



UNIVERSIDAD DE NARIÑO

ACUERDO NÚMERO 087 DE 2002

(Diciembre 2)

Por el cual se **REGLAMENTA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño.

EL CONSEJO SUPERIOR DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO
en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, y

CONSIDERANDO:

1. Que la Ley 647 del 28 de febrero de 2001 modificó el inciso tercero del artículo 57 de la Ley 30 de 1992, en la cual se autoriza a las universidades estatales u oficiales organizar su propio sistema de seguridad social en salud y se determinan las reglas básicas de su funcionamiento.
2. Que el Consejo Superior Universitario creó el **FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD** de la Universidad de Nariño, mediante Acuerdo número 015 de Marzo 26 de 2001.
3. Que el Consejo Superior Universitario mediante acuerdo No. 038 de junio 19 del 2002, determinó los grupos poblacionales de la Universidad de Nariño que pueden afiliarse al Fondo de Seguridad Social en Salud de esta Institución.
4. Que es necesario reglamentar los servicios que el Fondo de Seguridad Social en Salud debe prestar a sus afiliados y beneficiarios y el mecanismo de afiliación.

A C U E R D A:

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

ARTICULO 1. - NATURALEZA JURIDICA: El Fondo de Seguridad Social en Salud es una dependencia especializada, adscrita a la Universidad de Nariño, con organización administrativa y financiera propia, a quien le corresponde por estatuto prestar los servicios médico asistenciales a sus usuarios conforme a leyes, convenciones y pactos vigentes, en las instalaciones propias o a través de la red de servicios del Fondo, al igual que el trámite y pago de los servicios de salud.

CAPITULO II

SISTEMA DE AFILIACIÓN

ARTICULO 2 - El Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño podrá afiliar a los docentes de tiempo completo vinculados a la Universidad de Nariño y sus beneficiarios.

ARTICULO 3. - Serán beneficiarios los miembros del grupo familiar del cotizante de acuerdo a lo estipulado en la Ley general de Seguridad Social en Salud y decretos reglamentarios, exceptuando el cónyuge cotizante.

ARTICULO 4. La afiliación al Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño se hace efectiva una vez cumplidas las siguientes etapas: Diligenciamiento, Presentación y recepción del formulario de afiliación y confirmación de la afiliación.

PARAGRAFO : La Dirección del Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño determinará la aceptación o no del aspirante, en un término máximo de 15 días hábiles siguientes a la recepción de la documentación respectiva.

ARTICULO 5. La identificación de los afiliados al Fondo de Seguridad Social en Salud se hará a través de la expedición de un carné según las características establecidas por la Ley.

PARAGRAFO: El carné tendrá vigencia de acuerdo al tipo de afiliación después de su expedición, así:

- Pensionados, Afiliados Cotizantes, Esposas, Compañero (a) permanentes. Vigencia indefinida.
- Hijos que dependan económicamente: Vigencia hasta los 18 años.
- Hijos estudiantes de 18 a 25 años que cursen estudios de dedicación exclusiva según constancia de matrícula.

ARTICULO 6. El Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño no podrá aplicar preexistencias a los nuevos afiliados al sistema, quienes tendrán los siguientes beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS) de acuerdo con el tiempo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

DESDE LA AFILIACION: Tratamiento inicial y estabilización del paciente en casos de urgencias. Tratamiento integral del embarazo, Atención del parto y del puerperio, atención del recién nacido.

DESPUES DE CUATRO SEMANAS DE AFILIACION: Atención integral a la población en educación, información, fomento de la salud y en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, los exámenes de laboratorio definidos en las normas vigentes, la atención odontológica definida en las normas vigentes, suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica. Para la atención de patologías de alto costo, deberá cotizar un mínimo de 100 semanas. Para cirugías programadas deben haber cotizado un mínimo de cincuenta (50) semanas. Para periodos menores de cotización el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario que será proporcional a las semanas cotizadas.

ARTICULO 7. PERÍODO DE PROTECCIÓN LABORAL: Una vez finalizada la relación laboral o el aporte correspondiente a la cotización en salud, el trabajador y su familia gozarán de los beneficios del POS hasta por cuatro (4) semanas, contadas a partir de la fecha de desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado como mínimo los seis (6) meses anteriores a la desvinculación del Fondo de Seguridad Social en Salud. Cuando el usuario lleve cinco (5) años o más de afiliación continua al Fondo, tendrá derecho a un período de protección laboral hasta de tres (3) meses.

ARTICULO 8 - No se permite que un trabajador tenga múltiples afiliaciones. Si trabaja con varios empleadores todos deben enviar la cotización que corresponda, al Fondo de Seguridad Social en salud.

ARTICULO 9. - El trabajador puede retirarse del Fondo, solo cuando tenga por lo menos un (1) año de afiliado y previa presentación de la solicitud a la nueva EPS por lo menos con treinta (30) días de anticipación.

