C=5

LEY 100 DE 1993 SISTEMA CONTRIBUTIVO

ALVARO ENRIQUE ECHEVERRIA SALAZAR
AURY STELLA GOMEZ VERGEL
LAN LUZ MARTINEZ GOMEZ
MIGUEL GARCIA VILLA
OMAR DE AVILA CASTELLON

Ensayo para optar el titulo de
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Profesor
CESAR ESMERAL BARROS
Medico Pediatra
Director
Especialización en Gerencia en Salud y Seguridad Social

UNIVERSIDAD DE SIMON BOLIVAR
INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUADA
ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
BARRANQUILLA
1999

0003

CONTENIDO

	Pág.
0. INTRODUCCION	
1. JUSTIFICACION	7
2. PLAN DE TRABAJO	8
3. LEY 100 SISTEMA CONTRIBUTIVO	9
3.1. SISTEMA CONTRIBUTIVO PAGO DE CUOTAS SEGÚN SALARIO	10
3.1.1. Régimen General	10
3.1.2. Cuota Moderadoras	10
3.1.3. Copago	11
3.1.4. Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras	11
3.1.5. Servicios sujetos al cobro de copagos	12
3.1.6. Aplicación de las cuotas moderadoras y copagos	12
3.1.7. Principios para la aplicación de cuotas moderadoras Y copagos.	14
3.1.8. Aplicación de cuotas moderadoras según el nivel Socioeconómico	15
3.1.9. Aplicación de copagos según el nivel socioeconómico	15
3.1.10 Tope máximo de copagos por afiliados y beneficiarios	16
3.2. FUNCIONAMIENTO	16
3.2.1. ¿Como es la afiliación al régimen contributivo?	18
3.2.2. ¿Qué pasa cuando los cónyuges cotizan al sistema?	18
3.2.3. ¿Quienes prestan los servicios de salud?	19
3.2.4. ¿Como se financia el sistema en régimen contributivo?	19
3.2.5. ¿Derecho de los afiliados en el régimen contributivo?	19
3.2.6. ¿Qué pasa con las preexistencias?	20
3.2.7. ¿Cómo se protegen los derechos de los usuarios?	20
3.2.8. Sanciones para el empleador	20
3.2.9. Entidades promotoras de salud	21
3.3. APORTE PORCENTUAL: EMPLEADOR	22
3.4. APORTE PORCENTUAL: TRABAJADOR	22
3.4.1. Cotizaciones y aportes	22
3.4.2. Ingresos base de cotización trabajadores independientes	22
3.4.3. Limites de cotización	25
3.4.4. Plazo para el pago de las cotizaciones en salud	26

3.4.5. ¿Cuanto paga? 27
3.5. SUMA DE LOS APORTES: CONCEPTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO. 28
3.5.1. Unidad de pago por capitación, UPC 28
3.5.2. Pagos moderadores 29
3.5.3. Valor de la UPC 30
3.5.4. ¿Que es la UPC? 31
3.5.5. ¿Como se garantiza la prestación de servicios? 32
3.5.6. Las líneas transparentes 32
4. CONCLUSION 33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

0. INTRODUCCION

El nuevo régimen de Seguridad Social en Colombia supone un gran reto para cada uno de los habitantes del territorio nacional, dado los principios que pretende manejar, a saber: universalidad, solidaridad, integralidad, libertad de escogencia, libre y sana competencia entre EPS e IPS, calidad de los servicios y participación comunitaria.

Esta reforma introducida por la ley 100 de 1993 es una de la más ambiciosas reformas sociales que Colombia haya emprendido en los últimos cincuenta años y se constituyen en la respuesta de un país en vías de desarrollo que pretende amoldarse a unas de las exigencias del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional que son los entes que en última instancia definen las tendencia económicas, sociales y políticas que se han convertido en megatendencias en el ámbito internacional. Esta megatendencia mundial se fundamenta en la obligatoriedad del Estado de garantizar asistencia en materia económica y de salud a todos los habitantes del Territorio. Además pretende dentro de un esquema neoliberal, producir un mecanismo de apertura que permita al sector privado participar en el negocio rentable de la prestación de los servicios públicos.

Los países desarrollados cuentan con un sistema de Seguridad Social integral y conciben dicha seguridad y los servicios de Salud como "Servicios Públicos a cargo del Estado". Todas estas garantías se revierten en el Sistema Económico de dichos países en beneficios tanto para la Sociedad como para el Estado, al contar ellos con una población más productiva y con mayor rendimiento de trabajo.

Colombia inició este proceso de descentralización del sector salud en el año de 1990 cuando se sancionó la ley 10 del mismo año, que exigió a los entes territoriales unas adecuaciones administrativas en su estructura orgánica del sector para poder asumir la competencia del primer nivel de atención en los municipios y del segundo y tercer nivel de atención en los Departamentos. Entre otras, los entes territoriales debían crear sus Direcciones Territoriales de Salud, sus Fondos

Territoriales de Salud e Implementar la Carrera Administrativa en el sector.

A pesar de esta exigencias de ley, el proceso de descentralización en Colombia se vio obstaculizado debido a la falta de recursos financieros para el sector. Fue entonces cuando la Carta Magna de 1991 entró a solventar la situación económica del sector ya que estableció las Participaciones Municipales de los Ingresos Corrientes de la Nación y el Situado Fiscal para los Departamentos y Distritos. Estos recursos renovados se vinieron a sumar a las antiguas Rentas Cedidas del sector salud.

