

DECRETO 2209 DE 1988

(octubre 25)

Por el cual se aprueba el Acuerdo número 043 del 15 de septiembre de 1988, del Consejo Nacional de Seguros Sociales obligatorios.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales y en especial de la conferida en el inciso final del artículo 43 del Decreto-ley 1650 de 1977,

DECRETA:

ARTICULO 1° Aprobar el Acuerdo número 043 del 15 de septiembre de 1988, emanado del Consejo Nacional de Seguros Sociales Obligatorios, por el cual se expidió el Reglamento del Seguro de Salud para los Trabajadores por Cuenta Propia, cuyo texto es el siguiente:

ACUERDO NÚMERO 043 DE 1988

(septiembre 15)

por el cual se expide el Reglamento del Seguro de Salud para los Trabajadores por cuenta propia.

El Consejo Nacional de Seguros Sociales Obligatorios, en ejercicio de sus facultades legales y en especial de la conferida en el artículo 43 literales b), c), d) y e) del Decreto ley 1650 de 1977, y

CONSIDERANDO:

Que entre las políticas del Gobierno y los planes de desarrollo social se encuentra la de

extender en forma eficaz y oportuna los servicios de salud al mayor grupo de población colombiana;

Que se hace necesario establecer un sistema de afiliación para los trabajadores por cuenta propia y para su familia, que les permita un acceso ágil y oportuno a los servicios de salud y que se encuentre al alcance de su capacidad económica;

Que la Junta Administradora del ISS y la Junta Administradora de Seguros Económicos, aprobaron el proyecto de Reglamento del Seguro de Salud para los Trabajadores por cuenta propia, mediante Acuerdos números 450 del 25 de mayo 1988 y 067 de junio 2 de 1988, respectivamente;

Que el Superintendente de Seguros de Salud emitió concepto favorable para la presente extensión de cobertura,

ACUERDA:

CAPITULO I

DEFINICIONES Y CAMPO DE APLICACION.

Artículo 1° Trabajador por cuenta propia es toda persona natural que realice en forma personal y directa una actividad económica, sin sujeción a vínculo laboral alguno.

Artículo 2° La extensión de la cobertura de los servicios médicos para los trabajadores por cuenta propia se hará por la modalidad de la medicina familiar y se prestará a través de contratación de la atención de grupos de familias, con unidades de servicio externas y del ISS con capacidad de atender la prestación.

Artículo 3° Se entiende por familiar del asegurado, para efectos de la prestación de los servicios de salud, las personas que el asegurado indique, dentro del segundo grado de consanguinidad y el segundo grado de afinidad, su cónyuge o, a falta de éste, su compañero

(a) permanente.

CAPITULO II

AFILIACION.

Artículo 4° El trámite para la afiliación se hará mediante la suscripción con el Instituto de un contrato de prestación de los servicios de salud, directamente por el asegurado o indirectamente por intermedio de asociaciones de las cuales sea miembro y cuya personería se encuentre debidamente reconocida.

Artículo 5° La afiliación es de carácter familiar y facultativa, para el trabajador por cuenta propia, con el compromiso de pagar una cuota de afiliación y unas franquicias, según los términos del contrato.

CAPITULO III

CUOTAS Y RECAUDOS.

Artículo 6° El pago de las cuotas de afiliación a cargo del asegurado se efectuará por períodos anticipados, con la posibilidad de que se otorguen descuentos por el pago oportuno o anticipado, o por la afiliación por períodos mayores de los mínimos que considere la reglamentación de este Acuerdo.

Artículo 7° El asegurado deberá pagar una franquicia en el momento que reciba los servicios, cuyo valor se determinará en el sistema de tarifas que apruebe el ISS.

El Instituto de Seguros Sociales observará como criterios para la cuantificación de las tarifas, desestimular el uso innecesario del servicio sin impedir el acceso a él. La franquicia se pagará por servicios cuya prestación dependa de la iniciativa del asegurado o de los

cuales él pueda hacer uso indebido.

Artículo 8° Corresponde al Director General del Instituto reglamentar las normas establecidas en cuanto a cuotas y franquicias, así como fijar periódicamente su monto con base en los resultados de los estudios de costos. El Director solicitará a la Superintendencia de Seguros de Salud el concepto previsto en las normas legales.

Artículo 9° El Instituto llevará registros contables separados respecto del movimiento corriente, donde se identifiquen los recaudos recibidos de los trabajadores por cuenta propia, y los gastos efectuados por los servicios prestados.

CAPITULO IV

LA PRESTACION DEL SERVICIO.

Artículo 10. La prestación integral de los servicios contratados con el asegurado se inicia desde el momento del pago de la cuota de afiliación. El Instituto establecerá los términos del contrato en donde se estipulará la franquicia de los servicios en los primeros seis (6) meses por el costo total de los mismos y la declaración del estado de salud, en forma semejante a los períodos de carencia establecidos para los trabajadores independientes.

