

1. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL EN COLOMBIA

Elaborada por: Fanny Cisneros G.
Enfermera Especialista

ANTECEDENTES

La seguridad Social en Colombia se remonta a **1945** con la aparición de **la caja Nacional de previsión** y un año después con la creación del **Instituto colombiano del seguro social**.

Su desarrollo estuvo marcado por una fuerte diferencia entre el sistema que cubra a los trabajadores privados, denominado seguridad social, y el sistema de los funcionarios públicos, denominado prevención social.

El Instituto del seguro social, única institución, cubrió en forma monopólica a todos los funcionarios **del sector privado**, mientras que el sistema de **prevención social** se desarrollo en forma desarticulada en múltiples instituciones, conformándose **una caja de previsión** por cada empresa publica.

En consecuencia para el año 1991 aproximadamente existían 1200 cajas de previsión en todo el país, mientras que el Instituto del Seguro Social seguía siendo la única entidad encargada de la seguridad social para los trabajadores del sector privado.

De esta forma los funcionarios públicos estaban cubiertos en un 95% por el sistema de prevención, mientras que el 21% de la población económicamente activa y un 46% de la población asalariada estaban cubiertos por el Instituto del Seguro Social.

De acuerdo con lo anterior la Institución de la Seguridad Social, que permaneció vigente en Colombia por más de **cuatro décadas**, presento signos de deterioro y desigualdad reflejados en tres situaciones:

1. Cubrimiento mínimo de la población.
2. Inoportunidad e indeficiencia de los servicios prestados
3. El déficit financiero generalizado en el sistema.

Con el propósito de establecer un sistema al servicio del trabajador o afiliado como ente vital y asegurar el acceso efectivo de toda la población al desarrollo cuidado y atención de su salud, el gobierno sanciono **la ley 100 de diciembre 23 de 1993**, por la cual se crea el sistema de seguridad social Integral y se dictan otras disposiciones, que constituye la reforma e iniciativa social más importante del país en los últimos 50 años.

El nuevo sistema propuesto por la constitución Nacional de 1991 y consolidado a través de **la ley 100 de 1993** esta integrado por un conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de los que puede disponer el individuo y la comunidad, para gozar de un mejor nivel de vida.

Dicho sistema destinado a proporcionar protección integral a los habitantes del territorio nacional, es un derecho de carácter irrenunciable, que garantiza la

cobertura de los riesgos de invalidez, vejez y muerte (pensiones), salud y riesgos profesionales, a través de la vinculación a los siguientes subsistemas:

SISTEMA GENERAL EN PENSIONES (Libro primero)

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (Libro segundo)

SISTEMA GENERAL EN RIESGOS PROFESIONALES (Libro tercero)

SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS. (Libro cuarto)

DISPOSICIONES FINALES (Libro quinto)

Con respecto al sistema General de pensiones es esencial solo en aquellas actividades directamente vinculadas con el reconocimiento y pago de las pensiones.

2. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

2.1 Definición

El sistema General de seguridad social es salud es el conjunto de entidades publicas y privadas, normas y procedimientos destinados a garantizar a toda la población el servicio de salud en todos los niveles de atención.

El objetivo de este sistema es regular el servicio publico esencial en salud y crear las condiciones de acceso al mismo.

2.2 PRINCIPIOS QUE RIGEN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.

Equidad: El sistema proveerá servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, sin distinguir capacidad de pago o riesgo de enfermedad.

Obligatoriedad: La afiliación al sistema de seguridad social en salud es obligatoria para todos, siendo responsabilidad afiliar sus trabajadores y del estado facilitar la afiliación de quien carezca de este vinculo laboral o de capacidad de pago.

Protección Integral: El sistema brindará protección en salud a sus afiliados en las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, según lo previsto en el art. 162 de la ley 100 de 1993.

Libre Escogencia: El sistema permitirá que el usuario pueda escoger libremente la Empresa Promotora de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según la oferta de servicios.

Autonomía de las Instituciones: Las empresas promotoras de salud tendrán autonomía administrativa e independencia económica, salvo los casos previstos por la ley.

Participación Social: Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las Instituciones y del sistema en su conjunto.

Calidad: El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios, para garantizar a los usuarios atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua.

2.3 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La ley 100 de 1993 estableció un escenario en el cual la prestación de los servicios de la salud estará a cargo de diferentes entidades tanto públicas como privadas permitiendo a los usuarios la libre escogencia. En este sentido surge las entidades promotoras de salud (EPS), las instituciones prestadoras de servicios (IPS), el consejo nacional de seguridad social en salud (CNSSS) y la superintendencia nacional de salud (SNS).

2.3.1 Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Las EPS, son los núcleos organizativos básicos del sistema de seguridad social en salud, así mismo son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados del régimen contributivo y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Su función será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos por la ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de los correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía.

2.3.2 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

Las IPS son los hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud y todos los profesionales que agrupados o individualmente ofrecen sus servicios a través de las EPS.

