



TODOS LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE EL PLAN DE BENEFICIOS - POS



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C

Teléfono 3305000

www.minsalud.gov.co

EQUIPO RESPONSABLE DEL BOLETÍN
“TODO LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE EL PLAN DE
BENEFICIOS - POS”

FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO

Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

MD OLINDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ

Subdirectora de Beneficios en Aseguramiento.

MD EDELBERTO GÓMEZ VERGARA

Profesional Especializado

O.D. Psic. JUAN PABLO MURILLO ROJAS

Asesor

CINDY PAOLA JIMÉNEZ SOTO

Comunicadora Social

Ministerio de Salud y Protección Social

Bogotá D.C. Noviembre 2014

Este boletín se puede reproducir total o parcialmente y distribuir sin previa autorización de la entidad siempre y cuando se cite la fuente.



MINSALUD

DOCTOR ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

DOCTORA CARMEN EUGENIA DÁVILA

Viceministra de Protección Social

DOCTOR GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO

Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

DOCTORA OLINDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ

Subdirectora de Beneficios en Aseguramiento

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	5
2.	GENERALIDADES DEL PLAN DE BENEFICIOS	6
3.	CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	8
4.	COBERTURA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	9
5.	COBERTURA PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD	10
6.	CUIDADOS PALIATIVOS	23
7.	COBERTURAS DIFERENCIALES Y PREFERENTES PARA MENORES DE 18 AÑOS	23
8.	COBERTURAS ESPECIALES PARA COMUNIDADES INDÍGENAS	25
10.	RECONOCIMIENTO POR PARTE DE LAS EPS DE PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS	25
11.	EXCLUSIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS	26
12.	COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS Y CUOTAS DE RECUPERACIÓN	26
13.	NEGACIÓN DE SERVICIOS	30
14.	REEMBOLSOS	30
15.	PRESTACIONES ECONÓMICAS	32
16.	SERVICIOS NO POS Y COMITÉ TÉCNICO Y CIENTÍFICO - CTC	32

1 INTRODUCCIÓN

Este documento tiene como finalidad organizar y difundir los conceptos relacionados con la cobertura del Plan de Beneficios-POS, que emite la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, en desarrollo de sus funciones.

El documento contiene las preguntas y respuestas más frecuentes que realizan los diferentes actores.

Se presentan las preguntas y respuestas utilizando un lenguaje claro, sencillo, directo y acorde a las necesidades particulares y generales de cada uno de los tipos de vinculación al Régimen Subsidiado y Contributivo, mediante una clasificación de preguntas y respuestas complementado con un glosario, en donde se explican los conceptos básicos y las dudas más comunes y frecuentes que tienen los usuarios cada vez que no encuentran respuestas claras por parte de las EPS en donde se encuentran afiliados. Para garantizar que esta

información esté disponible a todos los colombianos interesados en temas del POS, podrá ser consultada en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los temas tratados, comprenden los principales ajustes realizados en la actualización del POS, así como las consultas allegadas a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, para que en ejercicio de su competencia expliquen y den claridad sobre los contenidos y alcances del Plan de Beneficios. La claridad y sencillez con la que se explican los contenidos del POS, sirven como guía de consulta para que la ciudadanía en general pueda ejercer su derecho a la salud, siendo nuestro principal derrotero, enmarcado en la contribución y aporte al Gobierno Nacional de alcanzar la equidad social.

2 GENERALIDADES DEL PLAN DE BENEFICIOS

¿Qué es el Plan de Beneficios - POS?

Plan de Beneficios, es el conjunto de servicios para la atención en salud que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho.

¿Cuál es la finalidad del Plan de Beneficios - POS?

El plan de Beneficios busca la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.

¿Cómo puedo saber a qué tengo derecho en el Plan de Beneficios - POS?

El Plan de Beneficios se encuentra contenido en los actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social; con los anexos que hacen parte del mismo. Para mayor información consulte el siguiente link:

https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Resoluciones.aspx

¿Quiénes reciben los beneficios del POS?

Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS; ya sean estos cotizantes o beneficiarios.

¿Quiénes son cotizantes y quienes beneficiarios?

Cotizantes son los trabajadores con contrato laboral, contratistas e Independientes obligados a cotizar así como aquellos que cotizan en forma voluntaria.

Beneficiarios de conformidad a lo establecido en el Decreto 806 de 1998 y el Decreto 1164 de 2014, son:

- En el Régimen Contributivo. Además del cotizante pueden estar inscritos como beneficiarios del POS los familiares en primer grado de consanguinidad: el cónyuge y los hijos menores de 18 años o menores de 25 años estudiantes con dedicación exclusiva a esta actividad (con excepción de los que tengan una relación laboral o contrato formal de prestación de servicios). En algunos casos especiales (dependientes económicamente del cotizante) se puede incluir hijos, padres y hasta familiares en tercer grado de consanguinidad.
- En el Régimen Subsidiado son beneficiarios del POS todos los afiliados con su grupo familiar.

¿Cómo es la afiliación a la EPS para el Régimen Contributivo?

Cada cotizante escoge la Entidad Promotora de Salud - EPS de manera libre y voluntaria. En el caso de los empleados, la empresa no debe influir en esta decisión. Los servicios de salud del POS se prestan a través de las EPS.

¿Qué deberes tiene el cotizante empleado o independiente?

El uso adecuado de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud conlleva un conjunto de obligaciones para el cotizante, como las siguientes:

- De afiliación: para utilizar los servicios de la EPS es necesaria la afiliación personal y del grupo familiar.
- De información: presentar los documentos necesarios, informar las novedades.
- Económicos: hacer los pagos correspondientes y en forma oportuna.
- De respeto y cuidado: al personal encargado de la atención y a los recursos físicos que se utilizan.

¿Qué es el Régimen Subsidiado?

El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más vulnerable, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud cubiertos por el POS a través de una EPS mediante un subsidio que ofrece el Estado.