Entrando en el curso de esta megatendencia de los países en desarrollo para imitar los Sistemas Social de la ponencias mundiales y logra también elevar sus índice de Desarrollo a Escala Humana, Colombia incluye en la Constitución Política de 1991, Ley de leyes y norma de normas, los nuevos conceptos de la Salud y la Seguridad Social concebidas como derechos irrenunciables de las personas, los cuales el Estado se obliga a prestar (Constitución Política: Artículos 48 y 49).

Para dar cumplimiento a estos artículos constitucionales aparece la Ley 100 de 1993 que conforma el Sistema General de Seguridad Social Integral para cuya reglamentación, hasta el momento de escribir este texto, se han expedido+de 400 decretos, 90 Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y además otras normas adyacentes tales como la Ley 60 de 1990 que establece las competencias y otorga recursos a las entidades territoriales.

En vista de tanto material legislando y reglamentado sobre la misma materia en tan corto tiempo de aparición, la Seguridad Social se ha convertido en tema cadente del que casi todos quieren hablar pero que pocos comprenden en su totalidad, sobre todos los profesionales de la salud que en medio de este mar de confusión se quejan de ser lo más damnificados con la reforma al quedar en medio de las 28 Entidades Promotoras de Salud que compiten unas con otras por aumentar su cobertura en cuanto a afiliados, pero que poco cuidan de la calidad del servicio y negocian con IPS y demás profesionales de la salud la imposición de tafias que no obedecen a estudios de costos reales.

El régimen contributivo que regula la vinculación de los individuos y sus familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando este se hace a través del aporte económico del afiliado si es trabajador, independiente, pensionado o en concurrencia de este con el empleador cuando existe una relación laboral, es el tema particular del cual nos ocuparemos es importante porque es uno de los regímenes excluyentes insertados entre la ley.

El ensayo se estructura de la siguiente manera:

Se destaca la importancia, el planteamiento se desarrolla a partir del capitulo Ley 100 Sistema Contributivo que versan sobre el sistema contributivo pago de cuotas según salarios, funcionamiento, aporte porcentual del empleador, aporte porcentual trabajador, sumas de los aportes: Concepto para la prestación de servicio.

Para desarrollar este trabajo tuvimos muchas limitaciones en el análisis debido al corto tiempo para realizar una investigación completa sumado que en el grupo de trabajo no contamos con un profesional del derecho para que pudiéramos comparar la parte jurídica legal.

1. JUSTIFICACION

La Ley 100 de 1993 obliga que todas las personas con capacidad de pago sean independientes o dependientes estén cobijados por el régimen contributivo y así obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, bajo los principios del eficiencia, universalidad, solidaridad, unidad y participación.

Debido a que este régimen presenta un alto porcentaje de población colombiana es necesario estudiarlo a fondo, para poder comprenderlo en su totalidad y dar luces a todos sus usuarios y demás personas interesadas en su manejo para que conozcan los derechos, deberes y obligaciones que este régimen ofrece, para lograr un uso racional de este sistema y realizar todas las políticas y estrategias que prevenga su fracaso en un país tan convulsionados y en crisis que requieren del esfuerzo de todos para garantizar el derecho a la salud y vejes digna de los habitantes de Colombia.

2. PLAN DE TRABAJO

Desarrollaremos con este ensayo, inicialmente quienes son los afiliados y beneficiarios del sistema.

Seguidamente nos ocuparemos del funcionamiento del sistema contributivo tales como pago de cuotas según salarios, cuotas moderadas y los copagos los cuales son puntos de controversia por el encarecimiento de salud sobre todos a las personas más pobres de la población.

Igualmente analizaremos el proceso administrativo y su funcionamiento que se base en los postulados del eficiencia, universalidad, solidaridad, unidad y participación que en la practica no se cumple a cabalidad. Es por ello que investigamos los procesos de afiliación, quienes deben prestar los servicios (sistema de contratación) como se financia el sistema, derechos de los afiliados y su protección, sanciones para el empleador.

El aporte porcentual del empleador y trabajador donde este últimos llevas de las perder porque en la practica se ve que muchas veces el empleador no cumple con el pago de los aportes a las EPS estipulados por la ley. Y finalmente concluiremos con la suma de los aportes y conceptos para la prestación del servicio.

3. LEY 100 SISTEMA CONTRIBUTIVO

DEFINICION

El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

AFILIADOS Y BENEFICIARIOS

Serán afiliados obligatorios al régimen contributivo a: los afiliados a: las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servicios públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al sistema mediante las normas del régimen contributivo.

A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiario, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el plan obligatorio de salud.

El gobierno podrá establecer los sistemas de control que estime necesarios para evitar que los afiliados obligatorios al régimen contributivo y las personas de altos ingresos se beneficien de los subsidios previstos en la presente ley.

Consideramos que el tiempo establecido por el gobierno para cubrir el 100% al pueblo colombiano es insuficiente y a estos se suma el desplazamiento de los trabajadores estatales por los temporales y la contratación directa por la subcontratación donde terminado el contrato estas personas quedan sin seguridad social.

3.1. SISTEMA CONTRIBUTIVO PAGO DE CUOTAS SEGÚN SALARIO

3.1.1. Régimen General

De los pagos moderadores. Los afiliados y beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del plan obligatorio de salud.

