Preguntas sobre la unificación del POS

1. ¿Qué significa que se unifique TOTALMENTE el POS?

Respuesta: La unificación del POS significa que a partir del 1 de julio de 2012, 22 millones 514 mil 941 colombianos afiliados al Régimen Subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los afiliados al régimen contributivo. Significa que todos los colombianos de cualquier edad, tenemos el mismo Plan Obligatorio de Salud, sin importar si somos de régimen subsidiado o del contributivo.
El POS estaba unificado para los menores de 18 y los adultos de 60 y más años del régimen subsidiado. Desde el 1 de julio de 2012, 11 millones 444 mil colombianos entre 18 y 59 años del régimen subsidiado tienen acceso a los beneficios de la UNIFICACIÓN del POS.

2. ¿Cómo ha sido el proceso de Unificación del Plan Obligatorio de Salud?

Respuesta: Dando cumplimiento a las órdenes de la Ley 100 de 1993, la Sentencia T760 de 2008 de la Corte Constitucional y atendiendo el principio de equidad en el derecho de acceso a los servicios de salud, el Gobierno nacional inició en 2009 un plan por etapas para la Unificación de Plan Obligatorio de Salud. En desarrollo de este plan, la Comisión de Regulación en Salud CRES ha expedido cuatro Acuerdos relacionados con la UNIFICACIÓN:

- Acuerdo 04 de 2009: unifica el POS para los niños de 0 a 12 años
- Acuerdo 011 de 2010: unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años
- Acuerdo 027 de 2011: unifica el POS para los adultos de 60 y más años.
- Acuerdo 032 de 2012: unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.

El actual gobierno se comprometió a tener unificado en el año 2013 el Plan Obligatorio de Salud para todos los colombianos sin importar su capacidad de pago. Sin embargo, adelantó un año el cumplimiento de esta meta.

3. ¿Por qué la Unificación es un avance en equidad, calidad, movilidad y portabilidad?

Respuesta: **En equidad:** porque todos gozamos de los mismos beneficios, sin importar la capacidad de pago.
En calidad: porque todos tenemos acceso a tratamientos, procedimientos y medicamentos de calidad y tecnología.
En movilidad: porque la unificación abre la puerta para que las personas puedan pasar de manera más fácil de un régimen a otro cuando se cumplan los requisitos de ley previstos para el cambio de régimen.
En portabilidad: porque la unificación permitirá que en el futuro la atención del régimen subsidiado no se limite al municipio donde se afilió la persona, sino que pueda darse en otro lugar de país.

4. ¿Cómo es el Plan Obligatorio de Salud UNIFICADO?

Respuesta: El POS vigente en Colombia, definido por la Comisión de Regulación en Salud- CRES, en el Acuerdo 029 de 2011, es un conjunto de:

1. actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios.

730 medicamentos para la atención de toda y cualquier condición de salud, enfermedad
o patología para usuarios de todas las edades.
Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva hasta diversos tratamientos avanzados de todas y cualquiera de las enfermedades o condiciones que hacen necesaria la atención en salud.
Para conocer en detalle el contenido del POS vigente consulte los anexos 1 y 2 del Acuerdo 029 de 2012 que contienen los listados de medicamentos, procedimientos y servicios incluidos en el POS.

5. ¿Con la unificación de POS que cambios hay en la normatividad vigente?

Respuesta: El contenido de los Títulos I, II y IV de Acuerdo 29 de 2011 de la CRES que define el POS actual siguen vigentes. El texto del Título III (Artículos 51 al 66) y el Anexo 3, relacionados con coberturas de transición para la población afiliada al régimen subsidiado sin unificación, quedan sin efecto en razón de la unificación del POS.

6. ¿Cuáles son los principales beneficios de la unificación del Plan Obligatorio de Salud para los afiliados al régimen subsidiado?

Respuesta:

- Los afiliados al Régimen Subsidiado podrán disfrutar de más de 2.000 medicamentos, procedimientos y servicios en salud a los que antes no tenían acceso.
- Podrán acceder a consulta especializada de todo tipo, a exámenes diagnósticos como ecografías abdominales o gastroscopias, a operaciones para ojos, oídos, nariz y garganta, cirugía de mano o resonancias magnéticas, entre otros.
- Tendrán acceso a consultas de primera vez y control con especialistas sin necesidad de autorización de las Secretarías de Salud.
- Podrán hacer todos sus trámites en un mismo punto de atención y no tendrán que ir a las Secretarías de Salud para autorizaciones.
- Podrán acceder a los especialistas sin necesidad de pasar por el médico general en los casos de pediatría y obstetricia, cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados o cuando el paciente es remitido directamente de urgencias a un especialista.
- Tendrán acceso no sólo a la atención inicial de urgencias, sino a toda la atención de urgencias con cargo a la EPS.
- Podrán ser hospitalizados con cargo a la EPS en cualquier Unidad de Cuidados Intermedios, independiente de la causa.
- Podrán tener continuidad en el diagnóstico y tratamiento.