¿Qué debo hacer para afiliarme al Régimen Subsidiado?

Debe dirigirse a la Secretaría de Salud del ente territorial en su sitio de residencia, donde le informarán los trámites a seguir.

¿En qué casos hay desafiliación a la EPS?

La desafiliación a la EPS se presenta, en general, como sanción por faltas disciplinarias del cotizante: por conductas abusivas o de mala fe (como afiliación de beneficiarios falsos), suspensión en el pago por un periodo mayor a seis meses y en caso de muerte del cotizante cuando los beneficiarios no reportan de manera oportuna.

¿En qué casos hay suspensión del servicio?

La suspensión de los servicios es temporal y se presenta cuando no se entrega la información completa o no se paga la cotización de manera oportuna (después de un mes de no pago).

3 CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

¿Con qué médico se realiza la primera consulta o puerta de entrada al Sistema en el POS? y ¿en qué casos puedo consultar directamente con el especialista?

La puerta de entrada del afiliado a los servicios del POS se hará en forma directa a través de urgencias o la consulta médica y odontológica no especializada.

Los menores de 18 años o mujeres en estado de embarazo podrán acceder en forma directa a la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar sin requerir remisión por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita.

¿Cómo puedo acceder a servicios especializados de salud en el POS?

Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de

las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema señaladas en la pregunta anterior, sin que ello se constituya en pretexto para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

¿A cuántas consultas en el año tengo derecho?

El usuario no tiene límites sobre el número de consultas al año, aunque, la Resolución 5261 de 1994, establece que de acuerdo con las frecuencias nacionales, un usuario consulta normalmente al médico general en promedio dos (2) veces por año, ninguna EPS puede usar esta referencia para limitar el número de consultas de un afiliado en el año.

¿Qué tiempo debe dedicar el médico a un paciente en consulta externa?, ¿Cuál es la duración mínima de la consulta médica?

El artículo 97 de la Resolución 5261 de 1994 que se encuentra vigente, establece que la consulta no debe ser menor de veinte (20) minutos.

¿Por consulta médica externa a qué tipo de especialidad tengo derecho en el POS?

Los afiliados al Régimen Contributivo y al Subsidiado tienen derecho a todas las especialidades médicas autorizadas para ejercer en el País, de acuerdo con la patología que presente.

¿A qué consultas con profesionales no médicos tengo derecho?

Tiene derecho a consulta con cualquier profesional del área de la salud autorizado para realizar consultas como por ejemplo: enfermera, psicólogo, nutricionista, odontólogo, terapeuta física, terapeuta ocupacional, terapeuta respiratoria, terapeuta del lenguaje y optómetra.

¿Las personas de la tercera edad tienen prelación para la atención por parte de las EPS?, ¿Cuánto puede demorar la EPS la asignación de citas médicas a las personas mayores de 62 años?

Sí, a los afiliados mayores de 62 años, según la Ley 1171 de 2007, sin perjuicio de los derechos que les asisten a los niños y a las niñas, las Empresas Promotoras de Salud deberán asignar los servicios de consulta externa médica, odontológica y por médico especialista y apoyos diagnósticos dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de estos usuarios. Igualmente por disposición de esa misma Ley, en los centros de atención, las EPS deben disponer de una ventanilla preferencial para

estos usuarios con el fin de facilitar y agilizar las gestiones que realicen. Por su parte, el Decreto 019 de 2012 en su Artículo 123 establece que para la programación de citas de consulta general, la asignación de estas no podrá exceder los tres (3) días hábiles contados a partir de su solicitud.

4 COBERTURA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

¿Qué cubre el POS para la promoción de la salud?

El POS cubre toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles.

¿El POS me cubre vacunas?

Es responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud garantizar el acceso y la administración de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunización - PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección

Social y según las normas técnicas aplicables. También es responsabilidad de las EPS la aplicación y cobertura de aquellas vacunas descritas en la normatividad vigente del listado de medicamentos del POS.

¿El condón masculino se encuentra cubierto en el POS?

El Plan de Beneficios cubre el condón masculino de látex para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS, VIH/SIDA y planificación familiar, de conformidad con las normas que reglamentan la materia (Resolución 412 de 2000 y Resolución 769 de 2008). Para ser cubierto el condón masculino por el Plan de Beneficios debe ser formulado a través de la consulta de planificación o consejería para los casos de infección de transmisión sexual.

5 COBERTURA PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD

¿El POS me cubre la atención en urgencias?

La atención inicial de urgencias deberá ser garantizada en cualquier parte del territorio nacional, su cobertura estará a cargo de las EPS aunque no exista contrato o convenio con el prestador de servicios de salud.

La atención de urgencias será cubierta en caso de ser necesario con todas las prestaciones descritas en el POS, teniendo en cuenta el resultado del Sistema de Selección y Clasificación de Pacientes en Urgencias, triage.

¿Qué es la atención inicial de urgencias?

Es la atención que se presta a un paciente con una urgencia para estabilizar sus signos vitales (respiración, latidos del corazón, tensión o presión arterial), hacerle un diagnóstico y determinar el destino (lugar al cual se debe llevar) con el fin de evitar la muerte o un daño mayor en su salud.

¿Quién tiene la obligación de prestar los servicios de salud en la atención inicial de urgencias?

Cualquier hospital, clínica o centro de salud que tenga habilitado el servicio de urgencia está obligado a prestar la atención inicial de urgencias con cargo a la EPS.

¿El POS me cubre la hospitalización?

El Plan de Beneficios cubre la atención con internación (hospitalización) en habitación compartida (salvo que por criterio del médico tratante este indicado el aislamiento donde se cubrirá habitación individual), en los servicios y unidades habilitadas para tal fin.

¿El POS cubre la internación en unidades especiales?

El POS cubre cuando sean requeridas y de conformidad con el criterio del médico tratante o el médico responsable de la unidad, la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados.

