

DECRETO 488 DE 1996

(marzo 13)

por el cual se aprueba la modificación al Acuerdo número 013 de agosto 2 de 1994, que reglamenta los servicios de salud a cargo del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, ajustándolo a los lineamientos de la Ley 100 de 1993 y sus disposiciones reglamentarias.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las facultades que le confiere el literal i) del artículo 3º del Decreto 1591 de 1989,

DECRETA:

Artículo 1º. Apruébase la modificación al Acuerdo número 013 de agosto 2 de 1994, emanado de la Junta Directiva del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, cuyo texto es el siguiente:

«La Junta Directiva del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, en uso de las facultades que le confiere el Decreto 1591 de 1989,

ACUERDA:

Artículo 1º. Adoptar el siguiente Reglamento de prestación de servicios de salud, los cuales se señalan en el artículo 11 de éste, para los pensionados y beneficiarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

CAPITULO I

Generalidades

Artículo 2º. La prestación del servicio de salud está fundamentada en actividades de prevención y promoción de la salud, curación y rehabilitación de las enfermedades y sus secuelas; sin contemplar las exclusiones señaladas en el artículo vigésimo séptimo de este Reglamento.

En las áreas de prevención y promoción, es deber del pensionado y sus beneficiarios ser partícipes de los programas que al respecto adelanten las entidades contratistas.

Artículo 3º. Para la utilización de los servicios de salud que preste el Fondo, todo usuario debe estar provisto de carné de identificación o documento correspondiente que defina la Dirección. El Fondo, así como las entidades contratadas por éste, se abstendrán de prestar servicios a quienes no se encuentren provistos del carné de identificación o documento vigente, debidamente diligenciado a nivel local y expedido por la entidad autorizada para ello, por el Director del Fondo.

Artículo 4º. Constituyen usuarios de los servicios de salud a cargo del Fondo las siguientes personas:

a) Pensionados por invalidez;

b) Pensionados por vejez;

c) Pensionados por jubilación;

d) Sustitutos de pensionados;

e) Beneficiarios de pensionados señalados en los literales a), b) y c), que acrediten el derecho conforme a las leyes y reglamentos del Fondo, así:

1. Cónyuge o la compañera o compañero permanente, siempre y cuando dependan económicamente del pensionado.

2. Hijos menores de dieciocho (18) años de cualquiera de los cónyuges que hagan parte del núcleo familiar. Los hijos mayores de dieciocho (18) años con incapacidad permanente, cuya invalidez será determinada por el Fondo o aquellos que tengan menos de veinticinco (25) años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y

dependan económicamente del afiliado.

3. Los padres del pensionado (por jubilación, invalidez o vejez) que dependan económicamente de éste.

Parágrafo. De conformidad con el artículo diecisiete (17) del Decreto 1890 de octubre 31 de 1995, los pensionados o sustitutos podrán en cualquier tiempo solicitar su afiliación a una EPS. Los afiliados una vez tomada esta decisión no podrán ser reafiliados nuevamente al Fondo. La desafiliación del pensionado implica el retiro de sus beneficiarios.

CAPITULO II

Requisitos para la afiliación de beneficiarios

Artículo 5. Los beneficiarios del pensionado de conformidad con la Ley 100 de 1993, en cuanto acrediten su calidad de tales, serán afiliados por solicitud o no del pensionado, pues ésta no tiene un carácter discrecional. La calidad de beneficiario se acreditará anexando los documentos que se señalan en el artículo 6 del presente Reglamento.

La prestación del servicio de salud a beneficiarios implica automáticamente un descuento de un 3.5% de la mesada pensional, sin considerar el número de beneficiarios inscritos.

Artículo 6. Los documentos requeridos para la afiliación de beneficiarios son los siguientes:

I. Para los cónyuges

1. Examen físico de ingreso que será realizado por el contratista en cada localidad.
2. Registro civil de matrimonio.
3. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del (la) beneficiario (a).
4. Declaración del pensionado, de que éste depende económicamente de él.
5. Dos (2) fotos recientes.

II. Para las compañeras (os)

1. Examen físico de ingreso.
2. Declaración del pensionado (a), que se entiende prestada bajo la gravedad de juramento, de que ha convivido por un tiempo no menor de dos años; y de que éste depende económicamente, salvo compañera en embarazo, antes de ese tiempo.
3. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del beneficiario.
4. Dos (2) fotos recientes.