CAPITULO III

PLAN DE BENEFICIOS

ARTICULO 10. - El Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño, prestará a sus afiliados, los siguientes planes de acuerdo al tipo de afiliación:

- Plan de Beneficios Afiliados Cotizantes Antiguos (PBACA).
- Plan de Beneficios Afiliados Beneficiarios Antiguos (PBABA).
- Plan Obligatorio de Salud Ampliado (POSA) nuevos afiliados.

ARTICULO 11. - El Fondo de Seguridad Social en Salud prestará servicios médico asistenciales:

- a) A través de su personal profesional, en las instalaciones propias del Fondo de Seguridad Social en Salud.
- b) En consultorios de profesionales especialistas adscritos a la red de servicios que éste contrate, previa remisión de un médico general vinculado al Fondo y con visto bueno de Coordinación Médica.
- c) A través de los convenios establecidos por el Fondo a nivel nacional.

PARAGRAFO : Para la remisión entre los diferentes niveles es indispensable operativizar el proceso de referencia y contrarreferencia, de acuerdo con las intervenciones y procedimientos que el Consejo del Fondo adopte. Se exceptúa de lo anterior la atención por urgencias.

ARTICULO 12. - El Fondo de Seguridad Social en Salud no asumirá los costos ni las consecuencias de los tratamientos efectuados por profesionales de la salud no autorizados previamente por el Fondo, excepto en los casos de urgencia. Estas deberán ser informadas en

un término no mayor a un (1) día hábil y justificadas a través del resumen de la historia clínica en un término no mayor a tres (3) días hábiles.

ARTICULO 13. - La atención de consulta médica general, especializada y alternativa en los consultorios o a domicilio, se reconocerá en un 100% a afiliados cotizantes y beneficiarios, nuevos y antiguos, previa autorización del Fondo.

ARTICULO 14. - El Fondo de Seguridad Social en Salud reconocerá el costo total de la atención de urgencias en horas no hábiles o cuando la situación lo amerite, previo cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Aviso oportuno a la Dirección del Fondo.
- b) Remisión de la epicrisis a la Coordinación médica, cuando el paciente sea hospitalizado y resumen de la historia clínica en otros casos, en un término no mayor a un (1) día hábil, salvo incapacidad de hacerlo.
- c) El reconocimiento económico se hará cuando la urgencia sea evaluada y reconocida como tal por la Entidad.

ARTICULO 15. - El Fondo de Seguridad Social en Salud estudiará y decidirá el manejo de la urgencia que requiera hospitalización en una ciudad diferente a Pasto, autorizando su permanencia en la Institución en donde se encuentra hospitalizado, u ordenando su traslado a una entidad adscrita al Fondo. Si el paciente, sus familiares o allegados no dan aviso o se oponen a su traslado, el Fondo solamente reconocerá los montos que tiene establecidos en el manual de tarifas vigente, previa presentación de los comprobantes.

ARTICULO 16. - En caso de licencia no remunerada o comisión ad honorem para los afiliados cotizantes, el Fondo de Seguridad Social en Salud no prestará la atención médica integral ni al afiliado cotizante ni a sus beneficiarios, excepto en el caso que éste continúe cotizando el aporte integral del 12%.

ARTICULO 17. - Para el cubrimiento de los servicios médicos a los afiliados cotizantes en comisión de estudios en el exterior, el Fondo de Seguridad Social en Salud reintegrará al afiliado cotizante y a los beneficiarios, el valor pagado del seguro o de la póliza en un ciento por ciento para el afiliado cotizante y en un sesenta por ciento para sus beneficiarios, previa presentación de los siguientes documentos:

- a) Acuerdo del Consejo Superior de aprobación de la comisión de estudios.
- b) Recibo de pago del seguro o de la póliza por el tiempo que se cobra.
- c) Carné de afiliación expedido en el sitio de la comisión.
- d) Constancia del Banco de la República del valor de la moneda extranjera en el momento de la adquisición de la póliza

PARAGRAFO 1: El Fondo de Seguridad Social en Salud no reconocerá este servicio cuando la beca incluya los seguros médico asistenciales del afiliado cotizante y/o de los beneficiarios.

PARAGRAFO 2: Para los nuevos afiliados a partir de la fecha de aprobación del presente reglamento no tendrán derecho a este servicio.

ARTICULO 18. - El Fondo de Seguridad Social en Salud reconocerá reintegros cuando haya autorización expresa al usuario para una atención específica o de urgencias de acuerdo al manual de tarifas vigente adoptado por el Fondo. La solicitud deberá realizarse en los quince (15) días hábiles siguientes a la conclusión de la atención del paciente, previa presentación de los documentos respectivos. En ningún caso el Fondo hará reconocimientos económicos, ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas.