¿Qué incluye el servicio de hospitalización?

Se tiene derecho a un servicio de hospitalización que cumpla como mínimo con las normas de calidad vigentes. La norma actual que define los criterios de habilitación es la Resolución 2300 de 2014.

¿A cuántos días de hospitalización se tiene derecho en el POS?

El afiliado tiene derecho a todos los días de atención con internación que necesite de acuerdo con las consideraciones del médico tratante, en los servicios y unidades habilitadas para tal fin. Salvo lo establecido en la cobertura de salud mental para el POS.

¿Tengo derecho a que me hospitalicen en habitación individual?

El POS reconocerá a sus afiliados una estancia en habitación compartida, salvo que el profesional tratante recomiende la internación en habitación unipersonal o en servicio de aislamiento por razones médicas.

¿Dentro del servicio de hospitalización tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado se encuentra contemplado el acompañante?

No. En las normas que regulan el Plan de Beneficios no hay alusión alguna a acompañantes y en consecuencia los gastos de estancia, transporte o desplazamiento de estos, no hacen parte de las prestaciones del Plan de Beneficios.

¿Si requiero de un acompañante, la IPS se puede negar a que se quede en la habitación un acompañante y cuál es la justificación para que esto pase?

Cada Institución Prestadora de Servicios de Salud define sus protocolos de atención o guías de atención y en ellos se contemplan las condiciones del acompañante.

¿A qué se tiene derecho en la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)?

Se tiene derecho a los servicios de hospitalización en la UCI incluyendo además de los servicios básicos, la atención médica de especialistas en cuidados intensivos, cardiología y medicina interna, de personal paramédico, la utilización de los equipos de: monitoria

cardioscópica y de presión, ventilación mecánica de presión y volumen, desfibrilación, cardioversión y la práctica de los electrocardiogramas, electroencefalogramas, gagesimetrías y demás que se requieran.

¿El POS cubre la atención domiciliaria?

El POS cubre la atención en la modalidad domiciliaria como una alternativa a la atención con internación hospitalaria, en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante bajo las normas de calidad vigentes.

Esta cobertura es sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios de asistencia sean prestados por personal de salud.

¿Tengo derecho a medicina y terapias alternativas y complementarias?

Las EPS están en libertad de ofrecer en su red de servicios atención con terapias alternativas a los afiliados cotizantes y beneficiarios por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando éstas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia. Merece señalar que la acupuntura y terapia neural, se encuentran

descritos dentro del listado de procedimientos del POS.

¿Qué normas reglamentan las terapias alternativas?

Las normas sobre terapias alternativas son las contenidas principalmente en la Resolución 2927 de 1998 de la cual destacamos que en los artículos cuarto y quinto se señala:

“Artículo 4º. Del recurso humano. Las terapias alternativas, sólo podrán ser ejercidas por médicos titulados en universidades reconocidas por el Estado de acuerdo con la Ley 14 de 1962, con formación específica en la o las terapias alternativas que practique, y que acrediten el registro profesional vigente. Los demás profesionales de la salud que sean responsables de la atención directa de las personas podrán utilizar procedimientos de las terapias alternativas en el ámbito exclusivo de su profesión, para lo cual deben contar con el registro profesional vigente y la formación específica.

Artículo 5º. De la vinculación. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Promotoras de Salud y las que se asimilen, podrán vincular profesionales de la salud con formación en terapias alternativas para la atención de las personas, de acuerdo con la normatividad vigente.”

La Ley 1164 de 2007, Ley de Talento Humano, reconoce en los artículos 19 y 20 el ejercicio de las medicinas y terapias alternativas y complementarias, así como el ejercicio de las culturas médicas tradicionales.

¿Qué procedimientos me cubre el POS?

El Plan de Beneficios cubre los procedimientos descritos en la normatividad vigente del Plan de Beneficios.

¿La anestesia está incluida en el POS?

El Plan de Beneficios cubre los procedimientos de analgesia, anestesia y sedación, cuando se requiera para la realización de los procedimientos descritos en el POS, por lo que está también incluida en la atención del parto.

¿Qué es un Trasplante?

El trasplante es un tratamiento médico quirúrgico en el que las células, órganos o tejidos de un donante vivo o fallecido, pueden reemplazar células, órganos o tejidos enfermos.

¿Qué trasplantes cubre el POS?

El POS cubre los trasplantes de riñón, corazón, hígado, médula ósea y córnea.

¿El POS qué me cubre cuando se necesitan trasplantes?

Para la realización de los trasplantes cubiertos en el POS la cobertura incluye las tecnologías complementarias necesarias descritas de la siguiente manera:

1. Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante identificado como efectivo.
2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.
3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Preparación del paciente y atención o control post trasplante.
6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.
7. Los medicamentos incluidos en el anexo 1 del Plan de Beneficios de

Salud, además las Entidades Promotoras de Salud no están obligadas a asumir el valor de los estudios realizados en donantes no efectivos.

¿El POS incluye los injertos?

El Plan de Beneficios cubre los injertos necesarios para los procedimientos descritos en el POS, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos. Se cubren también los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

¿Está incluida la Cirugía Bariátrica en el POS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado?

La cirugía bariátrica no está cubierta en el POS. La cirugía bariátrica comprende múltiples procedimientos laparoscópicos como la banda gástrica, la manga gástrica, el balón intragástrico, entre otras, de los cuales ninguno está cubierto por el Plan de Beneficios POS.

¿Las prótesis totales dentales están dentro del POS?

El Plan de Beneficios cubre las prótesis dentales mucosoportadas totales (cajas de dientes completas), éstas deben incluir la inserción, adaptación y control de la prótesis mucosoportadas total superior e inferior, de acuerdo con la indicación clínica del odontólogo tratante. Para obtener la cobertura de esta prótesis, los afiliados cotizantes al Régimen

Contributivo deben tener un ingreso base de cotización igual o inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Esta cobertura se extiende a los beneficiarios debidamente registrados de estos cotizantes. En el Régimen Subsidiado están cubiertas para todos los afiliados.