2.3.3 Ministerio de Salud

Tiene como objetivo formula las políticas, estrategias, programas, y proyectos que orienten los recursos y las acciones del sistema general de seguridad social en salud; así como las normas científicas y administrativas pertinentes con miras al fomento de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Funciones:

- Programar la distribución de los recursos que corresponden a las entidades territoriales.
- Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo.
- Vigilar el cumplimiento de las apolíticas. Planes, programas, proyectos y demás normas.
- Asesorar las entidades e instituciones del sector salud.

- Fijar y cobrar tasas por expedición de permisos, licencias, registros y certificaciones.
- Dirigir y controlar la investigación sobre necesidades y recursos en materia de salud.
- Expedir las normas administrativas, en relación con temas y regímenes tarifarios para la prestación de los servicios en salud.
- Reglamentar la recolección, transferencia y difusión de la información.
- Elaborar estudios y propuestas por solicitud del CNSSS.

2.3.4 Consejo Nacional de seguridad social en Salud (CNSSS)

Es liderado por el Ministerio de Salud y es el director general del sistemas, organismos de concertación entre los diferentes integrantes; sus decisiones serán obligatorias y podrán ser revisadas periódicamente.

Funciones:

- Definir el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el manual de medicamentos esenciales
- Definir el monto de cotización
- Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación y sus variaciones según la edad, sexo y localización geográfica.
- Definir regímenes de copagos y cuotas moderadoras.
- Definir régimen de reconocimiento, pago de incapacidades
- Y licencias de maternidad.
- Definir las medidas para evitar la selección adversa de usuarios.

2.3.5 Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

Es una cuenta adscrita al ministerio de salud que tiene por objeto garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del sistema general de seguridad social en salud. Cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito.

2.3.6 Superintendencia Nacional de Salud (SNS)

Es un organismo adscrito al ministerio de salud. Tiene facultades para aplicar sanciones y cumple funciones de inspección, vigilancia y control, implementa mecanismos de evaluación de calidad científica de prestación de los servicios y control presupuestal del sector salud.

2.4 FINANCIACION DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

La financiación del sistema para el régimen subsidiado se realiza con base en el aporte efectuado por el estado, el cual cubrirá la atención en salud de la población sin capacidad

De pago (población pobre y vulnerable del país) que se encuentren afiliados a dichos regímenes.

El régimen contributivo se financia con el aporte que hace el trabajador dependiente, el empleador, el trabajador independiente o personas con

capacidad de pago para que él y su grupo familiar accedan a los beneficios contemplados en el SGSSS.

Por la organización y garantía en la prestación de los servicios incluidos en el POS a cada usuario, el sistema general de seguridad social en salud, reconocerá a cada EPS por cada afiliado a través del FOSYGA, un valor per cápita que se denominará Unidad de Pago por Capitación.

2.5 UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION (UPC):

Se establece en función de la enfermedad y el riesgo de enfermar, de los riesgos cubiertos y del valor de la prestación de los servicios.

Las entidades cuyos ingresos por cotización sean mayores que las unidades de pago por Capitación reconocidas, trasladarán estos recursos a la subcuenta de compensación para financiar a las otras entidades, que hayan presentado déficit en dicha compensación.

3. AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

3.1 REGIMEN SUBSIDIADO:

Personas sin capacidad de pago y su núcleo familiar. Pago con recursos fiscales o de solidaridad.

USUARIOS:

- a) Personas con nivel 1-2 de pobreza por el SISBEN (Sistema de selección de beneficiarios).
- b) Miembros de comunidades indígenas.

3.2 REGIMEN CONTRIBUTIVO:

Personas con capacidad de pago y sus familias. Pago en forma conjunta con empleador o individual.

3.2.1 COTIZANTE:

- a) Todos los nacionales o extranjeros residentes en Colombia Vinculados mediante contrato de trabajo.
- b) Los servidores públicos.
- c) Los pensionados del sector público o privado.
- d) Trabajadores independientes cuyo ingreso mensual sea mayor a 2 s.m.m.l.v.

3.2.2 BENEFICIARIOS:

- a) Cónyuge o compañero permanente.
- b) Hijo menor de 18 años.
- c) Hijo de 18 – 25 años estudiante de tiempo completo.
- d) Hijos con incapacidad permanente.
- e) Padres del afiliado.
- f) Padres de ambos cónyuges con aporte adicional.

- g) Parientes hasta tercer grado de consanguinidad y menores de 12 años (UPC-A)

3.2.3 AFILIACION DE MADRES COMUNITARIAS

La madre comunitaria es aquella persona que por su reconocido comportamiento social, moral, por su disposición en la atención de los niños y por su compromiso solidario y voluntario, con el programa de hogares comunitarios ha sido elegida por la asociación de padres o por la organización comunitaria para atender los hogares comunitarios. Su afiliación al régimen contributivo se realizará en forma individual. No podrán afiliarse ningún beneficiario. Si desean hacerlo deberán afiliarse como independientes y cotizar sobre 2 s.m.m.l.v. De lo contrario sus beneficiarios deberán afiliarse al SISBEN.