Parágrafo. En el caso de inscripción de la compañera en estado de gestación, el pensionado deberá presentar dentro de los veinte (20) días siguientes al parto, el registro civil de nacimiento del menor, so pena de que por la entidad se inicien las acciones del caso por conducta fraudulenta del afiliado.

III. Para los hijos (as)

Para todos los hijos examen físico de ingreso.

Si son menores de siete (7) años:

1. Registro civil de nacimiento.
2. Fotocopia del carné de vacunas.
3. Dos (2) fotos recientes.

Si están entre los siete (7) y los dieciocho (18) años de edad:

1. Registro civil de nacimiento.
2. Fotocopia de la tarjeta de identidad o comprobante de que se encuentra en trámite.
3. Dos (2) fotos recientes.

Si están entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años de edad:

1. Registro civil de nacimiento.
2. Fotocopia de la cédula de ciudadanía o comprobante de que se encuentra en trámite.
3. Certificación expedida por la institución docente, debidamente aprobada por el Ministerio de Educación, en donde esté adelantando sus estudios.
4. Dos (2) fotos recientes.

IV. Para los padres

1. Examen físico de ingreso.
2. Partida de bautizo del pensionado si nació antes de 1938 y registro civil de nacimiento para los nacidos después.
3. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del beneficiario.

4. Dos (2) fotos recientes.

Parágrafo 1. La solicitud de afiliación deberá estar acompañada en todos los casos de una declaración del pensionado que se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento, en la que manifieste que las personas que forman su grupo familiar no están afiliadas a otras entidades prestadoras de servicios de salud. Si por parte del Fondo o el contratista, se llegase a comprobar que tal situación no es cierta, se procederá por parte del Fondo a iniciar las acciones legales pertinentes.

Parágrafo 2. Quienes estuvieron inscritos como beneficiarios en el servicio médico y fueron retirados, y este evento ocurrió en un lapso no superior a dos (2) años contados con antelación a la fecha en que rige el presente Acuerdo, no deberán en el momento de su reinscripción someterse a examen médico.

Artículo 7. Los documentos estipulados en los artículos 5 y 6 del presente capítulo deberán ser presentados ante las instituciones contratadas, para la prestación del servicio médico, en cada localidad. El trámite para la carnetización o expedición del documento, será el que señale el Director General del Fondo.

Artículo 8. En caso de expedición de duplicado de carné o documento de identificación por pérdida y de acuerdo con lo señalado por la Dirección del Fondo, se deben presentar los siguientes documentos:

1. Declaración del usuario si es mayor de edad o de su representante legal si es menor, que se entiende prestada bajo la gravedad del juramento de que éste se extravió.
2. Registro civil de nacimiento si es menor de siete (7) años, fotocopia de la tarjeta de identidad para mayores de siete (7) años y de la cédula de ciudadanía para mayores de dieciocho (18) años.

3. Una (1) foto reciente.

4. Para los mayores de dieciocho (18) años y menores de veinticinco (25) años, certificado de estudios reciente.

CAPITULO III

Modalidad de atención

Artículo 9. Los servicios médicos a cargo del Fondo se prestarán a través de contratos con terceros.

Artículo 10. La auditoría de los servicios médicos que se definirán en el artículo 11 del presente Reglamento, se llevará a cabo de acuerdo con las regulaciones que sobre la materia profiera el Gobierno Nacional, a través de sus órganos competentes.

El Fondo y los contratistas darán continuidad a los Comités Regionales en donde representantes de los usuarios, los contratistas y el Fondo, evaluarán los servicios de salud con el objeto de dar solución oportuna a las dificultades que se plantean; y generar un sistema de comunicación a través de boletines que permitan mantener permanentemente informados a los usuarios al respecto.

El Fondo ejercerá la interventoría en el cumplimiento de las obligaciones que adquiere el contratista en virtud del contrato, por medio de interventores designados por el Director General del Fondo, éstos garantizarán el acceso a las instituciones, oficinas administrativas, las historias clínicas y suministrarán la demás información necesaria para la evaluación de los servicios de salud.