Artículo 11. El asegurado o sus familiares podrán solicitar los servicios convenidos en la sede de la unidad de atención acordada en el contrato. Sin embargo, el asegurado podrá solicitar su adscripción y la de su familia a otra unidad de atención, de acuerdo con la reglamentación que expida la Dirección General del ISS.

Artículo 12. Las unidades de atención que prestarán los servicios a los asegurados podrán ser las hospitalarias y todas aquellas que reúnan los requisitos exigidos por la Superintendencia de Seguros de Salud, comprendidas las unidades del ISS con capacidad de asumir la prestación.

Artículo 13. La retribución que el Instituto pague a las unidades de atención será proporcional al número de familias adscritas y al total de personas aseguradas, y se convendrá para períodos definidos y en consideración de cada uno de los amparos cubiertos.

CAPITULO V

LOS AMPAROS.

Artículo 14. El presente régimen de trabajadores por cuenta propia consagra los siguientes niveles de amparo, que el asegurado determinará en cada caso particular, al momento de la afiliación:

Nivel 1:

Atención médica básica ambulatoria y de consulta externa.

Nivel 2:

Hospitalización por causas de baja complejidad.

Nivel 3:

Atención ambulatoria especializada y hospitalaria.

Nivel 4:

Atención odontológica general.

Nivel 5:

Atención odontológica especializada.

A cada uno de los anteriores niveles corresponden tarifas y franquicias diferentes, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 8° de este Acuerdo.

Artículo 15. La atención médica básica ambulatoria se define como el conjunto de servicios de baja complejidad destinados a resolver, en primera instancia, los problemas de salud

más prevalentes de los asegurados y familiares con acciones principalmente de promoción, prevención, detección precoz de factores de riesgo y tratamiento oportuno de la enfermedad, fortaleciendo los mecanismos de autocuidado y autocontrol.

Artículo 16. El primer nivel de amparo de la atención básica ambulatoria de salud de consulta externa incluye las siguientes actividades:

1. Actividades de información, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y autocuidado.

a) Información sobre los servicios, los mecanismos de organización, los trámites administrativos, las responsabilidades de los usuarios en la adecuada y racional utilización de los servicios;

b) Educación en salud, orientada hacia la promoción y fomento de la salud, así como a lograr que los beneficiarios asuman la responsabilidad de mejorar y conservar su bienestar físico, mental y social, a través de autocuidados. Los temas y contenidos para la atención básica son:

-En atención médica:

Patología prevalente en la región, entre otras, enfermedad diarreica aguda, parasitosis, infección respiratoria aguda, desnutrición, enfermedades de transmisión sexual, alcoholismo, drogadicción y auto-examen de seno.

-En atención odontológica:

Educación en salud oral, control de placas bacterianas, profilaxis, reconocimiento temprano de caries dentales y de la enfermedad periodontal, identificación de dietas cariogénicas, hábitos nocivos para la salud oral, cepillado correcto y uso de la seda dental.

c) Actividades generales de prevención tales como la vigilancia y control epidemiológico establecidas por el Ministerio de Salud tales como: consumo de sal yodada, control de riesgos específicos (entre otros: hábito de fumar, drogadicción, alcoholismo, consumo

exagerado de ácidos grasos saturados);

d) Protección específica de prevención con acciones de reconocida eficacia preventiva, tales como:

En atención médica:

Inmunizaciones.

En atención odontológica:

Aplicaciones de flúor, aplicación de sellantes, control de placa bacteriana y profilaxis dental.

2. Programas de atención delegada.

Con el fin de ofrecer una atención de mayor amplitud a los beneficiarios, se organizarán programas de atención delegada con la participación de personal profesional, técnico y auxiliar, que se ejecutarán de acuerdo con manuales operativos específicos preparados por la Subdirección de Servicios de Salud del Instituto.

El tipo de programa dependerá de las necesidades de los usuarios entre otras las siguientes:

Control de crecimiento, desarrollo y estado nutricional de los niños;

-Control prenatal, planificación familiar, diagnóstico precoz de cáncer uterino y seno, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, hipertensión, diabetes.

3. Atención médica ambulatoria.

a) Consulta médica general y de las especialidades de medicina interna, pediatría, obstetricia, cirugía y siquiatría;

b) Urgencias menores de manejo ambulatorio como suturas, drenajes y curación de heridas;

c) Apoyo diagnóstico del nivel básico que comprende: cuadro hemático completo, hemoclasificación, gota gruesa, prueba de embarazo por látex, serología, glicemia,

nitrógeno uréico, uricemia, creatinina, bilirrubina, frotis, cultivo y antibiograma de secreciones, urocultivo, recuento de colonias y antibiogramas, citología vaginal, citología oral, parcial de orina, coproanálisis y placa simple de RX para tórax, abdomen y huesos.