3.2.4 AFILIACION DE TRABAJADORES DEL SERVICIO DOMESTICO

Trabajador de servicio domestico es la persona natural que a cambio de una remuneración, presta su servicio personal en forma directa de manera habitual, bajo continua subordinación o dependencia, residiendo en el mismo lugar de trabajo, en la ejecución de tareas de aseo, cocina, lavado, planchado, vigilancia de niños, chofer, jardinería y demás labores inherentes al hogar. La afiliación del empleado de servicio domestico debe ser efectuada por el empleador. El ingreso base de cotización mínimo será el 50 % de un salario mínimo legal vigente.

No podrán afiliarse como trabajadores del servicio domestico las siguientes personas afiliarse como trabajadores del servicio domestico: a) El cónyuge o compañero permanente. b) Los parientes del empleador o de sus familiares hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad y primero civil.

3.2.5 PERSONAS CON REGIMEN ESPECIAL:

Son aquellas que se encuentran en el régimen de excepción tales como:

- Fuerzas militares.
- Policía Nacional.
- Miembros no remunerados de corporaciones publicas, cámara y congreso.
- Docentes afiliados al Fondo Nacional de prestaciones del Magisterio.
- Empleados y pensionados de ECOPETROL.

3.3 TRAMITES PARA HACER EFECTIVA LA AFILIACION

- a) **Inscripción a EPS.** Derecho atención de Urgencias, tto de embarazo, parto y puerperio y actividades de promoción y prevención, en las primeras 4 semanas.
- b) **Efectividad de la afiliación:** Cuando el cotizante realice el primer Pago y desde ese momento comienza a recibir todos los beneficios del POS como establece la ley.

- c) **Cobertura de la afiliación:** El ingreso de un afiliado cotizante tendrá efectos para la entidad administradora, desde el día siguiente al que se inicie la relación laboral, siempre que se entregue a esta debidamente diligenciado el respectivo formulario de afiliación. La cobertura durante los primeros 30 días será únicamente en los servicios de URGENCIAS, el resto de los servicios del Pos solo hasta un mes después siempre y cuando se efectué el pago de la cotización respectiva.

El trabajador independiente una vez inscrito y cancelada su primera cotización, tendrá derecho a recibir conjuntamente con su familia de manera inmediata la totalidad de los beneficios contemplados en el POS.

- d) **Periodo de Protección Laboral:** Una vez finalizada la relación laboral o pérdida de la capacidad de pago el trabajador y su familia tendrán derecho a los beneficios del POS por 30 días, si permaneció afiliado al sistema mínimo un año continuo si ha permanecido por 5 o más años tendrá derecho a 3 meses.
- e) **Pago de Aportes:** Para los trabajadores dependientes, el primer día del mes siguiente a la afiliación.
Para los trabajadores independientes, en el momento que se realiza el primer pago.
- f) **Carnet de Afiliación:** Todas las Entidades Promotoras de Salud están el la obligación de expedir un carnet a cada uno de sus afiliados del régimen contributivo o subsidiado, que será el documento de identificación. El carnet de afiliado tendrá validez hasta cuando el usuario sea desafilado o se traslade a otra EPS .El carnet de afiliación se deberá entregar a la totalidad de los usuarios inscritos en un termino no superior a tres días. La entrega de los carnet deberá realizarse a través de correo certificado. Alos cotizantes independientes se les hará entrega en el lugar de residencia y a los dependientes en la empresa.
- g) **Afiliaciones Múltiples:** Los afiliados no pueden estar afiliados a más de un régimen simultáneamente. Si se encuentra afiliado al régimen contributivo y subsidiado, se cancelará la afiliación al régimen subsidiado. Si la afiliación es como beneficiario y cotizante , se cancelará la inscripción como beneficiario. En más de una EPS , valdrá la primera afiliación. Un beneficiario en cabeza de dos cotizantes es valida la primera afiliación.
- h) **Interrupción de la afiliación:** Cuando el afiliado y sus beneficiarios residan temporalmente fuera del país, conservarán la antigüedad si reanudan el pago de los aportes durante el mes siguiente de su regreso al país, deberá aportar el porcentaje de solidaridad por todo el tiempo que estuvo fuera del país.

4. LA COTIZACION

La cotización es el aporte que hace el trabajador o el independiente con capacidad de pago para pertenecer al sistema de seguridad social en salud. La cotización para acceder al régimen es del 12% del INGRESO BASE DE COTIZACION. De este porcentaje (en el caso de trabajadores dependientes) las dos terceras partes de la cotización (8%) estarán a cargo del empleador y una tercera parte (4%) a cargo del trabajador.

EMPLEADOR 8%
TRABAJADOR 4%

Para el caso de trabajadores independientes y pensionados el monto total debe ser cancelado por el usuario cotizante.

Los profesores de establecimientos particulares de enseñanza cuyo contrato de trabajo se entienda celebrado por el periodo escolar, tendrán derecho irrenunciable a que el empleador efectué los aportes al Régimen Contributivo del Sistema General de seguridad social en salud por la totalidad del semestre o año calendario respectivo, según sea el caso, aun en el evento en que el periodo escolar sea inferior al semestre o año calendario.