CAPITULO IV

Servicios de salud que presta el Fondo y obligatoriedad de los tratamientos

Artículo 11. El Fondo prestará a los pensionados y sus beneficiarios los siguientes servicios:

- a) Asistencia médica general y especializada;
- b) Asistencia de urgencias;
- c) Asistencia obstétrica y ginecológica;
- d) Asistencia hospitalaria médica, quirúrgica y psiquiátrica;
- e) Asistencia odontológica;
- f) Servicios de rehabilitación;
- g) Suministro de medicamentos;
- h) Exámenes y procedimientos de diagnóstico;
- i) Diálisis peritoneal y hemodiálisis;
- j) Oncología;
- k) Tratamiento para el Sida;
- l) Servicio de ambulancia;
- m) Suministro de complemento terapéutico;
- n) Programas de prevención para la tercera edad y de promoción de la salud.

Servicios de medicina general y especializada

Artículo 12. El Fondo y los contratistas prestarán los servicios de asistencia médica (medicina general y todas las especialidades y subespecialidades) a través de profesionales contratados para dicho efecto en las ciudades que acuerden la Dirección del Fondo y los contratistas. Dichos profesionales deben estar acreditados de conformidad con las normas que regulan esta materia.

Servicios hospitalarios y quirúrgicos

Artículo 13. Para los usuarios de los servicios de salud, los contratistas del Fondo asumirán la totalidad de los servicios de hospitalización, medicamentos, ayudas diagnósticas, laboratorio y asistencia médica y quirúrgica. No asumirá los costos por concepto de enfermería especial, teléfono, televisor, periódicos, cama de acompañante y otros servicios que no estén encaminados a la recuperación del paciente.

Parágrafo. En el caso de enfermería, los contratistas del Fondo, cubrirán los costos referentes a este servicio, siempre que sea de carácter hospitalario y autorizado por el médico tratante.

En los casos de desafiliación del cónyuge o compañero(a), el pensionado(a) deberá dirigir esta petición directamente al Fondo.

Asistencia obstétrica y ginecológica

Artículo 14. El contratista del Fondo, atenderá todos los servicios de obstetricia para las pensionadas y para las esposas o compañeras de pensionados, desde el momento de su afiliación.

El contratista no atenderá el control de embarazo y la atención del parto para las hijas beneficiarias, que resulten en embarazo.

Asistencia odontológica

Artículo 15. Los contratistas del Fondo prestarán los siguientes servicios tanto a pensionados como a beneficiarios:

- a) Semiología,
- b) Estomatología;
- c) Exodoncias;
- d) Periodoncias;
- e) Operatoria;
- f) Endodoncia;
- g) Cirugía con fines funcionales.

Suministro de medicamentos

Artículo 16. Los contratistas del Fondo, asumirán el suministro de medicamentos en forma global para los usuarios de los servicios de salud.

El contratista asumirá como vademécum para el manejo de los pacientes, el del Fondo, el cual se anexa al contrato que suscriba con la entidad el cual se constituye en una guía para la formulación y suministro de medicamentos. En todos los casos prevalecerá el criterio del médico tratante respecto a la formulación del paciente.

Los medicamentos suministrados deberán cumplir con los requisitos exigidos por el Ministerio de Salud.

Exámenes y procedimientos diagnósticos

Artículo 17. Los contratistas del Fondo, prestarán a todos los usuarios servicios de: imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, anatomía patológica, electrodiagnóstico, laparoscopia diagnóstico, endoscopia, medicina nuclear y demás exámenes paraclínicos, siempre que éstos se hayan ordenado por el médico tratante y realizados en las instituciones que los contratistas hayan determinado.

Artículo 18. El contratista del Fondo, garantizará la prestación de los servicios de: diálisis peritoneal y hemodiálisis, oncología (tratamiento médico y/o quirúrgico).

Se brindarán todos los servicios de salud, para pacientes con Sida.

Parágrafo. La entidad contratista, prestará los servicios de Banco de sangre.

Suministro de lentes

Artículo 19. El contratista, suministrará lentes para anteojos una vez cada cinco años, en adultos y una vez cada año en los niños (hasta los doce años), a partir de la última fecha de formulación, para la corrección de defectos de refracción que disminuyan la capacidad de visión, siempre que por razones médicas sea necesario su cambio en razón de la modificación del defecto padecido.

Servicio de ambulancia

Artículo 20. Los contratistas del Fondo ordenarán los servicios de ambulancia cuando se trate de una urgencia y cuando sean de carácter necesario, en cuyo caso serán los médicos tratantes quienes lo definan.

Otro tipo de transporte será definido por el médico de acuerdo con la situación del paciente.

Complemento terapéutico

Artículo 21. Este servicio se considera como parte integral de un tratamiento cuando exista concepto claro y por escrito del médico tratante.

El contratista, suministrará entre otros elementos: jeringas desechables (de acuerdo con el tratamiento formulado), bolsas de colostomía, lentes intraoculares, férulas, inmovilizadores, ortesis, prótesis, fajas, corsé, marcapasos y prótesis valvulares, etc., los cuales se entregarán cuando a juicio del médico tratante sea necesario para la rehabilitación del usuario.

Los elementos susceptibles de deterioro natural como zapatos ortopédicos y plantillas, se suministrarán una vez al año.

El contratista, suministrará prótesis mamaria externa únicamente cuando se haya practicado mastectomía después de la afiliación a los servicios de salud.

Parágrafo 1. Elementos requeridos para rehabilitación, tales como caminadores, muletas, sillas de ruedas, bastones, cuellos ortopédicos, tutores, balas de oxígeno; se suministrarán por el contratista en calidad de préstamo hasta que el tratamiento haya terminado.

Parágrafo 2. En los casos de pérdida, hurto y ruptura de cualquier elemento terapéutico suministrado en calidad de préstamo, ni el Fondo, ni el contratista lo repondrán y el usuario estará en la obligación de pagarlo o restituirlo.

Rehabilitación

Artículo 22. Los contratistas del Fondo prestarán a los usuarios de los Servicios de Salud, actividades y/o procedimientos de rehabilitación necesarios para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas, entre otros: fisioterapia y terapia respiratoria, terapia del

lenguaje y/u ocupacional, ortópticos y pleóptica, etc., servicios que se prestarán en las instalaciones de las entidades que los contratistas definan en cada localidad y ambulatoriamente, en los casos que médicamente esto sea necesario.

Programas de prevención, promoción y para la tercera edad

Artículo 23. El Fondo a través del contratista prestará a todos los usuarios, programas de prevención y promoción en salud, que deberán incluir todas las actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención, estipuladas dentro del artículo 165 de la Ley 100 de 1993, que reglamenta el Plan de Atención Básico; igualmente se hará énfasis en programas especiales para la tercera edad, tales como capacitación y recreación para estos usuarios.

Reembolsos

Artículo 24. Se le reconocerá al usuario los gastos que haya efectuado por su cuenta, por concepto de:

- Atención de urgencias en caso de ser atendido en instituciones no contratadas, cuando dicha urgencia genere observación y hospitalización, deberá reportar la misma el contratista dentro de las setenta y dos (72) horas hábiles siguientes.

- En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la entidad contratista, para cubrir las obligaciones para con sus usuarios (medicamentos, exámenes, diagnósticos, etc.).

- La solicitud de reembolso la hará el usuario dentro de los quince (15) días siguientes al gasto ante el Fondo, y será éste conjuntamente con el contratista quien evalúe la solicitud y tome una decisión al respecto.

-Si es favorable el reconocimiento, el contratista pagará dentro de los ocho (8) días calendario siguientes a la aprobación del reembolso, y se hará de acuerdo a las tarifas que el contratista tenga establecidas, si cuenta con infraestructura propia, o los que reconozca a quienes le prestan el servicio.

CAPITULO V

Traslado de servicios médicos

Artículo 25. Cuando un beneficiario solicite el cambio de radicación a otra de las ciudades donde el Fondo presta los servicios médicos asistenciales, deberá presentar la solicitud ante el médico divisionario respectivo, quien dará el trámite correspondiente e informará a los contratistas respectivos del servicio de salud esta novedad.

CAPITULO VI

Cancelación de servicios médicos

Artículo 26. Los servicios médicos a cargo del Fondo serán cancelados a los beneficiarios por una de las siguientes causas:

1. Por muerte del pensionado (salvo lo anotado en el párrafo de este artículo).
2. Por cambio de dependencia económica, es decir, cuando el beneficiario esté trabajando, y adquiera derecho a los servicios en una Entidad Promotora de Salud, EPS.
3. Hijos mayores de dieciocho (18) años que no estén estudiando.
4. Hijos mayores de veinticinco (25) años aunque dependan económicamente del

pensionado y se encuentren estudiando.