¿Qué servicios odontológicos se encuentran incluidos en el POS?

El Plan de Beneficios cubre los procedimientos como: las obturaciones dentales (calzas), endodoncia (tratamientos de conductos), cirugía oral y maxilofacial (extracciones de dientes y otros procedimientos) que realice el odontólogo, así como las prótesis mucosoportadas totales (caja de dientes) tal como se encuentra descrita en el Plan de Beneficios - POS.

¿La exodoncia de los terceros molares (extracción de cordales), está incluida en el POS?

El Plan de Beneficios, cubre la exodoncia de los últimos molares permanentes, independiente en la posición en que se encuentren, siempre y cuando no tengan fines estéticos.

¿Qué tipos de radiografías odontológicas están incluidas en el POS?

El Plan de Beneficios-POS cubre los siguientes estudios radiográficos para odontología:

- Panorámica (ortopantomografía) para maxilares superior e inferior
- Maxilar Superior e Inferior
- De Articulación Temporomaxilar (ATM)
- Intraorales (Oclusales, Periapicales y Coroneles incluyendo el juego completo)

Estos estudios se encuentran cubiertos en el POS siempre y cuando no tengan fines estéticos.

¿Qué cubre la EPS en todo lo relacionado con la prevención en odontología?

La EPS, debe garantizar todo lo que incluye en la “Norma técnica para la atención preventiva en salud bucal”, para disminuir el riesgo que aparezcan las principales enfermedades odontológicas como lo son: la caries y los problemas de encías, que incluyen el control de placa bacteriana, detraje supragingival (control mecánico de placa). También se encuentra cubierta la aplicación de flúor y de sellantes para los menores de 18 años.

¿El tratamiento de conducto está incluido en el POS?

En el Plan de Beneficios se encuentra incluido como terapia de conducto radicular en diente: unirradicular, birradicular o multirradicular (tratamientos de conducto o endodoncia).

¿Tengo derecho a las calzas dentales en resina de fotocurado?

El Plan de Beneficios cubre las obturaciones dentales en resina de fotocurado (calzas blancas), en cualquier diente, premolar o molar, ya sea para la reconstrucción de ángulo incisal, del tercio incisal con resina de fotocurado y no existe ninguna limitación en el POS en cuanto al número de obturaciones o superficies a colocar de conformidad con la recomendación del profesional tratante.

¿Qué es un medicamento?

Es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación o paliación de la enfermedad.

¿Qué es principio activo?

Cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura

o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo. Se describe con la Denominación Común Internacional (D.C.I.) recomendada por la Organización Mundial de la Salud como nombre o denominación común usual o científica del medicamento. Ejemplo: La Aspirina es el nombre comercial y el principio activo es el ácido acetil salicílico.

¿Qué es una forma farmacéutica?

Preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado, para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: Jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

¿Qué es concentración?

Es la cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica. Ejemplo: Acetaminofén jarabe de 150 mg/5 ml (3%); para este medicamento: su principio activo es Acetaminofén, su forma farmacéutica es jarabe y la concentración es 150 mg/5 ml (3%).

¿Qué medicamentos cubre el POS?

El POS cubre los medicamentos en la normatividad vigente del Plan de

Beneficios, que cumpla con las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico si se encuentra descrito en la columna de aclaración de dicho anexo.

¿Cómo sé que mi medicamento está cubierto por el POS?

Según lo señala el Plan de Beneficios, el medicamento que se analiza debe coincidir tanto en principio activo, concentración y forma farmacéutica con los descritos en la normatividad vigente y debe utilizarse en los usos que la columna de aclaraciones señala como cuando no se hace una aclaración específica, se considera cubierto para todas las indicaciones aprobadas en Colombia.

¿El Código ATC o del Registro sanitario de un medicamento otorga su cobertura por el POS?

No, el Código ATC no establece cobertura. La codificación de medicamentos hace referencia a la Clasificación Anatómica Terapéutica-ATC sin que esta codificación establezca la condición de un medicamento de ser POS o NO POS. La cobertura está dada por lo descrito en el Plan de Beneficios.

¿Cuáles son las concentraciones aprobadas por el POS para los medicamentos cubiertos?

El POS señala en el listado de medicamentos, las concentraciones

aprobadas para cada principio activo y forma farmacéutica. Se entienden cubiertas todas las concentraciones cuando así se describe en la normatividad vigente. Cuando señala una concentración específica, es dicha concentración la cubierta por el POS y en los casos de jarabes, suspensiones y soluciones (orales, inyectables, entre otras), se consideran cubiertas las concentraciones descritas en el listado de medicamentos del POS y todas aquellas que sean equivalentes a la cantidad de principio activo por mínima unidad de medida (principio activo por cada mililitro), con las descritas en dicho anexo. Por ejemplo, si el listado señala 10 mg/2 mL, el POS cubre las concentraciones equivalentes como: 5 mg/mL, 20mg/4 mL; 40 mg/8 mL, etc. En cuanto a formas farmacéuticas que se comercializan como polvos estériles para reconstituir una solución inyectable, se consideran cubiertos tanto el polvo estéril para reconstituir, como las presentaciones comerciales de solución inyectable ya reconstituida, siempre y cuando coincidan con las siguientes condiciones: principio activo, concentración; forma farmacéutica y uso específico cuando se encuentre descrito en la norma vigente. Por ejemplo si el POS señala una concentración de 450 mg para un polvo estéril para inyección, la solución reconstituida que contenga 450 mg totales de principio activo en el vial, también se considera cubierta.

¿Para que me sea cubierto un medicamento por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ¿cómo me

deben prescribir o formular ese medicamento?