4.1 INGRESO BASE DE COTIZACIÓN

Es la parte del salario del trabajador dependiente o independiente, que se tomara como base para el aplicar el aporte respectivo con el fin de realizar la cotización al Régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El ingreso base de Cotización, nunca podrá ser inferior a un salario mínimo en trabajadores dependientes y dos salarios mínimos en trabajadores independientes, ni mayor a 20 salarios Mínimos Mensuales legales vigentes.

- **MAXIMO :20 S.M.M.L.V.**
- **MINIMO :**

Trabajadores independientes: 2 S.M.M.L.V
Trabajadores Dependientes: 1 S.M.M.L.V.
Empleados Servicio Domestico:1/2 S.M.M.L.V
Madres Comunitarias: ½ S.M.V. o 2S.M.M.L.V.

4.1.1 DETERMINACION DEL INGRESO BASE DE COTIZACION

4.1.1.1 EN TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO O PUBLICO

Es el salario mensual devengado por el trabajador (remuneración ordinaria fija o variable en dinero o en especie). Se excluye de esta base el subsidio de Transporte .

EN TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO

- Asignación básica mensual.
- Gastos de representación.
- Remuneración por trabajo dominical o festivo.
- Trabajo suplementario de horas extras o realizado en jornada nocturna.
- Bonificación por servicios prestados.
- Si son factor de salario, las primas: técnica, ascensional, de antigüedad, de capacitación.

EN TRABAJADORES CON SALARIO INTEGRAL

- El Salario Integrales la suma de dinero pactada con el empleado que cubre de antemano el valor de todas las prestaciones, los recargos y beneficios que correspondan al trabajador.
- Solo es posible pactar un salario integral cuando el trabajador devengue una suma superior a 10 Salarios Mínimos Legales Vigentes.
- El Ingreso Base de Cotización se calcula sobre **el 70% del Salario Mensual**.

EN TRABAJADORES INDEPENDIENTES

Se considera trabajador independiente, a aquel que no se encuentre vinculado laboralmente a un empleador, mediante contrato de trabajo o a trabes de una relación legal y reglamentaria.

Así mismo, es trabajador independiente aquel que teniendo un vinculo laboral o legal y reglamentario , además de su salario perciba ingresos como trabajador independiente.

Su ingreso base de Cotización corresponderá al mayor valor que resulte entre la base que arroje el sistema de presunción de ingresos y su ingreso real (mínimo 2 salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes).

El ingreso real para fijar la base de cotización equivale al **35% del promedio mensual de los ingresos totales** recibidos durante el año anterior o la fracción de año correspondiente.

TRAJADORES EN HUELGA O SUSPENDIDOS TEMPORALES

- Para el calculo del Ingreso Base de Cotización, se tomara el ultimo salario base reportado antes de la huelga o suspensión temporal del contrato.
- Solo se deberá cancelar la parte del aporte correspondiente al empleador.
- En l caso de suspensión disciplinada o licencia no remunerada de los servidores públicos no remunerada de los servidores públicos no habrá lugar a pago de aportes a la seguridad social, salvo cuando se

levante la suspensión y haya lugar al pago de salarios por dicho periodo.

EN TRABAJADORES EN INCAPACIDAD LABORAL O LICENCIA DE MATERNIDAD

El ingreso Base Cotización corresponderá al ingreso base del mes calendario inmediatamente anterior a la fecha de iniciación de la incapacidad o licencia.

EN TRABAJADORES QUE DEVENGAN SALARIOS VARIABLES

- Base Mensual: Se tiene en cuenta todo lo devengado que constituya salario.
- Base para Incapacidades: Promedio de los últimos 12 meses reportados a la E.P.S. o fracción del tiempo que lleva cotizando.

EN TRABAJADORES EN VACACIONES Y PERMISOS REMUNERADOS

Se toma como base el ultimo salario base de cotización reportado.

PENCIONADOS

Se toma como base la mesada pensional.

EN TRABAJADORES DEL SERVICIO DOMESTICO

- Se toma como base el salario devengado con cada patrono.
- El Ingreso Base de Cotización No podrá ser inferior a medio salario mínimo mensual legal vigente.

EN MADRES COMUNITARIAS

- Para la determinación del IBC se tomara como base, el valor total de la bonificación mensual, el cual no podrá ser inferior a medio($\frac{1}{2}$) S.M.M.L.V. para la madre comunitaria que se afilie sin incluir a ningún beneficiario.
- El grupo familiar de la madre comunitaria es tenido en cuenta como población prioritaria para afiliación al régimen subsidiado. Se podrán incluir en el régimen contributivo si la Madre Comunitaria realiza el
- aporte correspondiente (el 12% sobre dos (2) S.M.M.L.V.).

4.2 PERIODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN Y PERDIDA DE LA CALIDAD DE AFILIADO

La EPS podrá mantener como política de la entidad de manera general a TODOS sus afiliados la calidad de afiliado hasta por seis meses de no pago de la cotización del trabajador independiente, preservando al cotizante los derechos de antigüedad frente al sistema.

Cuando se trate de trabajadores dependientes y se presente una mora superior a seis meses o cuando se produzca la desafiliación antes de doce meses de mora en el pago de las cotizaciones, el empleador y la EPS podrán celebrar Acuerdos de pago con garantías, mediante los cuales no se perderá la antigüedad en el sistema siempre y cuando se realicen los pagos completos, correspondientes al periodo de la mora y al corriente.