5. Por matrimonio del hijo(a).

6. Por voluntad del pensionado en el caso del cónyuge o compañera(o).

Para la desafiliación del cónyuge o compañera(o), el pensionado(a) deberá dirigir esta petición directamente al Fondo; señalando los motivos de su decisión.

Parágrafo. En el caso de muerte del pensionado se continuará la prestación de servicios a:

a) La esposa(o) o compañera(o) siempre y cuando al momento del fallecimiento del pensionado cuente con el respectivo carné;

b) Hijos menores de dieciocho (18) años que al momento del fallecimiento del pensionado cuenten con su respectivo carné;

c) Hijos mayores de dieciocho (18) años y menores de veinticinco (25) años que se encuentren estudiando, dependan económicamente del pensionado y que al fallecer éste, cuenten con el respectivo carné;

d) Padres del pensionado, siempre y cuando por falta de esposa(o) o compañera(o) e hijos se entiendan que heredan el derecho de sustitución pensional al causante; de lo contrario automáticamente se les suspenderá el servicio.

Estas personas deberán radicar los documentos requeridos para adelantar los trámites de sustitución pensional en un plazo máximo de treinta (30) días a partir de la fecha de fallecimiento del pensionado(a) o de lo contrario serán suspendidos los servicios.

CAPITULO VII

Otras disposiciones

Artículo 27. Exclusiones. Son exclusiones para los servicios de salud:

- a) Cirugía estética o con fines de embellecimiento;
- b) Tratamientos nutricionales con fines estéticos;
- c) Tratamientos para la infertilidad y/o impotencia sexual;
- d) Tratamientos no reconocidos por las Asociaciones Médico-científicas a nivel mundial o aquéllos de carácter experimental;
- e) Tratamientos o curas de reposo o del sueño;
- f) Medias elásticas de soporte;
- g) Tratamiento de várices con fines estéticos;
- h) Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquéllos estrictamente necesarios para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas;
- i) Atención que el afiliado se procure por su cuenta sin que medie el contratista, salvo aquella que haya sido de carácter urgente;
- j) Tratamiento de ortodoncia, implantes y prótesis en la atención odontológica;
- k) Planificación familiar por vía quirúrgica para ambos sexos;
- l) Amplificadores de audición (audífonos).

Artículo 28. Si el usuario no aceptara el tratamiento médico, odontológico o paramédico que ofrecen los contratistas del Fondo; o rehusara, suspendiera o abandonara, voluntaria e injustificadamente un tratamiento prescrito por un profesional debidamente autorizado; ni el Fondo, ni los contratistas asumirán responsabilidad alguna de tipo científico o económico sobre las consecuencias originadas en esta decisión. Así mismo se dejará constancia escrita en la respectiva historia clínica, de las situaciones anteriores.

Artículo 29. Este Reglamento no pretende contener la totalidad de lo que en materia de servicios de salud regula la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios; sin embargo, en desarrollo de sus servicios, el Fondo y sus contratistas aplicarán lo que en ellos se señala y sea pertinente.

Artículo 30. Cuando los hechos relacionados a continuación ofrezcan a primera vista las características de acción delictiva, se procederá a formular la correspondiente denuncia ante la autoridad competente.

- a) Extender a favor de terceras personas los servicios y recursos que el Fondo proporciona a sus afiliados y a los familiares de éstos;
- b) Hacer inscripciones fraudulentas de familiares mediante el uso de certificados falsos y/o declaraciones no ajustadas a los hechos;
- c) Hacer fraude con los medicamentos y/o elementos para rehabilitación, suministrados por el Fondo y las entidades contratistas.

Comuníquese y cúmplase.

El Presidente de la Junta Directiva,

Alfonso Campo Soto.

El Secretario,

Mario Ballesteros Mejía.»

Artículo 2. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santafé de Bogotá, D. C., a 13 de marzo de 1996.

Ernesto Samper Pizano

El Ministro de Transporte,

Carlos Hernán López Gutiérrez.