En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre. Tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el sistema, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las entidades promotoras de salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de promoción de la salud del fondo de solidaridad y garantía.

Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

3.1.2. Cuotas moderadoras:

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 la EPS.

3.1.3. Copago:

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

3.1.4. Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras:

Se aplicarán cuotas moderadoras a los siguientes servicios, en las frecuencias que automáticamente definan las EPS.

Consulta externa médica, odontòlógica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.

Consulta externa por médico especialista.

Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderada se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítem incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.

Exámenes de diagnostico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítem incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.

Exámenes de diagnostico por imagenologia, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítem incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.

Atención en el servicio de urgencia única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o

funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderada 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 especificas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dicho servicios.

Las cuotas moderadas se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

3.1.5. Servicios sujetos al cobro de copagos:

Podrán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

Servicios de promoción y prevención.

Programas de control en atención materno infantil.

Programas de control en atención de las enfermedades trasmitibles.

Enfermedades catastróficas o de alto costo.

La atención inicial de urgencias.

Los servicios enunciados en el artículo precedente.

3.1.6. Aplicación de las cuotas moderadoras y copagos:

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

De conformidad con el numeral tercero de artículo 160 de la Ley 100 de 1993, es deber del afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar las cuotas moderadoras y los copagos correspondientes.

Ingreso base para la aplicación de las cuotas moderadas y copagos: Las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Si existe más de un cotizante por núcleo familiar se considerará como base para el calculo de las cuotas moderadas y copagos, el menor ingreso declarado.

Autonomía de las EPS. Las entidades promotoras de salud están en libertad para definir las frecuencias de aplicación de las cuotas moderadas y copagos para la cual deberán tener en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso de servicio. En todo caso deberán contar con un sistema de información que permita conocer las frecuencias de uso por afiliado y por servicios de manera tal que la primera consulta o servicio de aquellos incluidos en el artículo 6° del presente acuerdo, que requiera un afiliado en un año calendario, esté exenta del cobro de cuota.

Así mismo, están en libertad para definir de manera general el no pago de cuotas moderadas en los casos de ordenes de ayudas diagnosticas o de formulas de medicamentos con dos o menos ítem.

Igualmente podrán establecer los procedimientos de recaudo que más se adapten a su capacidad administrativa tales como bonos, estampillas, valeras o la cancelación en efectivo directamente o mediante convenios con las IPS en los términos en que éstas lo acuerden. En todo caso las EPS deberán aceptar el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado.

La totalidad de los recaudos por conceptos de copagos y cuotas moderadoras pertenecen a la entidad promotora de salud.

Todas las entidades promotoras de salud deberán establecer y hacer público en un medio masivo de información, por lo menos una vez al año, su plan general de cuotas moderadas y copagos aplicables a sus afiliados o cualquier modificación a éste.

En ningún caso se podrá suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras.

La Superintendencias Nacional de Salud vigilará que las entidades promotoras de salud implementen el sistema de información requerido en el presente artículo, en un plazo no mayor de diez (10) meses.

3.1.7. Principios para la aplicación de cuotas moderadoras y de copagos:

En la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, deberán respetarse los siguientes principios básicos:

Equidad: Las cuotas moderadas y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.

Información al usuario: Las entidades promotoras de salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación.

Aplicación general: Las entidades promotoras de salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tantos los copagos como las cuotas moderadoras, que previamente hayan establecido, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo.

No simultaneidad: En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.

Las entidades promotoras de salud podrán organizar y establecer la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo, sin que se requiera autorización previa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

3.1.8. Aplicación de cuotas moderadoras según el nivel socioeconómico.

Las cuotas moderadoras se aplicarán por cada actividad contemplada en el articulo 6° del presente acuerdo, a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos así:

Para afiliado cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos hasta un 10% de un salario mínimo diario legal vigente.

Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos hasta un 40% de un salario mínimo diario legal vigente.

Para afiliados cuyos ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos hasta el 105% de un (1) salario mínimo diario legal vigente.

Para efecto de facilitar el cobro de las cuotas moderadoras, los valores en pesos resultantes de la aplicación de los anteriores porcentajes se ajustarán a la centena inmediatamente superior.

3.1.9. Aplicación de copagos según el nivel socioeconómico.

Los copagos para los beneficiarios del afiliado cotizante se aplicarán con base en ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes de la siguiente manera:

Para afiliados cuyos ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes: hasta el 10% de las tarifas pactadas por la EPS; sin que el cobro por un mismo evento exceda de una cuarta parte del salario mínimo legal mensual vigente.

Para afiliados cuyo ingresos base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos: hasta el 15% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda de un (1) salario mínimo legal mensual vigente por un mismo evento.

Para afiliados cuyos ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos hasta el 20% de las tarifas pactadas por las EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda de dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Para efectos del presente acuerdo se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología especifica del paciente, en el mismo año calendario.

3.1.10 Tope máximo de copagos por afiliado beneficiario.

El valor máximo por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salario mínimos legales mensuales vigentes de la siguiente manera:

Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos: hasta la mitad de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes: hasta dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes: hasta cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

El principio de equidad en las cuotas moderadoras y copagos no se cumplen ya que la EPS, si los afiliados o beneficiarios no cancelan estos valores no tiene acceso al servicio.