En aquellos eventos en los que el trabajador independiente o el empleador, incumpla con las obligaciones establecidas en los acuerdos de pago, la Entidad promotora de Salud deberá proceder a la suspensión inmediata de la prestación de los servicios de salud de los afiliados comprendidos en dicho acuerdo, aun cuando se cancele en forma oportuna e integral la cotización correspondiente al mes en curso. De igual manera se entiende que la persona pierde en forma automática los periodos de antigüedad que fueron habilitados temporalmente mediante el acuerdo de pago.

Es de anotar que la EPS suspenderá la afiliación después de un mes de no pago de la cotización y comunicara de manera previa al afiliado este hecho a través de correo certificado dirigido al ultimo domicilio registrado en la EPS.

PARA EL CASO DE BENEFICIARIOS ADICIONALES

Los beneficiarios adicionales serán desafiliados si el cotizante incurre en mora superior a 30 días.

Los cotizantes a quienes se les cancele su afiliación por falta de pago solo podrán incluir beneficiarios adicionales transcurridos 12 meses de pagos continuos desde su reintegro al sistema.

Los afiliados cotizantes que incurran en mora en los pagos continuos de sus afiliados adicionales no podrán afiliar nuevas personas adicionales durante los dos (2) años siguientes a la verificación de la conducta.

Los afiliados cotizantes no pueden incluir como afiliados adicionales personas que hubieran afiliado en calidad de adicionales durante los tres (3) años anteriores y respecto de las cuales no hubiera mantenido pagos continuos.

4.3 PERDIDA DE LA ANTIGÜEDAD

Los afiliados pierden la antigüedad acumulada en los siguientes casos:

- a) Cuando un afiliado cotizante incluya beneficiarios que deben ser reportados como cotizantes. En este evento perderán la antigüedad tanto el cotizante como los beneficiarios.
- b) Cuando un afiliado se reporta como empleador sin realmente serlo o cuando es reportado, a sabiendas, con salarios inferiores al real.

- c) Cuando un afiliado cotizante se afilie al Régimen Subsidiado sin tener el derecho correspondiente.
- d) Cuando un trabajador independiente a través de actos simulados pretenda cotizar como trabajador dependiente, creando una vinculación laboral inexistente para todos los efectos legales.
- e) Cuando se suspende la cotización al Sistema por seis meses continuos.
- f) Cuando el afiliado cotizante o beneficiario incurra en alguna de las siguientes conductas abusivas o de mala fe:
 - 1. Solicitar u obtener para si o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios.
 - 2. Solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos.
 - 3. Suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en forma deliberada, información falsa, incompleta o engañosa.
 - 4. Utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas mas bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadas y deducibles.

5. MOVIMIENTOS DENTRO DEL SISTEMA

5.1 TRASLADOS O CAMBIOS DE E.P.S.

Para tener derecho de traslado en el régimen contributivo, el usuario deberá permanecer como mínimo 24 meses en la misma E.P.S. , con los respectivos pagos continuos. La efectividad de la afiliación se produce en el momento en que se realiza el pago de la primera cotización.

5.2 TRASLADOS DE A.R.S.

El usuario deberá permanecer durante un año que corresponde al tiempo que dura la contratación con el estado. Para el retiro debe manifestarse después de 6 meses de afiliado y antes de 90 días de la terminación del periodo de contratación, mediante el diligenciamiento de un formulario. Las A.R.S. informarán a las alcaldías 60 días antes de iniciarse la nueva contratación. El usuario seleccionará la A.R.S. 30 días antes de iniciarse el periodo de contratación. Firmado el contrato y registrados presupuestamente quedan efectivamente afiliados los usuarios. Si durante 45 días de haber recibido el carnet no hay reclamos se queda en la A.R.S.

La población que por diversas circunstancias se traslada de municipio, debe informar a la A.R.S. y será atendido por la red pública del nuevo municipio con cargo a su U.P.C. por el periodo.

5.3 PERDIDA DE LA CALIDAD DE AFILIADO EN EL REGIMEN SUBSIDIADO

Cuando el usuario pueda pertenecer al régimen contributivo o por el uso fraudulento del carnet. (ver afiliaciones múltiples).

6. PLAN DE BENEFICIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Es el conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que brinda a los afiliados el S.G.S.S.S., con el propósito de mantener y recuperar su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general, maternidad y la incapacidad derivada de los riesgos de accidentes de trabajo o enfermedad profesional.

El plan de beneficios se compone de seis subsistemas.

- a) Plan de atención básica PAB.
- b) Plan Obligatorio de salud subsidiado POSS.
- c) Plan de Atención Complementaria en Salud PACS.
- d) Atención de Accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- e) Atención de Accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
- f) Plan de Atención Obligatoria en salud POS.

6.1 PLAN DE ATENCION BASICA PAB

Complementa las acciones previstas en el plan obligatorio de salud. Esta constituido por aquellas charlas de promoción, prevención y educación, que sea dirigen directamente a la colectividad o a los individuos con el objeto de mantener la salud, promover estilos de vida saludables, fomentar el auto cuidado y la solidaridad y diagnosticar en forma precoz personas con patologías y riesgos con altas externalidades o comunidades en caso de enfermedades endémicas o epidémicas.