4. Suministro de medicamentos.

Comprende la provisión de las drogas incluidas en el formulario del Nivel Básico de Atención y otras drogas que sean necesarias para el tratamiento de patologías regionales específicas.

Artículo 17. El segundo nivel de amparo comprende la hospitalización por causas de baja complejidad y se define como la atención de urgencias y la hospitalización para los casos correspondientes al nivel primario de atención médica, en los riesgos de enfermedad general y maternidad que pueden ser atendidos por un equipo dirigido por el médico general.

Incluye la necesaria complementación diagnóstica y terapéutica de dicho nivel.

Artículo 18. El tercer nivel de amparo comprende la atención médica ambulatoria y la consulta externa en especialidades, distintas a las enunciadas en la atención descrita en el artículo anterior y en todas las subespecialidades médicas. El mismo nivel comprende la atención médica hospitalaria que debe estar al cuidado de médicos especialistas o subespecialistas.

Este amparo podrá especificarse en diferentes categorías de acuerdo con su complejidad y con la inclusión de medios especializados de diagnóstico y tratamiento, por medio del reglamento que expida el Director General del Instituto.

Artículo 19. El cuarto nivel de amparo comprende la atención odontológica general ofrecida por odontólogos generales y personal auxiliar; incluye los siguientes componentes:

a) Consulta de salud oral, profilaxis dental, detartraje, curetajes, obturaciones, tratamiento

de conductos,

exodoncias, drenajes, pequeñas cirugías y ortodoncia preventiva;

b) Apoyo diagnóstico del nivel básico referido a placas de RX periapicales y coronales y a citología oral para diagnóstico precoz del cáncer;

c) Provisión de las drogas que conforman el vademécum básico, para este grupo de población.

Artículo 20. El quinto nivel de amparo comprende la atención odontológica especializada que excede en complejidad a la general, especialmente en campos como periodoncia, endodoncia, operatoria, odontopediatría y cirugía.

Artículo 21. La Dirección General del ISS establecerá un sistema gradual planificado a fin de implementar el seguro de salud para trabajadores por cuenta propia, de manera que en los próximos tres (3) años, se busque un cubrimiento geográfico de 200 municipios y un número de asegurados no inferior al treinta por ciento (30%) de los trabajadores por cuenta propia.

Artículo 22. Mediante Acuerdo separado, el Consejo Nacional de Seguros Sociales Obligatorios, la Junta Administradora del ISS y la Junta Administradora de los Seguros Económicos, constituirán una comisión de evaluación encargada del seguimiento, análisis de resultados y formulación de recomendaciones sobre el régimen de seguros de salud para trabajadores por cuenta propia.

El Director del ISS, a solicitud de la Comisión de Evaluación, podrá contratar la realización de los estudios necesarios para los fines de este artículo.

La Dirección General del ISS informará periódicamente, en lapsos no mayores de seis (6) meses, a los tres organismos directivos del Instituto sobre el desarrollo del programa.

Artículo 23. Autorízase a la Dirección General del Instituto para establecer o contribuir a

establecer unidades de atención que sirvan de monitores de esta modalidad de prestación de servicios médicos en diferentes ámbitos sociales, con el fin de evaluar directamente experiencias útiles para ajustar las especificaciones de atención médica, de administración y de condiciones sanitarias de la población servida, que deben cumplirse en las demás unidades de atención.

Artículo 24. Autorízase a la Dirección General del Instituto para contratar tanto los servicios de promoción como la puesta en operación del sistema de seguros para trabajadores por cuenta propia, hasta cuando la planta del Instituto esté acondicionada para asumir tales funciones.

Artículo 25. Los servicios de salud que preste el ISS en cumplimiento del presente reglamento no podrán exceder a los que actualmente tiene establecidos para sus afiliados forzosos.

Artículo 26. Se faculta al Director General del ISS para que realice la reglamentación general del presente Acuerdo.

Artículo 27. Este Reglamento de excepción no deroga ni modifica los Reglamentos Generales de los Seguros Sociales Obligatorios, ni los de los Trabajadores Independientes, ni de los Sacerdotes Diocesanos y Miembros de las Comunidades Religiosas de la Iglesia Católica, ni los del Servicio Doméstico.

Artículo 28. El presente Acuerdo requiere para su validez de la aprobación del Gobierno Nacional.

Comuníquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, a los quince (15) días del mes de septiembre de mil novecientos ochenta y

ocho (1988).

(Fdo.) El Presidente,
JUAN MARTIN CAICEDO FERRER.

(Fdo.) El Secretario,
LUIS BENICIO JIMENEZ ARANGO.

ARTICULO 2° El presente Decreto rige a partir de su publicación.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.
Dado en Bogotá. D. E., a 25 de octubre de 1988.

VIRGILIO BARCO

El Ministro de Trabajo y Seguridad Social.
JUAN MARTIN CAICEDO FERRER.

El Ministro de Salud,
LUIS H. ARRAUT.