3.2. FUNCIONAMIENTO

Síntesis: De conformidad con la ley 100 de 1993, las entidades promotoras de salud, EPS (de naturaleza pública, privada o mixta), tienen como objetivo la afiliación y registro de la población al sistema general de seguridad social en salud, el recaudo de las cotizaciones y

la promoción, gestión, coordinación y control de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios con las cuales atienda a los afiliados y sus familias.

Entre las funciones de las entidades promotoras de salud, EPS, está la de organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional, sobre la base de que estas entidades tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.

El plan obligatorio de salud, POS, se define como el conjunto de servicios de atención en salud y prestaciones económicas a que tiene derecho todo afiliado al régimen, en caso de necesitarlos. Sus contenidos están definidos en el Acuerdo 008 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y su forma de prestación normalizada y regulada en los manuales de procedimientos y guías de atención integral expedidos por le Ministerio de Salud. Las entidades promotoras de salud, EPS, deberán prestarlo a sus afiliados, directamente por medio de sus propias instituciones, o en forma indirecta a través de la contratación de los servicios de salud con la instituciones prestadoras y los profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituido. Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadora de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con los reglamentos.

La financiación del plan obligatorio de salud se hará con las cotizaciones y aportes de empleadores y trabajadores que recauden las entidades promotoras de salud, encargadas de la organización y coordinación de la prestación de los servicios a sus afiliados. Para estos efectos, las entidades promotoras de salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema, en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad.

Por la organización y garantía de atención de los servicios incluidos en el plan de salud obligatorio para cada afiliado y su familia, el sistema de salud reconocerá anualmente a cada entidad promotora de salud un valor per cápita, denominada unidad de pago por capitación, UPC.

Esta unidad debe establecerse en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y fue definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en la suma de el fondo de solidaridad y garantía está autorizado para suscribir créditos puente con el sistema bancario en caso que se presenten problemas de liquidez al momento de hacer la compensación interna.

El fondo de solidaridad y garantía sólo hará el reintegro para compensar el valor de la unidad de pago por capitación de aquellos afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente la cotización mensual correspondiente. La Superintendencia Nacional de Salud velará por el cumplimiento de esta disposición.

3.2.1. ¿Como es la Afiliación al Régimen Contributivo?

Los afiliados deberán inscribirse ante la Entidad Promotora de Salud (E.P.S.) de su preferencia e inscribir a cada uno de los integrantes que componen su grupo familiar, diligenciando el formulario que suministra la respectiva E.P.S. adjuntando las pruebas de parentesco y dependencia económica respectivas, este formulario deberá ser suscrito por el afiliado tratándose de personas vinculadas por contratos de trabajo o como servidores públicos también deberá ser suscrito por el empleador.

La cobertura familiar al pensionado por jubilación, vejez, invalidez o sobrevivientes, será tenida en cuenta, en los términos descritos anteriormente.

3.2.2. ¿Que Pasa Cuando los Cónyuges Cotizan al Sistema?

Cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes son afiliados cotizantes al sistema, es necesario que estén afiliados a la misma Empresa Promotora de Salud y los integrantes del grupo familiar solo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres de los cónyuges que dependan económicamente de alguno de ellos y a los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de cada uno de los cónyuges sea superior al 50% de las Unidades de

pago por Capitación que correspondan a los integrantes del grupo familiar que tengan derecho a ser inscritos.

3.2.3. ¿Quiénes Prestan los Servicios de Salud?

Las IPS

Se les denomina así a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), es decir los hospitales, centros de salud, asociaciones de profesionales, cooperativas, consultorios, etc., que hacen contratos con las E.P.S. para la atención de sus afiliados. Del listado que ofrecen las E.P.S., el afiliado podrá escoger la que más le convenga en función de la calidad y oportunidad de los servicios que cada una ofrezca.

3.2.4. ¿Cómo se Financia el Sistema en el Régimen Contributivo?

El régimen contributivo se financia exclusivamente con los aportes (cotizaciones) que hacen los trabajadores dependientes y sus empleadores, los trabajadores independientes y los pensionados.

Estos aporte son recaudados por la Entidad Promotora de Salud, quien los gira al FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA – FOSYGA, ente encargado de la distribución de los recursos del área de Seguridad Social en Salud.

3.2.5. ¿Derechos de los Afiliados en el Régimen Contributivo?

Tienen derecho al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS), que contempla acciones de educación información y fomento de la salud y la prevención, diagnostico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, brinda atención de Urgencia Hospitalaria y Cirugía, Consulta Externa, Odontología Básica, suministro de medicamentos esenciales en su denominación genética, e igualmente incluye el reconocimiento económico por incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad, esto último (maternidad) a la afiliada cotizante.

3.2.6. ¿Que pasa con las Preexistencias?

El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud no admite que se apliquen las preexistencias a sus afiliados.

Sin embargo, el acceso a la presentación de servicios de salud para enfermedad de alto costo, como cáncer y SIDA por ejemplo, podrán estar sujetos a periodos mínimos de espera que en ningún caso podrán exceder las 100 semanas de cotización al sistema; lo que significa que si ya se había venido cotizando a otra entidad de seguridad social, ese tiempo se cuenta para superar los periodos exigidos y así tener acceso a la atención de esas patologías. Estos son los denominados "periodos de carencia".

3.2.7. ¿Cómo se Protegen los Derechos de los Usuarios?