Para que sea cubierto un medicamento incluido en el POS además de encontrarse descrito en la norma vigente, debe cumplir con los contenidos de la prescripción, según lo dispuesto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005, y utilizando exclusivamente para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico).

¿Las EPS sólo me deben dar medicamentos genéricos o pueden darme el comercial si se requiere?

El médico debe prescribir en la Denominación Común Internacional - DCI (nombre genérico), el servicio farmacéutico de la IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) contratado por la EPS, debe dispensar el medicamento independientemente de que el medicamento sea comercializado por su nombre genérico o de marca. En todo caso, la EPS debe garantizar a sus afiliados el acceso oportuno a los medicamentos que se encuentren en el Plan de Beneficios cualquiera que sea su denominación comercial (genérica o de marca).

¿Qué pasa si el médico me formula un medicamento de determinada marca pues me dice que las otras marcas o productos comercializados con nombre genérico son de mala calidad o no dan los resultados requeridos en mi caso, pero

la EPS insiste en suministrarme no el de esa marca?

El médico está en la obligación informar al INVIMA los problemas relacionados con la calidad de un producto farmacéutico que incluye los posibles fallos terapéuticos. Hasta que no se demuestre lo contrario, científicamente todo medicamento con registro del INVIMA tiene la calidad necesaria para su consumo humano. Las EPS no están obligadas a suministrar determinadas marcas registradas de medicamentos, pero si están en obligación de brindar los servicios con la mejor calidad posible conforme los recursos disponibles en el País y en el sistema. Únicamente en el caso de medicamentos de estrecho margen terapéutico se debe tratar de no cambiar el fabricante del medicamento (genérico o marca registrada) con el cual se inició tratamiento, sin embargo, si es necesario se debe garantizar un adecuado monitoreo clínico y paraclínico. Sin perjuicio de lo anterior, el médico debe realizar la prescripción en Denominación Común Internacional.

¿Qué es medicamento esencial?

Es aquel que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de mortalidad (causas de muerte) y morbilidad (causas de enfermedad) de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del País. Según lo descrito en

el Decreto 677 de 1995 corresponde a los contenidos en el listado de medicamentos del Plan de Beneficios, POS, del Sistema de Seguridad Social en Salud.

¿La EPS está obligada a suministrar un medicamento cuya presentación no se encuentre como tal dentro del POS, por ejemplo me formulan un jarabe y está en tabletas en el POS?

No, la EPS está en la obligación de garantizar el suministro de los medicamentos con en el mismo principio activo, concentración y forma farmacéutica y uso específico (en los casos que se encuentre descrito) que se encuentra dentro del POS. Pero existe el mecanismo de presentarlo ante el Comité Técnico Científico - CTC de la EPS para que sea aprobado por este, de acuerdo con lo contemplado en la Resolución 5395 de 2013.

¿Existe alguna norma que regule la entrega de medicamentos para el adulto mayor?

Ley 1171 de 2007 Artículo 13. Fórmula de Medicamentos. Cuando la Entidad Promotora de Salud-EPS, no suministre de manera inmediata los medicamentos formulados que estén incluidos en el Plan de Beneficios a las personas mayores de 62 años, deberá garantizar su entrega en el domicilio del afiliado dentro de las 72

horas siguientes, salvo si esta es de extrema urgencia a la solicitud por parte de este.

¿Tengo derecho a la cobertura del oxígeno por parte del POS?

En el listado de medicamentos del POS se encuentra cubierto el oxígeno en gas, el cual debe ser garantizado por la EPS independiente de las formas de almacenamiento, producción, transporte, dispensación o aplicación, tales como balas, concentrador o recargas, entre otras.

¿Qué se entiende por medicamento vital no disponible?

Es un medicamento indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o un grupo de pacientes y que por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes.

¿Si me formulan un medicamento que no tenga registro sanitario otorgado por el INVIMA, pero se requiere para mi tratamiento porque es el único que existe y es vital no disponible, a dónde debo dirigirme o a quién debo consultar?

El médico solo podrá prescribir o formular medicamentos que se

encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el País, es decir que tengan registro en el Invima. En caso excepcional, cuando se requiera un medicamento considerado vital no disponible se debe consultar la página del INVIMA, www.invima.gov.co, en donde se encuentra el formato para el trámite y el listado de los medicamentos considerados como vitales no disponibles según lo dispuesto en el Decreto 481 de 2004. La EPS debe realizar los trámites respectivos según lo dispuesto en estas normas en caso de que el médico justifique el uso de un medicamento considerado vital no disponible.

¿Uno de los problemas que presentan los servicios farmacéuticos de las EPS es la no oportunidad en la entrega de los medicamentos, existe alguna norma que regule la oportunidad?

Si, la Resolución 1403 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, en su artículo 4º numeral 10, establece la obligación que tienen estos servicios de suministrar los medicamentos con la debida oportunidad, además del suministro de la información que se requiera.

El Artículo 131 del Decreto 019 de 2012, reglamentado por la Resolución 1604 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social establece el mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado cuando

este lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado. Se entiende que el plazo establecido de 48 horas comprende el tiempo transcurrido después que el afiliado reclama los medicamentos.

¿Si me formulan un medicamento del POS para indicación que no se encuentra aprobada en su registro sanitario por el INVIMA, me lo tienen que dispensar?

No. El POS cubre únicamente las indicaciones aprobadas por el INVIMA para cada medicamento, para una indicación específica del medicamento, solo estará cubierta por el POS la indicación referida.

¿El POS me cubre fórmulas magistrales?

El Plan de Beneficios cubre las fórmulas magistrales preparadas a partir de los medicamentos incluidos del listado de medicamentos de la normatividad vigente, incluidas las nutriciones parenterales preparadas con medicamentos POS.

¿El POS cubre medicamentos y sustancias para la nutrición?

