

DIARIO OFICIAL 46.584

(28 de marzo de 2007)

CIRCULAR EXTERNA NUMERO 0020 DE 2007

(marzo 27)

Para: Afiliados al Régimen Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Salud, Empresas Sociales del Estado y Administrador Fiduciario del Fosyga.

De: Ministro de la Protección Social.

Asunto: Aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en cumplimiento del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007. Copagos y períodos mínimos de cotización.

Fecha: 27 de marzo de 2007.

El Ministerio de la Protección Social en ejercicio de las facultades establecidas en el Decreto 205 de 2003, se permite precisar aspectos relacionados con los copagos para los afiliados al régimen subsidiado y con los períodos mínimos de cotización o períodos de carencia de los afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento de las reglas adicionales que en materia de aseguramiento en salud ha previsto el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

1. Copagos para los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud

Con el propósito de lograr que la población más pobre y vulnerable, en particular aquellos clasificados en el nivel I del Sisbén, tengan un acceso efectivo a los servicios de salud, el literal g) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 dispuso que los afiliados del régimen subsidiado en salud no deberán cancelar suma alguna por concepto de copagos.

por lo tanto, a partir de la entrada en vigencia de la Ley 1122 de 2007, es decir, 9 de enero de 2007, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado no aplicarán lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 11 del Acuerdo 260 de 2004, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para los afiliados al régimen subsidiado que se encuentren clasificados en el nivel I del Sisbén.

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado en cumplimiento del deber de información que les asiste, deberán poner en conocimiento de sus afiliados la modificación prevista en el literal g) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

En relación con los demás afiliados del régimen subsidiado, se mantienen vigentes las disposiciones sobre la materia.

2. Períodos mínimos de cotización o períodos de carencia para los afiliados al régimen contributivo en salud

A partir de la vigencia de la Ley 1122 de 2007 y conforme lo dispone el literal h) del artículo 14, a los afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no se les exigirán períodos mínimos de cotización superiores a 26 semanas.

En consecuencia, los períodos mínimos de cotización establecidos en el artículo 164 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 61 del Decreto 806 de 1998, han sido modificados en cuanto al número de semanas se refiere.

Por lo anterior, para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo descritas a continuación, el afiliado requerirá 26 semanas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin que se exija el cumplimiento de este requisito en un período determinado.

Grupo 1. Aquellas definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud.

Grupo 2. Enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos -Mapipos, como del grupo ocho (8) o superiores.

Para quienes no cumplen con las 26 semanas que la nueva ley fija como requisito para periodos mínimos de cotización se sigue aplicando lo dispuesto en el párrafo del artículo 61 del Decreto 806 de 1998 que señala:

"Párrafo. Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de

cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiarios, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes".

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo como responsables de las funciones de aseguramiento que no hubieren tenido en cuenta lo previsto en el literal h) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, negando la prestación del servicio, deberán adelantar las gestiones necesarias para que aquellas personas que cuenten con el número de semanas exigido, les sean autorizados los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, POS, en condiciones de oportunidad y calidad.

Las Entidades Promotoras de Salud, contabilizarán el tiempo de afiliación tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, independientemente de la EPS en la cual estuviere afiliado el usuario, para calcular los períodos de carencia.

Publíquese y cúmplase.

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt.

(C.F.)