Las EPS, no podrán en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al sistema, siempre y cuando garantice el pago de la cotización, salvo en los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario en la utilización de los servicios. Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencial que afecten al afiliado en la prestación de los servicios de salud, estos podrán hacer sus reclamos ante el comité técnico – científico que designará a la respectiva institución de salud a la cual se esté afiliado, o en su defecto elevar la queja a la Superintendencia Nacional de Salud. Además las IPS, según la Ley, deberán garantizar un sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios, mediante la implementación con de una línea telefónica abierta con atención permanente durante las 24 horas.

La ley contempla además en el decreto reglamentario 1757 de 1994, diferentes formas de participación de los ciudadanos y de los usuarios, tales como la conformación de asociaciones de usuarios de las EPS y las IPS.

3.2.8. Sanciones para el empleador.

Se establecerán las mismas sanciones contempladas en los artículos 23 y 271 de la presente ley, los aportes que no se consignen dentro de los plazos señalados para el efecto, generarán un interés moratorio a

cargo del empleador, igual al que rige para el impuesto sobre la renta y complementarios. Estos intereses se abonarán en el fondo de reparto correspondiente o en las cuentas individuales de ahorro pensional de los respectivos afiliados, según sea el caso.

Los ordenadores del gasto de las entidades del sector público que sin justa causa no dispongan la consignación oportuna de los aportes, incurrirán en causal de mala conducta, que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente, para los empleadores que impidan o atenten en cualquier forma contra el derecho del trabajador a escoger libre y voluntariamente la entidad promotora de salud a la cual desee afiliarse. También le son aplicables las sanciones establecidas para quien retrase el pago de los aportes.

Se hará acreedor, en cada caso y por cada afiliado, a una multa impuesta por las autoridades del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social o del Ministerio de Salud en cada caso, que no podrá ser inferior a un salario mínimo mensual vigente ni exceder cincuenta veces dicho salario. El valor de estas multas se destinará al Fondo de Solidaridad Pensional o a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud, respectivamente. La afiliación respectiva quedará sin efecto y podrá realizarse nuevamente en forma libre y espontanea por parte del trabajador.

Ningún empleador de sector público o privado está exento de pagar su respectivo aporte al sistema general de seguridad social en salud.

3.2.9. Entidades promotoras de salud.

Tienen a su cargo el recaudo de las cotizaciones, facilitar la compensación con el fondo de solidaridad y garantía, hacer un uso eficiente de los recaudos de la unidad de pago por capacitación, UPC, y la organización de la prestación de los servicios de salud contenedores en el plan obligatorio de salud, POS. En retribución, las EPS están facultadas por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía para recaudar las respectivas cotizaciones, de cuyo ingreso pueden retener el monto que les corresponda por las “unidades de pago por capacitación” que se les reconoce por cotizante para la

prestación del "plan obligatorio de salud" POS, y vender a sus afiliados el plan complementario de salud.

No existen una base de datos única que alimente una red de información a la EPS, donde le permita verificar si un individuo se encuentra cotizando y a su vez estar como beneficiario en una o más de ellas (EPS).

3.3. APORTE PORCENTUAL: EMPLEADOR

Del salario base de cotización de los cuales 2/3 partes de la cotización estarán a cargo del empleador es decir el 8%.

3.4. APORTE PORCENTUAL: TRABAJADOR

Del salario base de cotización de los cuales 1/3 parte de la cotización estarán a cargo del trabajador es decir el 4%.

3.4.1. Cotizaciones y Aportes

Monto y distribución de las cotizaciones. La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados al sistema genera de seguridad social en salud según las normas del presente régimen, será máximo del 12% del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. Dos tercera partes de la cotización estará a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un punto de la cotización será trasladado al fondo de solidaridad y garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

El Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá el monto de la cotización dentro del límete establecido en el inciso anterior y su distribución entre el plan de salud obligatorio y el cubrimiento de las incapacidades y licencias de maternidad, reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las Empresas Promotoras de Salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad

profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las Entidades Promotoras de Salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

Reconocerá y pagará a cada uno de las Entidades Promotoras de Salud, la licencia por maternidad, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. El cumplimiento de esta obligación será financiado por el Fondo de Solidaridad, de su subcuenta de compensación, como una transferencia diferente a las Unidades de pago Capitación – UPC.

La base de cotización de las personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, afiliados obligatorios al sistema general de seguridad social en salud, será la misma contemplada en el sistema general de pensiones de esta ley.

Para los pensionados las cotizaciones se calcularán con base en la mesada pensional.

Cuando el afiliado perciba salario o pensión de dos o más empleadores u ostente simultáneamente la calidad de asalariado e independiente, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario, ingreso o pensión devengado de cada uno de ellos.

Para efectos de cálculo de la base de cotización de los trabajadores independientes, el Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunciones de ingreso con base en información sobre el nivel de educación, la experiencia laboral, las actividades económicas, la región de operación y el patrimonio de los individuos. Así mismo, la periodicidad de la cotización para estos trabajadores podrá variar dependiendo de la estabilidad y periodicidad de sus ingresos.

3.4.2. Ingresos Base de Cotización Trabajadores Independiente

La base de cotización para los trabajadores independientes será determinada sobre los ingresos que calcule la EPS de acuerdo con el sistema de presunción de ingresos definido por la Superintendencia

Nacional de Salud. En ningún caso el monto de la cotización de los trabajadores independientes podrá ser inferior al equivalente al 12% de dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Cuando se devenguen mensualmente más de 20 salarios mínimos legales vigentes, la base de cotización podrá ser limitada a dicho monto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La Ley 100 de 1993 establece que los recursos recaudados por la cotización deberán absorber los siguientes costos del sistema:

Un punto de la cotización será trasladado al fondo de solidaridad y garantía para contribuir a la financiación de los costo del régimen subsidiario.

Un porcentaje inferior a un punto de la cotización, estará destinado a financiar la subcuenta de las actividades de promoción de salud e investigación. Estos recursos serán adicionados con recursos fiscales.

Una parte del recaudo global, constituida por la sumatoria de tantas unidades de pago por capacitación cuantos afiliados se registren en el sistema, se destinará a financiar los servicios de salud que componen el plan de salud obligatorio.

A este respecto es preciso señalar que la Ley 100 de 1993 consagra los criterios técnicos necesarios para el establecimiento del valor de la unidad de pago por capacitación. En efecto, el artículo 182 de la ley establece que por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluido en el plan de salud obligatorio para cada afiliado, el sistema general de seguridad social en salud reconocerá a cada EPS un valor per cápita, que se denominará unidad de pago por capacitación. Esta unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.

Otra parte de la cotización se destinará al cubrimiento de las incapacidades generadas en enfermedad general. Este monto debe ser suficiente para cubrir la totalidad de las incapacidades generadas por enfermedad general que deban ser atendidas por el sistema.

Por último, el artículo 204 de la ley 100, establece que otro porcentaje del monto total de las cotizaciones se destinará al cubrimiento de las licencias de maternidad de que trata el artículo 207 de la misma codificación. Según lo dispone este último artículo, los recursos trasladados por este concepto deben ser suficientes para cancelar la totalidad de las licencias de maternidad que el fondo de solidaridad esté en la obligación de reconocer.

APORTES PARA SALUD

	Medicina Clásica			Medicina Familiar		
	Total	Trabajador	Empleador	Total	Trabajador	Empleador
Cotización		1/3	2/3		1/3	2/3
	7	2.333	4.666	11	3.666	7.333
Fondo de Solidaridad	1	0.334	0.667	1	0.334	0.667
Total	8	2.667	5.333	12	4	8

3.4.3. Limites de Cotización

Base mínima y máxima de cotización. En ningún caso en el formulario de autoliquidación, la base de cotización de los trabajadores dependientes podrá ser inferior al equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente, salvo lo dispuesto en la Ley 11 de 1988 para los trabajadores del servicio doméstico.

De conformidad con lo dispuesto por el parágrafo 3° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Socia, en Salud podrá limitar la base de cotización a 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Del límite base de cotización. Para efectos de la aplicación de la cotización de que trata el artículo anterior, la base de cotización tendrá un límite máximo de veinte (20) salarios mínimos legales vigentes.

Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral se liquidará sobre el setenta por ciento (70%) de dicho salario, hasta el límite establecido en el inciso anterior.

Recaudo de cotizaciones. Las cotizaciones serán recaudadas en forma directa por las EPS o a través de terceros, de conformidad con la reglamentación vigente para tal efecto.

Los empleadores deberán cancelar los aportes de sus trabajadores, mediante el diligenciamiento de los formularios definidos para tal efecto por las normas vigentes. Dichos formularios serán suministrados por las entidades promotoras de salud y las adaptadas sin ningún costo.

Período de cotización para los profesores. Los profesores de establecimiento particulares de enseñanza cuyo contrato de trabajo se entienda celebrado por el período escolar, tendrán derecho irrenunciable a que el empleador efectúe 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 período sea inferior al semestre o año calendario.

Para las personas jurídicas, asignado por la unidad Administrativa Especial-Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN.

No se considera como número integrante del NIT o de la cédula de ciudadanía, el dígito de verificación del sistema.

Los empleadores o los trabajadores independientes, cuya fecha de pago coincida con un día sábado, domingo o festivo, deberán cancelar sus aportes a más tardar el día hábil siguiente a dicha fecha.

Los trabajadores independiente deberán efectuar el pago de las cotizaciones en el mismo mes de aquel que es objeto la cotización.

3.4.4. Plazo para el pago de las cotizaciones en salud.

Los empleadores serán responsable del pago de su aporte y del aporte de los trabajadores a su servicio.

Los empleadores girarán los aportes de que trata el inciso anterior al ISS o a la entidad, caja o fondo a la cual estén vinculados sus

trabajadores, dentro de los 10 primeros días del mes siguiente al período por el cual se cotiza.

El ISS, las cajas y demás entidades de salud girarán el punto porcentual de que trata el presente decreto a la cuenta especial del Ministerio de Salud a más tardar el décimo primer día del mes siguiente al periodo por el cual se cotiza.

En el caso de los trabajadores independientes, del total de aportes que realicen al ISS, esta entidad deberá descontar el uno por ciento definido en el presente decreto con destino al fondo de solidaridad y garantía y lo deberá consignar en la cuenta especial del Ministerio de Salud a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha en la cual le ISS recibió la cotización.

3.4.5. Cuánto Pagan?

El art. 204 de la Ley 100/93 establece que la cotización obligatoria para los afiliados será máximo del 12% del salario base de cotización de los cuales 2/3 partes de la cotización estarán a cargo del empleador, es decir el 8% y 1/3 estarán a cargo del trabajador, es decir el 4%.