El POS cubre las siguientes sustancias o alimentos para nutrición:

- a. Aminoácidos esenciales con o sin electrolitos utilizados para

alimentación enteral.

- b. Medicamentos descritos en el Anexo 01 del listado de medicamentos del POS, utilizados para los preparados de alimentación parenteral.
- c. La fórmula láctea está cubierta exclusivamente para las personas menores de 6 meses, hijos de mujeres VIH positivo según posología del médico tratante.
- d. Alimento en polvo con vitaminas, Hierro y Zinc, según la guía de la OMS para menores entre 6 y 24 meses, en las concentraciones descritas en el listado de medicamentos del POS vigente.

¿Qué es alimentación enteral o parenteral?

Alimentación enteral: es una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal mediante sonda.

Alimentación parenteral: es una técnica de soporte nutricional que consiste en aportar al paciente por vía intravenosa los nutrientes básicos que necesita.

¿Qué dispositivos (insumos, suministros y materiales) cubre el POS?

Cubre todos los dispositivos que sean necesarios e insustituibles para la realización o utilización de tecnologías cubiertas en el POS (Es decir, necesarios para la realización de procedimientos o aplicación de medicamentos del POS).

¿El POS cubre el stent coronario?

El Plan de Beneficios cubre el stent coronario convencional, el POS cubre también el stent coronario recubierto o medicado para los casos de pacientes con vasos pequeños (menor de 3 mm de diámetro) o en lesiones largas (mayores a 15 mm).

¿Qué kit de ostomía cubre el POS?

Cubre el kit de ostomía para pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, estos kit incluyen: galleta o caralla, bolsa, cemento (pegante) y gancho (pinza) en las cantidades establecidas en el POS.

¿Qué incluye el Kit de glucometría cubierto por el POS?

El kit de glucometría cubierto por el POS para pacientes con diabetes tipo I y II en manejo con insulina, Incluye: glucómetro, tirillas y lancetas en las cantidades establecidas en el Plan de Beneficios.

¿El POS cubre lentes externos?

El POS cubre los lentes externos en vidrio o plástico. También cubre el suministro de montura hasta el valor equivalente a un 10% del salario mínimo legal vigente para afiliados al Régimen Subsidiado menores de 21 años y mayores de 60 años, conforme lo establece el Plan de Beneficios.

¿Qué ayudas técnicas se encuentran cubiertas en el POS?

En el Plan de Beneficios se encuentran cubiertas las siguientes ayudas técnicas:

- Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas) para los procedimientos quirúrgicos incluidos en el POS.
- Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis) para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
- Prótesis de otros tipos para los procedimientos incluidos en el POS (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros).
- Órtesis ortopédicas

Están cubiertas únicamente las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique, con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

¿El POS que cubre para la atención de pacientes en salud mental?

En salud mental el POS cubre:

- Atención de urgencias en servicios debidamente habilitados.
- **Psicoterapia ambulatoria:** Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario. y hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
- **Atención con internación:** El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso

de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

¿Quiénes tienen en el POS coberturas especiales en salud mental? Y, ¿Cuáles son estas coberturas especiales?

Los grupos especiales para cobertura en salud mental son: menores de 18 años con condición de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas, y personas menores con discapacidad. También tienen cobertura especial las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica.

La cobertura para estos grupos es el doble de la señalada para la población general en psicoterapia ambulatoria e internación.

6 CUIDADOS PALEATIVOS

¿Qué se entiende por terapia paliativa o servicios de cuidado paliativo?

Se entiende por cuidados paliativos, la asistencia total activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional, entendiéndose esta la atención terapéutica que se le presta a los pacientes cuando no media la perspectiva de cura de la enfermedad. En el Diccionario de la Real Academia Española, para el término Paliativo se establece la siguiente acepción: “Que mitiga, suaviza o atenúa. Se dice especialmente de los remedios que se aplican a las enfermedades incurables para mitigar su violencia y frenar su rapidez.”

No se debe confundir la terapia paliativa con la asistencia social que a veces las personas por su situación socioeconómica requieren simultáneamente con los servicios de salud, aunque dicha situación esté asociada con una enfermedad crónica, degenerativa, carcinomatosis, traumática o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ella no existan posibilidades de recuperación pues la asistencia social no corresponde a la finalidad del Plan de Beneficios.

¿Hay cobertura en el POS de atención paliativa?

El Plan de Beneficios se cubre la atención ambulatoria o con internación de toda enfermedad en su fase terminal o cuando no haya posibilidades de recuperación, mediante terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, terapia de mantenimiento y soporte psicológico, durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en el POS.

¿En el POS se tienen servicios específicos para el Cuidado Paliativo?

Estos servicios no son específicos y en cada caso pueden abarcar diferentes actividades, procedimientos e intervenciones practicados por distintas disciplinas médicas, así como medicamentos usados también para fines curativos o a veces preventivos o para rehabilitación en casos y circunstancias diferentes. Por tanto, en cada caso, es necesario que el médico describa claramente el tipo de servicios que requiere, para que se pueda precisar si están o no cubiertos en el POS.

7 TRANSPORTE Y TRASLADO DE PACIENTES

¿El POS cubre el transporte o traslado de pacientes?

El Plan de Beneficios cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) de conformidad a lo indicado por el médico tratante en los siguientes casos:

Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio pre hospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.

Entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

¿Cuándo me cubre el POS un transporte (distinto a

ambulancia) para trasladarme a otra ciudad porque requiero acceder a un servicio no disponible en mi sitio de residencia?

Las EPS deben cubrir este transporte cuando el sitio de residencia (municipio donde vive) corresponda a aquellas zonas de dispersión geográfica que reciben prima adicional para ese fin, que se encuentran establecidas en la normatividad vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

También deben cubrir las EPS el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados dentro del POS (Puerta de entrada al sistema), cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS recibe o no una UPC diferencial.

¿El POS cubre el transporte o traslado para los acompañantes?

