

EDITORIAL I

La Ley 100 y los Servicios de Salud (II parte)

En el anterior número de la Revista, hice algunos comentarios sobre la Ley 100 y la "unión" como única fórmula salvadora de los médicos, ante el cambio que se nos aproxima.

Cuando Uds. estén leyendo estas líneas, espero que el Gobierno haya aplazado la iniciación de la aplicación de la Ley 100 en los Servicios de Salud, haya corregido algunas cosas como lo ha prometido el Ministro de Salud y haya madurado razonablemente el descontento médico.

Hoy les contaré, en mi afán de ilustrar a mis colegas, otros aspectos relativos al cambio que pueden ser de utilidad para los que aún no hayan tenido tiempo de leerlos y que son base de mis lecturas en los diferentes medios de difusión.

Veamos algo sobre el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado:

Régimen Contributivo:

Si la persona es un trabajador dependiente, independiente, servidor público o pensionado y "gana más de 2 salarios mínimos", tendrá que entrar obligatoriamente a este régimen. Deberá contribuir con una parte de su salario o de sus ingresos para recibir los servicios de salud. Si es un empleado, deberá contribuir con el 4% de su sueldo y el patrón aportará el 8%. Si es independiente, debe aportar el 12% de sus ingresos mensuales. Si quiere servicios adicionales, como habitación individual, tratamientos de alta tecnología, cirugía estética o tratamientos para la infertilidad, debe pagar dinero extra a la E.P.S. para acogerse a un PLAN COMPLEMENTARIO.

Régimen Subsidiado:

Si la persona está desempleada, es trabajador independiente, mayor de 65 años, huérfano, invidente, vendedor ambulante, albañil, campesino, madre comunitaria, etc. y gana "menos de 2 salarios mínimos", pertenecerá a este régimen y recibirá la atención en salud mediante un sistema especial: Los municipios, con el apoyo de los departamentos y el gobierno central, le pagarán total o parcialmente la atención en salud. Mediante una encuesta especial llamada "Sissben" se le determina el estrato socio-económico y el porcentaje del subsidio que le corresponde.

Si bien el Plan Obligatorio de Salud (POS) incluye todo tipo de enfermedades y tratamientos, es bueno tener en cuenta algunas limitaciones o exclusiones:

Por el POS se tiene derecho a ser atendido por padecer una enfermedad catastrófica al año (cáncer, sida, diálisis, hospitalización de más de 5 días). Si es víctima de más de una de estas enfermedades, tiene que pagar de su bolsillo o comprar un Plan Complementario que las cubra.

Están excluidos de este plan, ciertas enfermedades y tratamientos, como los siguientes:

Cirugía estética y tratamientos nutricionales con fines de embellecimiento; tratamientos contra la infertilidad; terapias a nivel experimental; tratamientos o curas del sueño o reposo; entrega de algunos elementos como zapatos ortopédicos, sillas de ruedas, lentes y fajas ortopédicas, entre otros.

Los trasplantes de órganos están prohibidos, así como los psiquiátricos y psicológicos prolongados. Las prótesis dentales, tratamientos de ortodoncia y periodoncia, no están reconocidos.

De igual forma, no son aceptados los tratamientos contra las várices que tengas fines estéticos y las actividades, procedimientos e intervenciones para enfermedades crónicas, degenerativas, cancerígenas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando no existan posibilidades de recuperación. Si se podrá brindar soporte psicológico o tratamientos contra el dolor y el sufrimiento.

Planes Complementarios:

Son conjuntos de servicios de salud que garantizan la atención médica, cuando se requieran actividades, procedimientos o intervenciones de salud que no estén incluidos en el POS o que garantizan condiciones diferentes o adicionales de "hotelería" (mejores clínicas, habitaciones no compartidas o más amplias, etc) o tecnología o cualquier otra característica adicional en la prestación del servicio. Los Planes Complementarios son financiados en su totalidad por el afiliado y tomarlos depende de la voluntad de cada persona.

No obstante, es obligación estar afiliado a una EPS y tener garantizado el POS. Dichos planes pueden ser ofrecidos por las EPS o cualquier entidad que cumpla con los requisitos. Los Planes Complementarios no reemplazan el Plan Obligatorio de Salud.

Más adelante seguiré comentando otros aspectos de los Servicios de Salud a manera de simple ilustración. Por ahora quiero recordarles a mis queridos colegas la importancia de la "unión" de todos nosotros frente a la "atomización" del gremio, que pretenden y seguirán pretendiendo las empresas pre-pagadas y las EPS. El ejemplo de los Dermatólogos de Bolívar y de los grupos de unión de Medellín y otras áreas del país, deben servirnos y estimularnos para defendernos. Los médicos que tengan suficientes pacientes particulares, no deben ser indiferentes a los que no los tienen. Deben apoyarlos, su presencia es necesaria. A quienes les están ofreciendo contratos actualmente con Medicina Pre-pagada, no deben firmar el compromiso hasta que no estén clarificadas las posiciones del grupo.

De la unión depende nuestro futuro.

JUAN PEDRO VELASQUEZ
Presidente A.C. de D.M.Q.