Es importante resaltar que la base de cotización no podrá ser inferior al monto del salario mínimo legal mensual vigente, salvo lo dispuesto para las (los) trabajadoras(es) del servicio domestico conforme a la Ley 11 de 1998; de la misma manera cuando el afiliado devengue más de veinte (20) salarios Mínimos Legales Mensuales Vigente la base de cotización será limitada a dicho monto por el gobierno nacional. Finalmente los trabajadores cuya remuneración se pacte por la modalidad de salario integral, la base de cotización se calculará sobre el 70% de dicho salario.

Los trabajadores independientes cotizarán sobre los ingresos que declaren a la respectiva E.P.S. y serán responsable por la totalidad de la cotización (12%).

Los pensionados asumirán la totalidad del aporte (12%), el cuál se descuenta directamente de su mesada pensional.

3.5. SUMA DE LOS APORTES: CONCEPTO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO.

De los ingresos de las entidades promotoras de salud. Las cotizaciones (que hacen los trabajadores dependientes y sus empleadores, los trabajadores independientes y los pensionados) que recauden las entidades promotoras de salud pertenecen al sistema general de seguridad social en salud.

Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el plan de salud obligatorio para cada afiliado, el sistema general de seguridad social en salud reconocerá a cada entidad promotora de salud un valor per cápita, que se denominará unidad de pago por capacitación, UPC. Esta unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.

Las entidades promotoras de salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema en cuantas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad.

3.5.1. Unidad de pago por capitación, UPC.

Por cada persona afiliada y beneficiaria, la entidad promotora de salud recibirá una unidad de pago por capacitación, UPC, que será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Del monto de las cotizaciones de los afiliados, las EPS descontarán el valor de las UPC y trasladará la diferencia al fondo de solidaridad y garantía. En caso de ser la suma de las UPC mayor que los ingresos por cotización, el fondo de solidaridad y garantía deberán cancelar la diferencia el mismo día a la entidad promotora de salud que así lo reporte.

3.5.2. Pagos moderadores.

Los afiliados y beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadas y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del plan obligatorio de salud. En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el sistema, según la reglamentación que se adopte. Las cuotas moderadas son sumas de dinero que cancelen los afiliados y beneficiarios cada vez que utilizan los servicios liquidadas según su base de cotización en 3 grupos así:

BASE DE COTIZACION	CUOTA MODERADA
Menos de 2 S.M.M.L.V.	10% De I.S.M.D.L.V. ($700)
De 2 a 5 S.M.M.L.V.	40% De I.S.M.D.L.V. ($2.500)
Más de 5 S.M.M.L.V.	105% De I.S.M.M..L.V. ($7.000)

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente
SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente.

Los copagos corresponden a una parte del valor del servicio y solo son cancelados por los beneficiarios; el valor por estos conceptos, se determinan también de acuerdo al ingreso base de cotización de los afiliados cotizantes así:

BASE COTIZACION	COPAGO EVENTO	COPAGO ANUAL
Menos 2 S.M.M.L.V.	10% hasta ¼ SMMLV	Máximo ½ SMMLV
De 2 a 5 S.M.M.L.V.	15% hasta 1 SMMLV	Máximo 2 SMMLV
Más de 5 S.M.M.L.V.	20% hasta 2 SMMLV	Máximo 4 SMMLV

SMMVL: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

3.5.3. Valor de la UPC

Incrementar el valor promedio ponderado de la unidad de pago por capacitación, del régimen contributivo para el año de 1999, en 16.5%, dando como resultado la suma de $241.577.

Destinar medio (0.5) punto de la cotización para la subcuenta de promoción y prevención del fondo de solidaridad y garantía. Para realizar las actividades de promoción y prevención se destinarán cinco mil ochocientos ochenta pesos ($5.880) per cápita / año de esta subcuenta, para realizar contratos o convenios con las empresas promotoras de salud.

Autorizar hasta ocho mil pesos ($8.000) promedio per cápita / año, como recursos para las empresas promotoras de salud, EPS, provenientes de las cuotas moderadoras y de los copagos.

Cada EPS deberá destinar, a partir del 1° de enero de 1999 el 0.25% del ingreso base de cotización, para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general, a todos sus afiliados cotizantes.

Las licencias de maternidad se pagarán con cargo al fondo de solidaridad y garantía – subcuenta de compensación.

Estructura de la UPC

Fijar el valor de la unidad de pago por capitación por estructura poblacional y de costo para el régimen contributivo así:

Grupo Etéreo	Estructura de Costo	Valor Año	Valor Día
Menores de 1 año	2.47	$ 596.695.19	$ 1.657.48
De 1 a 4 años	1.28	309.218.56	858.94
De 5 a 14 años	0.68	164.272.36	456.31
De 15 a 44 años (Hombres)	0.60	144.946.20	402.63
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.24	299.555.48	832.09
De 45 a 59 años	0.81	195.677.37	543.54
Mayores de 60 años	2.28	550.795.00	1.529.98

A la unidad de pago por capitación del régimen contributivo se reconocerá una prima adicional del 33% en los departamentos de Amazona, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guanía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Provincia, Sucre, Vaupes, Vichada y la región de Urabá. Se exceptúan de este incremento las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia, en las cuales se aplicará la misma UPC definida para el resto del país.

En atención a circunstancias de orden socioeconómico reconocer una prima adicional a la capacitación del treinta y tres por ciento (33%) para los afiliados residentes en Vichada, Guanía, Vaupés, Amazona, Guaviare, Putumayo, Caquetá, Chocó, Casanare, Urabá, Meta y Arauca. Las ciudades de Villavicencio, Yopal y Arauca no tendrán derecho a esta prima.

3.5.4. Que es el UPC?

Significa Unidad de Pago Capitación (U.P.C.), y corresponde al valor que anualmente reconocerá el Fondo de Solidaridad y Garantía a las E.P.S., por cada uno de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Social en Salud. Actualmente (1999) la U.P.C. es de $241.577,oo para los afiliados al Régimen Contributivo. La UPC es diferente de la cotización que se realiza mensualmente por los afiliados y cuyo recaudo pertenece al Sistema, siendo esto delegado a la EPS por el FOSYGA. Mensualmente la EPS debe descontar del total de cotizaciones recaudada, un punto porcentual para la subcuenta de compensación, un punto porcentual para la subcuenta de solidaridad, medio punto porcentual para la subcuenta de promoción y prevención y 0.3% para el pago de las incapacidades temporales y licencias de maternidad; al valor restante de la descuenta el valor de las UPC de sus afiliados y diligencia el Formulario de Giro y Compensación el cual permite a la EPS consignar a la cuenta del FOSYGA los excedentes de esta operación o solicitar la compensación respectiva si dicha operación fue deficitaria. La UPC del régimen subsidiado par a1999 es de $128.570.

En cualquier de los dos casos, la UPC es diferente por grupos de edad, y por regiones. Las zonas de población dispersa y difícil acceso geográfico tienen una UPS mayor. Igualmente los menores de un año y los ancianos, por ejemplo, tienen una UPC mayor.

Que son Copagos y Cuotas Moderadas?

Para garantizar el uso racional de los servicios de salud y ayudar a financiar el sistema, la Ley 100 autorizó el cobro de cuotas moderadas y de copagos.

3.5.5. Como se Garantiza la Prestación de los Servicios?

El sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará a los afiliados la prestación del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) por parte de las EPS a través de la red de servicios. Además tendrán derecho al uso de la Red de Urgencias en todo el país y a la libre escogencia de IPS dentro de las opciones que las EPS ofrezcan.

De otro lado la libre escogencia, obliga a las EPS y a las IPS a implementar servicios con alto grado de calidad con el fin de mejorar sus ventajas competitivas y poder asegurar un buen número de afiliados.

3.5.6. Las Líneas Transparentes:

En el Ministerio de Salud existe una línea transparente de quejas y reclamos en cabeza de los Grupos de Atención al Usuario (G.A.U.) teléfono 9800-10097 para fuera de Santafé de Bogotá y 2838946 para llamadas locales o el 3340160 vía fax. En la Superintendencia Nacional de Salud, la línea transparente, Teléfono: 3364606 Extensiones 3082 y 2089. A nivel territorial se deberá consultar con las respectivas direcciones territoriales de salud.

¿Será que la unidad pago por capitación (UPC) actual y como esta concedido será suficiente para financiar el sistema contributivo?

4. CONCLUSION

Al hacer un análisis del régimen contributivo, no podemos olvidar que hace parte de la Ley 100, disposición legal del extenso y del complejo articulado antitécnica, repetitiva, contradictoria, a pesar que sostiene unas bases filosóficas en la solidaridad, equidad, oportunidad, calidad y eficiencia, en el régimen contributivo en la practica no se cumplen a cabalidad dichos postulados.

El alarmante crecimiento del índice del desempleo, el régimen contractual establecido por la ley 50 de 1990 que facilita a los empleadores el despido de los trabajadores, el desplazamiento de los trabajadores estatales por temporales y la contratación directa por subcontratación son factores externos que inciden negativa en una mejor calidad de vida para los colombianos y por ende en una estabilidad en su seguridad social.

Podemos decir sin temor a equivocarnos que la política neoliberal y el capitalismo salvaje se ven plasmada en el régimen contributivo en la creación de las EPS privadas donde los grandes grupos económicos fueron los únicos beneficiados.

La corrupción y la falta de una política estable que ampare al sector campesino más desprotegido en la seguridad social.

La resección económica que vive actualmente el país ha permitido el crecimiento del índice del desempleo que conlleva a aumentar la delincuencia común y acelerar la falta de seguridad social del pueblo colombiano.

El principio de la equidad no rige en nuestro pueblo colombiano y por lo tanto no existen la garantía y las condiciones básicas para la realización integral de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

CASTEL BLANCO DE CASTRO, Beatriz. Sistema de seguridad social integral Ley No. 100 de 1.993, Bogotá D.C: Publicitaria, 1.994. 239 p.

ESMERAL BARROS, Cesar. Contexto especifico de la reforma de la seguridad social en salud Ley 199 de 1.993. 280 p.

LEGIS. Régimen de seguridad social en Colombia. Santafé de Bogotá D.C: Legis 1.999. 821 p.

URIBE, Juan Pablo. Porqué se afecta económicamente el sistema de salud en: Revista hospitalaria No. 2 Noviembre – Diciembre de 1.998. 46 p.

WILCHES BAUTISTA, Gustavo. Fundamentos de la seguridad social. Bogotá DC: Jurídica radar, 1.983. 56 p.