En las normas que regulan el Plan de Beneficios no hay alusión alguna a acompañantes y en consecuencia los gastos de transporte o desplazamiento de estos, no hacen parte de las prestaciones del Plan de Beneficios.

8 COBERTURAS DIFERENCIALES Y PREFERENTES PARA MENORES DE 18 AÑOS

¿El POS tiene coberturas preferentes y diferenciales para personas menores de 18 años?

El Plan de Beneficios, establece las coberturas preferentes y diferenciales para las personas menores de 18 años agrupadas por ciclos vitales así:

- Menores de 6 años
- De 6 años a menores de 14 años
- De 14 años a menores de 18 años.

9 COBERTURAS ESPECIALES PARA COMUNIDADES INDÍGENAS

¿Qué coberturas especiales tienen las comunidades indígenas?

El POS cubre para las comunidades indígenas los hogares de paso y los guías bilingües, además de las prestaciones establecidas para la población general.

10 RECONOCIMIENTO POR PARTE DE LAS EPS DE PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN EL POS

¿Las EPS pueden reconocer tecnologías no incluidas en el POS con cargo a la Unidad de Pago por Capitación?

En el evento en que se prescriban tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativas a las cubiertas en el POS, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual a lo incluido en el POS, dichas tecnologías, tratamientos o servicios serán suministrados con cargo

a la Unidad de Pago por Capitación, siempre y cuando cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificadas por el INVIMA o la respectiva autoridad competente.

11 EXCLUSIONES DEL POS

¿Cuáles son las exclusiones y limitaciones del POS?

Están excluidos, es decir que no son financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, aquellos procedimientos, actividades y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, y de manera específica se excluyen, entre otros, los siguientes tratamientos descritos en el POS:

- De carácter estético, cosmético o suntuario.
- El suministro de lentes de contacto, sillas de ruedas, plantillas, etc.
- Certos tratamientos como: curas de reposo o para el sueño;
- para la infertilidad; experimentales o con drogas

experimentales;

- psicoterapia individual o de pareja, psicoanálisis; y
- tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología y blanqueamiento dental.

¿Qué servicios odontológicos están excluidos en el POS?

Los tratamientos odontológicos excluidos del Plan de Beneficios, son: los de periodoncia (excepto el detrartraje supragingival, alisado radicular campo cerrado y el drenaje de colección periodontal), Implantología, Prótesis parcial (dentomucosoportada o puentes), Tratamientos de ortodoncia, blanqueamiento dental, los enjuagues bucales, cremas dentales, cepillos y sedas dentales.

12 COPAGOS, CUOTAS MODERADORES Y CUOTAS DE RECUPERACIÓN

¿Qué son copagos y cuotas moderadoras?

Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

¿Quiénes deben pagar cuotas moderadoras y copagos?

Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

Es decir las cuotas moderadoras solo se pagan por atenciones a los afiliados al Régimen Contributivo y los copagos se pagan por atención a beneficiarios del Régimen Contributivo o por atenciones a afiliados al Régimen Subsidiado clasificados con nivel SISBEN 2 o mayor.

¿Qué Servicios están sujetos al cobro de cuotas moderadoras?

Se aplicarán cuotas moderadoras a los siguientes servicios, en las frecuencias que autónomamente definan las EPS, que son: Consulta

externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada. Consulta externa por médico especialista. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas. En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias. Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios. Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

¿Qué Servicios están sujetos al cobro de copagos?

El Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establece que deben aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el Plan de Beneficios, con excepción de: Servicios de promoción y prevención. Programas de control en atención materno infantil. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles. Enfermedades catastróficas o de alto costo. La atención inicial de urgencias. Los servicios enunciados en el artículo precedente.

¿Si estoy inscrito, por ejemplo, en el programa de atención de la hipertensión arterial, en el cual tengo una serie de actividades rutinarias de control, debo pagar cada vez que voy cuota moderadora?

Para los casos, en los cuales el usuario está inscrito o se somete a un programa especial de atención integral para enfermedades específicas establecidas por la EPS, en el cual se debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios.

¿Qué finalidad tienen los eventos y servicios de alto costo definidos en el POS?

Los eventos y servicios de alto costo señalados en el POS, no definen coberturas y su finalidad es para efectos del no cobro de copagos por alto costo en los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

¿Además de las excepciones de cobro de copago descritas en el Acuerdo 260 del CNSSS existen otras normas que eximan el cobro de copagos?

Exención concurrente establecida en leyes especiales puede ser consultada en la circular 016 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.

¿Qué diferencia existe entre cuota moderadora, copago, cuota de recuperación y tarifa plena? ¿Para qué sirven?

Se diferencian por su finalidad, la situación en que el usuario las debe pagar, la entidad que las recauda y los montos o valores. Por finalidad: Cuota moderadora: 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, es decir, evitar el uso inadecuado por parte del usuario en el Régimen Contributivo. Copago: corresponde a una parte del valor del servicio cubierto por el POS y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado. Cuota de recuperación: sirve para financiar parte del servicio de salud cuando este es suministrado por fuera de la red de servicios de las EPS o es un servicio no cubierto por el POS Tarifa plena: es el pago que financia la totalidad del servicio de salud en la red pública.

¿Cómo operan las cuotas de recuperación y la tarifa plena?

Las cuotas de recuperación se encuentran reguladas en el Decreto 2357 de 1995; son los dineros que debe pagar a la IPS toda persona no afiliada a un régimen de Seguridad Social en Salud que necesite atención médica y las personas afiliadas que necesitan atención con servicios no cubiertos en el Plan de Beneficios de su régimen respectivo, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación.
- La población no afiliada al Régimen Subsidiado identificada en el nivel 1 del SISBEN o incluidas en los listados censales pagarán 5% del valor de los servicios, sin exceder el equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente por la atención de un mismo evento y en el nivel 2 del SISBEN pagarán un 10% del valor de los servicios, sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.
- La población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30 % del valor de los servicios, sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento.
- Las personas afiliadas al Régimen Subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS-S, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral b.
- La población con clasificación del Sisben 4, 5 y 6 o con capacidad de pago, pagará la totalidad del valor del servicio o tarifa plena.
- El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas SOAT (Seguro Obligatorio para Accidentes de Tránsito) vigentes, es decir, las señaladas

en el Decreto 2423 de 1996 o la norma que lo adicione, complemente o sustituya.