Los afiliados al régimen subsidiado conservan los derechos adquiridos en cualquiera de los servicios que el régimen subsidiado tenga de forma adicional al contributivo.

7. ¿Cuáles son las exclusiones y limitaciones del POS?

Respuesta: Según el artículo 49 del Acuerdo 029 de 2011 de la CRES, están excluidos entre otros, aquellos procedimientos, actividades y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, y de manera específica están excluidos, entre otros, los siguientes tratamientos:

De carácter estético, cosmético o suntuario
El suministro de lentes de contacto, sillas de ruedas, plantillas, etc.
Ciertos tratamientos como: curas de reposo o para el sueño; para la infertilidad; experimentales o con drogas experimentales;, sicoanálisis; tratamientos de periodoncia, ortodoncia y prótesis parciales o implantes. Consulte el listado explícito de exclusiones del Acuerdo 29 de 2011 de la CRES.

8. ¿El POS unificado cubre tratamiento psicológico y médico para problemas de alcoholismo?

Respuesta: La atención en salud mental está incluida en el POS independientemente de su causa. Los afiliados al régimen contributivo o al régimen subsidiado, con un trastorno o enfermedad mental como lo es la adicción al alcohol según el Plan Obligatorio de Salud contenido en el Artículo 1 del Acuerdo 029 de 2011 tienen derecho a que la EPS le cubra:
-Todas las tecnologías contenidas en dicho plan.
-Si el paciente es mayor de 18 años, en salud mental tiene derecho a:

- La internación total o parcial (hospital día) hasta por noventa (90) días.
- La psicoterapia ambulatoria individual por psiquiatría y por psicología, hasta treinta (30) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad.
- La psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología, hasta treinta (30) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad.

Si el paciente es menor de 18 años, estas últimas coberturas se duplican así:

- La internación total o parcial (hospital día), hasta por 180 días.
- La psicoterapia ambulatoria individual por psiquiatría y por psicología, hasta sesenta (60) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad.
- La psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología, hasta sesenta (60) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad.

9. ¿En el plan unificado del POS, podemos ir a las sedes del régimen complementario?

Respuesta: La unificación significa que las personas del régimen subsidiado acceden a los mismos servicios que las del régimen contributivo, no a los planes complementarios. Los planes complementarios son servicios a los que se accede de manera voluntaria por personas con capacidad de pago que están afiliadas al régimen contributivo.

10. ¿Cómo accedo a la información específica del contenido del POS unificado?

Respuesta: Existen dos sitios para acceder a la información de POS:
www.pos.gov.co y www.cres.gov.co En www.pos.gov.co usted encuentra seis archivos de preguntas frecuentes con sus respectivas respuestas sobre los siguientes temas: medicamentos, consulta externa, hospitalización, cuidados paliativos, reembolsos y otros, sobre copagos y cuotas moderadoras y temas generales. Se ofrece además un buscador que le permite digitar el procedimiento, servicio o medicamento y saber si está incluido en el POS vigente.
En www.cres.gov.co puede acceder al *Pospopuli* que es una herramienta interactiva creada por la Comisión de Regulación en Salud para divulgar de forma didáctica los contenidos del POS.

11. ¿Hay interrupción de los servicios para afiliados inscritos o que estén participando en un programa de atención especial por una patología específica?

Respuesta: De acuerdo con la Circular 027 de junio 13 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, no debe haber interrupción de la atención. A partir del 1 de julio las atenciones deben ser realizadas y suministradas por las EPS con cargo a la UPC.

12. ¿Qué pasa con los afiliados hospitalizados por un evento no incluido en el pos subsidiado?

Respuesta: De acuerdo con la Circular 027 de junio 13 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, las atenciones prestadas antes del 1 de julio son con cargo de la entidad territorial; y las atenciones prestadas a partir del 1 de julio son cargo de la Entidad Promotora de Salud (EPS).

13. ¿Quién debe asumir el costo de los tratamientos ordenados por el médico, de manera ambulatoria, antes del 1 de julio y los cuales no han sido realizados?

Respuesta: Las actividades, intervenciones, procedimientos, insumos o medicamentos no incluidos en el POS subsidiado con anterioridad al primero de julio, deben ser asumidos por la entidad territorial.