6.2 PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO POSS

Es el conjunto básico de servicios que se presta a través de las EPS privadas, estatales y mixtas las empresas solidarias de salud y las cajas de compensación familiar debidamente autorizadas para administrar los recursos del régimen subsidiado.

6.3 PLAN DE ATENCION COMPLEMENTARIO PACS

Las entidades promotoras de salud, pueden ofrecer planes complementarios al plan obligatorio de salud, que comprenden actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables para el tratamiento de las enfermedades y que no están incluidos en el POSS, brindando condiciones adicionales de hotelería y tecnología, que son financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias bajo la modalidad del prepago.

6.4 ATENCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Esta atención se brinda a través de las administradoras de riesgos profesionales. La atención de salud derivada de enfermedades relacionadas con el trabajo de una persona o como consecuencia de un accidente de trabajo será cubierta por la EPS, pero su costo se cobrará a la correspondiente ARP quien también cubrirá las incapacidades, indemnizaciones y demás reconocimientos económicos a que halla lugar.

6.5 ATENCION DE ACCIDENTES DE TRANSITO

El sistema general de seguridad social en salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud derivada de accidentes de tránsito.

Los gastos que se generen por la atención de dichos eventos, serán cubiertos de la siguiente forma:

- Los primeros 500 SMMLV diarios, estarán a cargo del SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito).
- 300 SMMLV diarios adicionales estarán a cargo del FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA.
- Después de 800 SMMVL, el costo de la atención será cubierto por la EPS.

6.6 PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO P.O.S.

Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tienen derecho los afiliados al régimen contributivo.

Su contenido es definido por el consejo nacional de seguridad social en salud.

EL POS INCLUYE:

- a) Educación, información y fomento de la salud.
- b) Prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación en los diferentes niveles de complejidad.
- c) Suministro de medicamentos esenciales (manual de terapéutica del ministerio de protección social)

6.6.1 MEDICAMENTOS

Los medicamentos otorgados en el POS son aquellos que se encuentran en el manual de medicamentos y terapéutica expedido por el ministerio de salud. Los medicamentos que no aparezcan en este manual deben ser costeados por el usuario.

Este manual no incluye artículos suntuarios, cosméticos, líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, shampoo, jabones, leches, antisolares, drogas para la memoria, endulcorantes, enjuagues bucales, cremas dentales, y seda dental.

6.6.2 NIVELES DE COMPLEJIDAD DEL POS

Para acceder a los servicios del POS tanto como en la modalidad ambulatoria como hospitalaria, la prestación de servicios se organizó de acuerdo con cuatro niveles de complejidad definida por la tecnología utilizada en actividades y procedimientos y la especialización requerida de los profesionales médicos y paramédicos.

POR NIVEL DE ESPECIALIZACION

NIVEL I:

Atención por médico general, personal auxiliar o paramédicos y otros profesionales de la salud no especializados.

Atención Ambulatoria:

- Consulta y remisión a urgencias.
- Atención Odontológica
- Laboratorio clínico, radiológico.
- Citología
- Medicamentos esenciales.
- Acciones de prevención y promoción.
- Atención quirúrgica Ambulatoria.

Servicios de Internación:

- Atención no quirúrgica u obstétrica de bajo riesgo
- Los anteriores.

NIVEL II:

- Médico especialista o profesional paramédico con interconsulta.
- Remisión a, o asesoría de personal o recursos especializados.

Atención Ambulatoria especializada:

- Interconsulta o respuesta a remisiones
- Laboratorio clínico, radiología, ECG, EEG, Anatomía Patológica
- Endoscopias y ecografías.

NIVEL III:

Con aprobación de la EPS.

- Consulta especializada o interconsulta.
- Laboratorio, radiología, TAC, gama grafía medicina nuclear y ecografía
- Otros exámenes especiales y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

NIVEL IV:

Incluye patologías de alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tto. Atención con periodos mínimos de cotización.

- Transplante de órganos (cornea, corazón, riñón, medula ósea)
- Diálisis para insuficiencia renal
- Neurocirugía
- Reemplazos articulares
- Manejo del gran quemado
- Manejo paciente con VIH
- Quimioterapia y radioterapia
- UCI
- Tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas
- Cirugía de corazón
- Manejo del trauma mayor

6.6.3 CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS

Para acceder a cualquiera de los servicios de los niveles de complejidad del Plan Obligatorio de Salud, se considera como indispensables y de transito obligatorios las actividades y procedimientos / de **consulta de medicina general y o paramédica de primer nivel de atención**. Para el transito entre niveles de complejidad es requisito indispensable el procedimiento de remisión. Se exceptúan de lo anterior solamente las atenciones de urgencias y pediatría.

Así mismo para acceder a los servicios del plan obligatorio de salud, la ley 100 de 1993, estableció una serie de pagos que debe realizar los usuarios denominados copagos y cuotas moderadas, los cuales se aplicara teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante.

6.6.4 COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

CUOTAS MODERADAS

Es un aporte de dinero que tiene 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.

Se cobran en los siguientes eventos:

- a) Consulta externa medica, odontológica y especializada
- b) Medicamentos para tratamiento ambulatorio.
- c) Exámenes de laboratorio clínico y radiología.
- d) Urgencias no verdaderas.
- e) Exámenes de diagnostico por imagenologia, ordenados en forma ambulatoria perteneciente al nivel de atención.
- f) Atención de urgencias no verdaderas.

COPAGOS

Es el aporte que hace en dinero el usuario al utilizar un servicio, equivalente a una parte de su valor total. La finalidad es contribuir a la financiación del SGSSS.

Los Copagos para los beneficiarios del afiliado cotizante se aplicaran con base en el ingreso de este ultimo expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes.

No se cobra copago en los siguientes casos:

- a) Servicios de promoción y prevención
- b) Programas de atención materno infantil.
- c) Programa de control de enfermedades transmisibles.
- d) Atención inicial de urgencias.
- e) Enfermedades catastróficas.
- f) Los servicios por los que se paga cuota moderadora.

6.6.5. PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION

Existen dentro del POS, una serie de tratamientos aplicados a enfermedades o patologías considerados como catastróficas, las cuales tienen como requisito el haber permanecido en el sistema cierto numero de semanas como:

- Para el tratamiento de enfermedades catalogada como catastróficas o ruinosas del nivel IV en el P.O.S., se requiere haber cotizado como mínimo 100 semanas Sistema General de Seguridad Social en Salud (por lo menos 26 semanas deben haber sido pagados en el ultimo año).
- Para el tratamiento de enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo y que se encuentre catalogados en el Manual de Actividades, procedimientos e Intervenciones del POS, como el grupo 8 o superiores, se requiere haber cotizado como mínimo 52 semanas al, Sistema General de Seguridad Social de Salud (por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el ultimo año).
- Los afiliados adicionales están sujetos a periodos mínimos de cotización que se contarán desde su inclusión. Cuando se afilien adicionales con tratamiento en curso sujetos a periodos mínimos de cotización, el cotizante debe cancelar a la EPS los recursos necesarios para costear el tratamiento hasta que cumpla con las semanas requeridas.
- No se aplicaran los periodos mínimos de cotización a las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad, que se hagan en el primer nivel de atención, incluido el tratamiento integral del embarazo, parto, puerperio, como también la atención inicial de urgencias.
- En ningún caso podrá aplicarse periodos mínimos de cotización al niño que nazca estando su madre afiliada a una EPS. El bebe quedara automáticamente afiliado y tendrá derecho a recibir de manera

inmediata todos los beneficios incluidos en el POS-S, sin perjuicio de la necesidad de registrar los datos del recién nacido en el formulario correspondiente.

- En el Sistema General de Seguridad Social en Salud las EPS no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados. El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al sistema podrá estar sujeto a los periodos mínimos de cotización anteriormente enunciados.

6.6.6 ATENCION MATERNO INFANTIL

El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá el control prenatal, la atención del parto, la atención posparto y las atenciones relacionadas directamente con la lactancia.

Para los menores de un año el plan cubre la educación, información y fomento de la salud y de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de enfermedad incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación si se requiere.

6.6.7. ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades de salud publica y privada y a todas las personas independientemente de la capacidad de pago.

Su prestación no requiere contrato ni orden previa. Si el usuario carece de medios para el pago y no esta afiliado al régimen contributivo ni al subsidio el costo será reconocido por el Fondo de Solidaridad y Garantía.

6.6.8. EXCLUSIONES O PROCEDIMIENTOS NO CUBIERTOS POR EL POS

Existe una serie de procedimientos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, que no son cubiertos por el POS, los cuales se denominan exclusiones, dentro de este encontramos:

- Cirugía estética con fines de embellecimiento.
- Tratamientos Nutricionales con fines estéticos.
- Tratamiento para la Infertilidad.
- Tratamiento no reconocidos por las Asociaciones Medico-Científicas a nivel mundial o aquellas de carácter experimental.
- Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
- Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, plantillas, prótesis, y zapatos ortopédicos, sillas de ruedas y lentes de contacto. Se autoriza el suministro de lentes para anteojos una vez cada cinco años en adultos y

en los niños una vez cada año, siempre por prescripción médica y para defectos que disminuya la agudeza visual.

- Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizadas en el Manual de Medicamentos y Terapéutica.
- Tratamientos con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
- Transplante de órganos. No se excluyen el transplante renal, de médula ósea, de corazón y el de córnea, su realización estará sujeta a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías de Atención Integral.
- Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad y solo durante la fase inicial. Tampoco se excluye las terapias grupales. Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los 30 días de evaluación.
- Tratamientos de periodoncia, ortodoncia y prótesis en la atención odontológica.
- Tratamientos para varices 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. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la disfuncionalidad y la incomodidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías de Atención Integral.
- Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo de la enfermedad y sus secuelas.
- Actividades, intervenciones y procedimientos no autorizados expresamente en la resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS).

6.6.9. INCAPACIDADES Y RECONOCIMIENTOS ECONÓMICOS

Se entiende por incapacidad el estado de inhabilidad física o mental de una persona que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio habitual.

La incapacidad se reconocerá a afiliados cotizantes únicamente y esta podrá originarse por: Accidentes de Trabajo, Accidentes Común, Accidente de Tránsito, Enfermedad Profesional o Enfermedad General.

En todo caso la incapacidad deberá estar soportada por la prescripción profesional certificada por el medico u odontólogo tratante adscrito a SaludCooop, en caso de no serlo dicha incapacidad deberá transcribirse en nuestra EPS para su validez.

Para acceder a las prestaciones económicas generadas por la incapacidad por enfermedad general, los trabajadores dependientes e independientes deberá haber cotizado, un mínimo de 4 semanas en forma ininterrumpida y completa.

Nota: Estas prestaciones no se reconocerán cuando las mismas se originen en tratamientos con fines estéticos o sus complicaciones.

INCAPACIDADES POR ENFERMEDAD GENERAL

Estarán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los tres primeros días de incapacidad laboral originada por enfermedad general, tanto en el sector publico como en el privado. En ningún caso dichas prestaciones serán asumidas por las entidades Promotoras de Salud o demás entidades autorizadas para administrar el régimen contributivo en el SGSSS a las cuales se encuentren afiliados los incapacitados.

INCAPACIDAD AMBULATORIA

La liquidación de la incapacidad ambulatoria se hará efectiva a partir del cuarto día siempre y cuando no sea prorroga de otra, es decir que no exista un periodo mayor de 30 días entre las fechas de expedición de cada una de las incapacidades y estas correspondan a la misma enfermedad.

INCAPACIDAD HOSPITALARIA

La incapacidad hospitalaria se hace efectiva desde el mismo día de la internación, y puede prorrogarse hasta por 180 días.

Los primeros 90 días se liquidaran con base en las dos terceras partes del Ingreso Base de Cotización del mes anterior a la fecha de expedición de la incapacidad.

A partir del día 91 y hasta los 180 días de incapacidad, esta se liquidara con base en la mitad del Ingreso Base de Cotización mencionado.

INCAPACIDADES POR LICENCIA DE MATERNIDAD

La incapacidad por licencia de maternidad es el reconocimiento que hace el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo a la progenitora del recién nacido, a la madre adoptante del menor de 7 años o al padre adoptante cuando este carezca de cónyuge o compañero permanente.

Por la licencia de maternidad se reconocerá un subsidio por 84 días (12 semanas), para tal fin el pago se reconocerá siempre y cuando la afiliada halla cotizado al sistema como mínimo un periodo igual al de la gestación.

En caso de parto normal o cesaria se tomara para su liquidación el 100% del salario que devengue la madre cotizante al momento en que entra a disfrutar del descanso.

Cuando exista relación laboral y se cotice un periodo inferior al de la gestación en curso o no se cumplan con las condiciones previstas, el empleador deberá cancelar la licencia correspondiente a la afiliada cotizante.

PAGO DE INCAPACIDADES

En Trabajadores Dependientes

- En servicio al cliente de nuestra EPS se liquidaran la incapacidad a que halla lugar.
- El empleador pagara por nomina al empleado el valor de la incapacidad.
- El valor de la incapacidad podrá desconcertarse en los próximos dos meses a través de las plantillas de auto liquidación de aportes siguientes, adjuntando como soportes, la incapacidad.

En Trabajadores Independientes

- En servicio al cliente de nuestra EPS se liquidaran la incapacidad a que halla lugar.
- El usuario descuenta el valor de la incapacidad en el primer mes, a través de la consignación para trabajadores independientes. Y anexa el original del Certificado de Incapacidad.
- El saldo a favor del afiliado independiente a que halla lugar, deberá solicitarse mediante una cuenta de cobro.
- Se girara el valor respectivo dentro de los cinco días hábiles siguientes contados a partir de la recepción del pago de la cotización en salud.

7. LAS VEEDURIAS COMUNITARIAS

Las veedurías son un mecanismo de representación que facilita la concertación, la vigilancia y el control de la cuestión publica. Es un deber de las personas y de las comunidades.

¿ Que Hacen los Veedores Comunitarios?

Informan y recomiendan a través de:

- Audiencias publicas
- Consultas previas
- Derecho de petición (art. 23 de la constitución)
- Acción de tutela
- Acciones populares y de cumplimiento

FUNCIONES:

- Llevar las cuentas de los proyectos con el contratista y el interventor.
- Llevar a cabo la fiscalización de proyectos, planes, conducta de los funcionarios y control de la calidad.
- Rendir informe de su veeduría a su comunidad y funcionarios públicos de Minsalud y Superintendencia entre otros.

¿Quien puede ser veedor?

Cualquier persona residente en el municipio, en forma individual o en grupo.

¿Quien no puede ser veedor?

- Funcionarios públicos.
- Personas que ocupen o hayan ocupado cargos de elección popular.
- Contratistas o empleados de contratistas.
- Personas que estén siendo objeto de investigación judicial o disciplinaria.

Popayán, Febrero de 2003