¿Quién recauda las diferentes cuotas?

Cuota moderadora: la EPS en el Régimen Contributivo Copago: la EPS en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado Cuotas de Recuperación: las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la red pública, o las IPS privadas que tengan contrato con el Estado. Tarifa plena: las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la red pública, o las IPS privadas que tengan contrato con el Estado.

¿Pueden cobrar copago por la atención de un niño menor de un año?

El Artículo 12 del Acuerdo 260 establece que en el Régimen Subsidiado se prohíbe el cobro de copagos al control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones y a la atención del niño durante el primer año de vida. Para beneficiarios al Régimen Contributivo si su atención no corresponde a alguna de las excepciones de cobro ya enunciadas, podrán cobrar copago por los la prestación de servicios sujetos al mismo.

¿Me pueden exigir en el servicio de urgencia que para ser atendido debo antes pagar la cuota moderadora?

En ningún caso de verdadera urgencia médica podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para ser atendido en los servicios de urgencias.

13 NEGACIÓN DE SERVICIOS

¿A quién debo dirigirme cuando hay irregularidades en la prestación de servicios de salud?

Debe dirigirse a la Superintendencia Nacional de Salud, como cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los ciudadanos pueden presentar sus quejas a la Línea Gratuita Nacional: 01 8000 513700 En Bogotá (1) 483 7000 o en www.supersalud.gov.co.

¿A quién acudo en caso de que no me quieran dar el medicamento o prestación a la que tengo derecho?

Inicialmente en la EPS existe la oficina de atención al usuario a donde debe

dirigirse y formular la queja. Si allí no es atendido debe dirigirse ante la Superintendencia Nacional de Salud.

¿Qué puede hacer el usuario si en la EPS le niegan un servicio incluido en el POS?

Siempre que a un usuario le sea negado un servicio debe exigir que la EPS le entregue el formato de negación del servicio firmado por un profesional de la salud de la EPS. La EPS está obligada desde el año 2007 a entregar este formato cuando niega un servicio. De este formato trata el Título VII Protección de los Usuarios y la Participación Ciudadana de la Circular Externa No. 047, Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud del 30 de noviembre de 2007. El formato es el Anexo 14 de la misma Circular. . Está disponible en el portal de Internet de la misma entidad en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=aEe0n1FaiBQ%3d&tabid=103>.

14 REEMBOLSOS

¿En qué casos los afiliados a una EPS tienen derecho a

que se les reembolse los gastos que hayan hecho por su cuenta relacionados con salud?

La Resolución 5261 de 1994 establece que una EPS debe reconocer a los afiliados los gastos que estos han hecho por su cuenta por concepto de:

- Atención de urgencias en caso de ser atendido en una institución prestadora de servicios de salud que no tenga contrato con la respectiva EPS.
- Cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica.
- En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

¿Quién demuestra la negativa o negligencia injustificada de la EPS en la atención para esté obligada a reconocer un reembolso?

Las irregularidades, omisiones o actos de negligencia, inobservancia de las normas y violación de los derechos de los pacientes y afiliados en el Sistema, ya sea por parte de la EPS o por parte de un prestador de servicios (médico, clínica u hospital), deben ser puestas en conocimiento

de la Superintendencia Nacional de Salud que es el organismo de control y vigilancia del Sistema. Dicha entidad, tras el debido proceso, determinará si hubo negligencia o negativa injustificada mencionadas en la norma antes citada para ordenar el reembolso y demás acciones pertinentes de su competencia, sin perjuicio de las acciones judiciales que sean factibles relacionadas con la responsabilidad civil y/ o penal de los involucrados.

¿Cómo se debe hacer la solicitud de reembolso?

La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes a haberse ocasionado el hecho que motivó el reembolso y será pagada por la EPS en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente.

¿Se debe reintegrar la totalidad de lo que el usuario ha gastado?

Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud y Protección Social para el sector público (tarifas para urgencias y SOAT, Decreto 2423 de 1996 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya).

15 PRESTACIONES ECONÓMICAS

¿Además del Plan de Beneficios, a que tiene derecho el afiliado cotizante del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS?

Para los casos de enfermedad y de maternidad la persona cotizante al SGSSS, tiene derecho a unas prestaciones económicas (subsidio en dinero) durante el tiempo de la incapacidad o licencia remunerada.

Es decir el afiliado cotizante tiene derecho a las prestaciones económicas de:

- Incapacidad por enfermedad de origen común (origen no laboral)
- Licencias de maternidad o paternidad.

16 SERVICIOS NO POS Y COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO - CTC

¿Qué debo hacer si el médico me formula un medicamento o un procedimiento que no está en el POS para que la EPS me lo suministre?

Las EPS en principio sólo están obligadas a suministrar medicamentos y procedimientos contenidos en el POS vigente. Sin embargo, existen algunos casos excepcionales regulados en las Resoluciones 5395 de 2013 y 5073 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, donde se establecen los procedimientos y requisitos a tener en cuenta en estos casos excepcionales.

¿A dónde debo pasar los documentos para aprobación del Comité Técnico Científico - CTC?

La solicitud por parte del profesional tratante y los documentos requeridos se deben entregar a la EPS a la que se encuentre afiliado, ya que la obligación de la EPS es hacerlos llegar al Comité Técnico Científico.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C

Teléfono 3305000

www.minsalud.gov.co



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN