, patología y genética, imágenes diagnósticas, electrodiagnóstico, estudios endoscópicos, audiometrías, terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria, terapia de lenguaje, fonoaudiología, nutrición y dietología, optometría, ortóptica, psicología, enfermería y otros).
- Atención hospitalaria, cirugía y maternidad
- Urgencias médicas y odontológicas
- Prescripción y suministro de medicamentos
- Suministros optométricos.
- Suministro de prótesis internas y externas.
- Suministro de calzado ortopédico, plantillas, ortesis elementos y aparatos ortopédicos.
- Nutrición
- Optometría
- Psicología
- Rehabilitación
- Salud industrial
- Remisiones médicas y odontológicas dentro del país

Las condiciones de atención para cada uno de los servicios del Plan de Salud, están descritas en el numeral 6 del Reglamento de Salud vigente.

Exclusiones y Límites del Plan de Salud

- Remisiones al exterior, ni tampoco asistencia en salud en el exterior para trabajadores, pensionados o familiares de uno u otro que viajen al exterior por su propia cuenta, o que residan fuera del país.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos con fines estéticos o cosméticos.

- Atención de complicaciones médicas o quirúrgicas generadas en procedimientos que no fueron previamente autorizados por ECOPETROL S.A. y que el beneficiario realizó por su propia cuenta.
- Tratamientos (procedimientos, medicamentos o suministros) que no ofrezcan un verdadero impacto benéfico en el estado de salud del beneficiario.
- Tratamientos (procedimientos, medicamentos o suministros) que se encuentren en etapa de investigación o que no cuenten con la aprobación de las autoridades competentes a nivel nacional o mundial para su aplicación.
- Suministro de elementos o productos farmacéuticos clasificados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) como cosméticos (INVIMA-C).
- Productos que son parte de la canasta familiar: cremas dentales, seda dental, jabones, champús, cremas suavizantes- cosméticas.
- Suplementos nutricionales (salvo los casos definidos expresamente por los profesionales tratantes);
- Leches maternizadas.
- Glucómetro e insumos requeridos para su utilización.
- Pañales desechables.
- Técnicas artificiales de embarazo.
- Escleroterapia en insuficiencia venosa periférica.
- Ancianato.
- Sala cuna.
- Procedimientos estéticos, durante la realización de un procedimiento (s) quirúrgico (s) con cargo a ECOPETROL S.A.
- Exámenes diagnósticos solicitados por los beneficiarios con fines distintos a los de salud o como requisito para trámites especiales de trabajo, educación, seguros, requerimientos generados en procesos jurídicos en los cuales se encuentre involucrado el beneficiario pero que no tengan relación con la prestación de servicios de salud por parte de ECOPETROL S.A., salidas al exterior o de deportes a excepción de aquellos definidos por Salud Industrial.
- El tratamiento de alcoholismo y drogadicción tendrá una duración máxima de treinta y seis (36) meses continuos o discontinuos, después de este término cesa la responsabilidad de la Empresa por atender esta necesidad.
- Para los implantes dentales, se tratará de acuerdo con el protocolo establecido por la USS.

Plan de Salud Fuerzas Militares (Ley 352 De 1997)

El 17 de enero de 1997, el Honorable Congreso de la República aprobó el proyecto de Ley por el cual se reestructura el Sistema de Salud de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional mediante la expedición de la Ley No. 352 de 1997, que deroga el Decreto 1301 de 1993 y demás normas que lo regulan.

La Fuerza Pública esta integrada en forma exclusiva por las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, según lo dispone la Constitución Nacional en su artículo 216. El Legislador, en concordancia con este postulado de excepción, excluyo del Sistema Integral de Seguridad Social a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y al personal regido por el Decreto-ley 1214 de 1990.

El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, SSMP, esta constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y los afiliados y beneficiarios del Sistema.

El objeto del SSMP es prestar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus

beneficiarios y el servicio de sanidad inherentes a las operaciones militares y policiales.

Afiliados. Existen dos (2) clases de afiliados al SSMP:

1. Los afiliados sometidos al régimen de cotización:
 - a. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo.
 - b. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión.
 - c. El personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado, activo y pensionado de la Policía Nacional.
 - d. Los soldados voluntarios.
 - e. Los beneficiarios de pensión o de asignación de retiro por muerte del personal en servicio activo, pensionado o retirado de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional.
 - f. Los beneficiarios de pensión por muerte del personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y del personal no uniformado, activo o pensionado de la Policía Nacional.
 - g. Los servidores públicos y los pensionados de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional que deseen vincularse al SSMP.
 - h. Los estudiantes de pregrado y posgrado de ciencias medicas y paramédicas que presten sus servicios en los establecimientos de sanidad del SSMP;
2. Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:
 - a. Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional, a que se refieren el artículo 225 del Decreto-ley 1211 de 1990, el artículo 106 del Decreto-ley 41 de 1994, y el artículo 94 del Decreto 1091 de 1995, respectivamente.
 - b. Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.

Beneficiarios. Para los afiliados enunciados en el numeral 1, literales a, b, c, d, y g serán beneficiarios los siguientes:

- El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado. Para el caso del compañero (a) sólo cuando la unión permanente sea superior a dos (2) años;
- Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de sus padres;
- Los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos menores de 25 años que sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado;
- A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de él.

Los afiliados no sujetos al régimen de cotización no tendrán beneficiarios respecto de los servicios de salud.

Plan de Servicios

Todos los afiliados y beneficiarios al SSMP, tendrán derecho a un Plan de Servicios de Sanidad, en los términos y condiciones que establezca el CSSMP. El plan permitirá la protección integral de los afiliados y beneficiarios a la enfermedad general y maternidad, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención,

diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Mediante el Plan de Servicios de Sanidad, los afiliados y beneficiarios tendrán derecho a que el SSMP les suministre dentro del país asistencia médica, quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica y demás servicios asistenciales en hospitales, clínicas y otras unidades prestadoras de servicios o por medio de contratos de tales servicios con personas naturales o jurídicas.

Cuando la atención médico-asistencial de un afiliado que se encuentre en servicio activo en las Fuerzas Militares, en la Policía Nacional o en el Ministerio de Defensa Nacional o de sus beneficiarios deba prestarse en el exterior, por encontrarse el afiliado en comisión del servicio, el SSMP garantizará la prestación integral de todos los servicios médico-asistenciales. Las urgencias se atenderán sin necesidad de aprobación previa.

En el SSMP no se podrán aplicar preexistencias a los afiliados. Para los beneficiarios de los afiliados que hayan ingresado a partir de la vigencia del decreto 1301 del 22 de junio de 1994, el acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización del afiliado que en ningún caso excederán de 80 semanas. Durante estos períodos, el SSMP podrá establecer que para acceder a dichos servicios, los usuarios deberán sufragar total o parcialmente los costos de los mismos.

Salud Operacional. Entiéndase por Salud Operacional las actividades en salud inherentes a las operaciones militares y las actividades de salud especializada que tienen por objeto el mantenimiento y la recuperación de la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y Policiales para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza, incluyendo entre otras sanidad en campaña, medicina naval y medicina de aviación.

Salud Ocupacional: Las actividades de medicina preventiva, medicina de trabajo, higiene y seguridad industrial, tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva del personal en sus ocupaciones habituales, con el fin de prevenir enfermedades y accidentes. Comprende igualmente las actividades conducentes a evitar que las enfermedades comunes sean agravadas por las condiciones laborales.

Medicina Laboral. El SSMP realizará la evaluación de aptitud psicofísica al personal que se requiera en el proceso de selección, ingreso, ascenso, permanencia y retiro del Ministerio de Defensa Nacional y Policía Nacional y demás circunstancias del servicio que así lo ameriten. Igualmente, el SSMP asesorará en la determinación del tiempo de incapacidad y del grado de invalidez del personal, de conformidad con las normas vigentes.

Atención básica. El SSMP colaborará con el Ministerio de Salud la ejecución de los planes de atención básica de que trata el artículo 165 de la Ley 100 de 1993.

Planes complementarios. El SSMP, previo concepto favorable del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, podrá ofrecer planes complementarios a través de sus establecimientos de sanidad o de aquellos con las cuales tenga contratos para la prestación del Plan de Servicios de Sanidad. Tales planes serán financiados en su totalidad por los afiliados o beneficiarios.

Atención de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. La prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional estará a cargo del SSMP.

Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. El Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud pagará los servicios que preste el SSMP de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y las disposiciones que lo adicionen o modifiquen. Los casos de urgencia generados en acciones terroristas ocasionados por bombas y artefactos explosivos ocurridos en actos de servicio serán cubiertos por el SSMP.

Cotización

Los afiliados sometidos al régimen de cotización será del doce con cinco por ciento (12,5%) mensual calculado sobre el ingreso base. El cuatro (4%) estará a cargo del afiliado y el ocho punto cinco (8,5%) restante a cargo del Estado como aporte patronal el cual se girará a través de las entidades responsables. Los estudiantes de pregrado y postgrado de ciencias médicas y paramédicas que presten servicios en los establecimientos de sanidad del SSMP cotizarán el dos por ciento (2%) de su ingreso base.

Plan de Salud del Congreso de la Republica (Decreto 045 De 2000)

El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República (FONPRECON) es un establecimiento público del orden nacional, adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que como entidad promotora de salud adaptada de carácter especial, es responsable de ejercer las siguientes funciones:

- a) Promover la afiliación de los congresistas, empleados del Congreso y del Fondo de Previsión Social del Congreso, pensionados por el fondo y los beneficiarios, al Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando siempre la libre escogencia por parte del usuario;
- b) Administrar el riesgo de salud de sus afiliados evitando en todo caso la discriminación de afiliación de personas con altos riesgos o enfermedades de alto costo;
- c) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud, mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes por los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa, y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato;
- d) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados, con cargo a las unidades de pago por capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras y con profesionales de la salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud;
- e) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza;
- f) Remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación de los congresistas, de los trabajadores y sus familias, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios de salud

Plan de Beneficios.

El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República deberá garantizar a sus afiliados el Plan Obligatorio de Salud con cobertura familiar.

Plan adicional en salud. El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, previos los estudios económicos, establecerá beneficios adicionales a los consagrados en el Plan Obligatorio de Salud, los cuales tienen por finalidad ofrecer al afiliado que así lo disponga, condiciones alternativas de comodidad, tecnología y hotelería, los cuales se cubrirán con la cotización adicional. El Plan Adicional de Salud junto con su nota técnica, deberá, de acuerdo con la Ley 100 de 1993, someterse a la aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud. A su mismo la base mínima y máxima de cotización será la establecida para el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Beneficiarios del Plan Adicional de Salud.

Para ser beneficiario del plan adicional de salud de que trata el presente decreto, se requiere ser afiliado, cotizante o beneficiario del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República. Estos servicios se financiarán con una suma equivalente al cinco por ciento (5%) del salario base de cotización de sus afiliados cotizantes, el cual será descontado de la nómina a partir del 1o. de enero del año 2000.

Los pensionados por este fondo también podrán beneficiarse de estos planes adicionales, previo descuento del cinco por ciento (5%) sobre el valor de la mesada pensional.

Cobertura del Plan Adicional de Salud.

La cobertura será la misma del régimen contributivo. En el evento en que algunos de los beneficiarios enunciados tenga una relación laboral, deberá cotizarle al Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, el doce por ciento (12%) del salario base de cotización correspondiente a su afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud y el porcentaje determinado en el presente decreto para acceder a los beneficios del plan adicional en salud en caso de que desee tomarlo. Estos afiliados también se denominarán afiliados cotizantes.

Parámetros Tarifarios

La junta Directiva del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, adoptará los parámetros tarifarios que le permitan contratar los servicios de salud de los planes adicionales y establecerá las cuotas moderadoras y los copagos a que haya lugar, previa aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Constitución Política Nacional
2. Ley 100 de 1993
3. Ley 1122 de 2007
4. Ley 352 de 1997
5. Ley 60 de 1993
6. Ley 1259 de 1994
7. Ley 715 de 2001
8. Ley 755 de 2002
9. Ley 91 de 1989
10. Ley 352 de 1987
11. Decreto Ley 1214 de 1990
12. Decreto 806 de 1998
13. Decreto 3039 de 2007
14. Decreto 1486 de 1994
15. Decreto 045 de 2000
16. Decreto 2280 de 2004
17. Resolución 412 de 2000
18. Resolución 5261 de 1994
19. Resolución 2933 de 2006
20. Acuerdo 228 de 2002
21. Acuerdo 306 de 2005
22. Acuerdo 008 de 1994
23. GRANADOS C. Francisco. CD. Manual de normatividad en salud para el estudiante de auditoria. Medellín. 2005. CD. Trabajo de grado (especialización en auditoria en salud). Instituto de ciencias de la salud CES. Facultad de Medicina.
24. PALACIO Luis Fernando. Manual de seguridad social en salud y seguridad social. Editorial CES. Medellín.2000. 406 p.
25. QUIROZ, Hector. Fundamentos y legislación de la calidad y auditoria en salud. Ed Zuluaga. Colombia. 2001. 396 p.