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

Respuesta: Siempre que a un usuario le sea negado un servicio debe EXIGIR que la EPS le entregue el FORMATO DE NEGACIÓN DEL SERVICIO firmado por un profesional de la salud de la EPS. La EPS está obligada desde el año 2007 a entregar este formato cuando niega un servicio. De este formato trata el Titulo VII PROTECCION DE LOS USUARIOS Y LA PARTICIPACION CIUDADANA de la CIRCULAR EXTERNA No. 047, CIRCULAR ÚNICA de la Superintendencia Nacional de Salud del 30 de noviembre de 2007. El formato es el Anexo 14 de la misma Circular. Está disponible en el portal de Internet de la misma entidad en: http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=aEe0n1FaiBQ%3d&tabid=103

El Ministerio de Salud y Protección Social avanza en la preparación de una norma que precisará los temas relacionados con la negación de los servicios por parte de las EPS, y las sanciones y reembolsos a que haya lugar en casos de negación de servicios.

15. ¿Con la unificación de los Planes de Servicios desaparece el Régimen Subsidiado?

Respuesta: ENo. Lo que se unificó son los contenidos del POS, pero seguirán existiendo los dos regímenes. Por ejemplo, los afiliados al Régimen contributivo como trabajadores y aportantes al Sistema siguen teniendo derecho a las prestaciones económicas para incapacidades y licencias de maternidad, a las que no acceden los afiliados al Régimen Subsidiado.

16. ¿Al tener acceso a mayores beneficios habrá cambios en los copagos del régimen subsidiado?

Respuesta: No. Los afiliados al régimen subsidiado seguirán con los mismos copagos y los del régimen contributivo con las mismas cuotas moderadoras y copagos. Las diferencias en valores de copagos y cuotas moderadora entre los dos regímenes son justificables porque la población del régimen subsidiado es más vulnerable y más pobre y por eso el Estado la está subsidiando. No puede haber igualdad entre desiguales. Las personas del régimen subsidiado son más pobres que las del régimen contributivo.

17. ¿Qué debo pagar cuando un servicio no está incluido en el POS?

Respuesta: Las Cuotas Moderadoras y Copagos, se encuentran definidas y reglamentadas en el Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS, norma que no distingue entre servicios POS o NO POS. Adicionalmente la normatividad vigente sobre Comités Técnicos Científico – CTC, establece que para recobros autorizados por ésta vía, la EPS debe descontar el valor de la Cuota Moderadora o Copago aplicada al usuario.

18. ¿Si compro un medicamento que es del POS y es una urgencia, la EPS me devuelve la plata?

Respuesta: Si. La Resolución 5261 de 1994 en su artículo 14 establece el reconocimiento de reembolsos para los casos de urgencia o cuando la EPS autorice y cuando se demuestre negligencia de la EPS en la entrega oportuna de un medicamento cubierto en el POS.

19. ¿Cómo se garantiza que la unificación sea una realidad?

Respuesta: La unificación es una responsabilidad de todos. El gobierno ha dispuesto los recursos necesarios para que la unificación sea una realidad. Las EPS están adecuando la ampliación de su red de servicios para atender de manera adecuada la demanda que se genera. Es importante que los usuarios hagan vigilancia, pongan las alertas y denuncien las irregularidades que tengan conocimiento.

20. ¿Cómo se va a financiar la Unificación?

Respuesta: Esta medida implica para el Gobierno Nacional un enorme esfuerzo fiscal, una inversión mensual de $120.000 millones de pesos y un alivio a las finanzas de las entidades territoriales.

21. ¿Se requieren este año recursos adicionales de los territorios para financiar la unificación?

Respuesta: No serán exigidos recursos diferentes a los señalados por la ley y ya establecidos para el año 2012.

22. ¿Cómo es la responsabilidad ahora de las EPS del régimen subsidiado? ¿Cómo se hará el control?

Respuesta: En las normas que regulan el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo no hay alusión alguna a acompañantes y en consecuencia los gastos de transporte o desplazamiento de estos, no hacen parte de las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo. En el caso del régimen subsidiado es igual, toda vez que el Acuerdo 029 de la CRES tampoco hay mención de acompañantes ni de los gastos conexos (Transporte, albergue, etc.).

23. ¿Cómo queda la responsabilidad de la entidad territorial con la Unificación?

Respuesta: Los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud son responsabilidad de las EPS y en el caso de la unificación, a partir del primero de julio, las EPS del régimen subsidiado asumirán el costo de todos servicios que hacen parte del POS. El control a las EPS sigue en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud. Los ciudadanos pueden presentar sus quejas a la Línea Gratuita Nacional: 01 8000 513700 En Bogotá (1) 483 7000) www.supersalud.gov.co

24. ¿Con la unificación pueden resultar perjudicados los afiliados del régimen contributivo?

Respuesta: No. Los afiliados al régimen contributivo siguen teniendo el mismo Plan Obligatorio de Salud y la misma cuota moderadora.

- **Circular 027 de 2012**
- **Explicación Circular 027 de 2012**

- **Financiación de la Unificación del POS**

© 2012 Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección: Cra. 13#32-72 Bogotá D.C. PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita desde otras ciudades del país: 01800-910097 Fax: (57-1) 3305050 Call center: (57-1) 5953525