CAPITULO IV**DE LA PRESTACION DEL SERVICIO ODONTOLOGICO ASISTENCIAL**

ARTICULO 19. - El Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño prestará a sus usuarios en un ciento por ciento (100%) la asistencia odontológica así: medicina oral, odontología preventiva, operatoria, periodoncia, endodoncia, cirugía oral y ortopedia realizados por el odontólogo general. Las ayudas diagnósticas como: rayos x y exámenes de laboratorio clínico a criterio de Coordinación Odontológica y sólo se autorizarán en las áreas señaladas en el presente artículo, incluyendo cirugía maxilofacial en caso de disfuncionalidad y no con carácter estético.

PARAGRAFO.- El Fondo de Seguridad Social en Salud no realizará, ni reconocerá tratamientos de implantes, ortodoncia correctiva, prótesis en oro, lo mismo que las ayudas diagnósticas en estas áreas.

ARTICULO 20. - El Fondo de Seguridad Social en Salud prestará a sus afiliados cotizantes antiguos el servicio de rehabilitación oral en todas sus formas y en un ciento por ciento (100%), los mismos no se reconocerán cuando se realicen fuera de las instalaciones del Fondo.

PARAGRAFO 1 - En caso de que el afiliado cotizante resida en una ciudad diferente a Pasto y requiera de tratamientos de rehabilitación oral, se reconocerá únicamente el valor establecido en las tarifas vigentes adoptadas por el Fondo, previa autorización de Coordinación Odontológica.

PARAGRAFO 2 - El cambio o sustitución de prótesis dentales, dependerá del criterio y evaluación de Coordinación Odontológica. Toda repetición de tratamientos en rehabilitación oral se autorizarán después de dos años de ejecutado el mismo y si el caso lo amerita.

PARAGRAFO 3 - Las remisiones de trabajos de rehabilitación oral, se harán a los laboratorios dentales adscritos al Fondo.

ARTICULO 21. - El Fondo de Seguridad Social en Salud prestará a sus usuarios el servicio especializado en endodoncia y cirugía oral en un ciento por ciento (100%) del costo por unidad dental.

ARTICULO 22. - El servicio de periodoncia especializada se prestará solo a los afiliados cotizantes antiguos.

ARTICULO 23. - El Fondo de Seguridad Social en Salud prestará los servicios especializados en ortodoncia preventiva a los beneficiarios antiguos menores de 12 años y se reconocerá el (30%) treinta por ciento del costo total de este servicio.

ARTICULO 24. - Cuando se presente una urgencia odontológica fuera de la ciudad, el usuario deberá informar a la Dirección del Fondo, en un plazo no mayor a un (1) día hábil y se justificará a través del resumen de la historia clínica en un plazo no mayor a tres (3) días hábiles a Coordinación Odontológica. En caso de reintegro se reconocerá según las tarifas vigentes en el Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño.

ARTICULO 25. - Los medicamentos prescritos por odontólogos generales y especialistas, se suministrarán previo el visto bueno de Coordinación Odontológica y cuando el paciente haya sido remitido por el Fondo.

ARTICULO 26- Las tarifas para los servicios odontológicos especializados se reconocerán de acuerdo al manual de tarifas vigentes adoptado por el Fondo de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO V

DE LA PRESTACION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

ARTICULO 27. - El Fondo de Seguridad Social en Salud prestará los servicios hospitalarios a través de entidades con las cuales ha establecido convenio y ocasionalmente con entidades no contratadas, previa remisión y autorización del Fondo.

ARTICULO 28. - Los médicos de consulta externa, los especialistas, personal de terapias complementarias y las instituciones hospitalarias adscritas, enviarán a Coordinación Médica la referencia y contrarreferencia según sea el caso y la epicrisis e historia hospitalaria que se incorporará a la historia clínica del usuario.

ARTICULO 29. - En caso de hospitalización y cirugía los usuarios tendrán derecho, previa autorización del Fondo al ciento por ciento (100%) de los costos en habitación unipersonal. Todas las actividades procedimientos e intervenciones hospitalarias serán sometidas a control de auditoría de servicios de salud.

ARTICULO 30. - Para la hospitalización de un usuario se debe presentar: la orden de remisión del Fondo, el carné y el documento de identidad respectivo.

CAPITULO VI

DE LA REFERENCIA DE PACIENTES Y MEDICINA ESPECIALIZADA

ARTICULO 31. - Cuando el usuario requiera tratamiento, valoración o control fuera de la ciudad, se tendrá por lo menos un concepto favorable de especialista adscrito al Fondo de Seguridad Social en Salud, para que el tratamiento sea analizado y aprobado por la Coordinación Médica del Fondo. Si ésta concluye que dicha referencia es pertinente y se justifica, remitirá al paciente a la ciudad, institución y/o especialista del caso. Cuando ésta crea necesario otros conceptos para justificar las referencias a otras ciudades podrá solicitarlos.

ARTICULO 32. - Cuando un afiliado antiguo sea referido por el Fondo a una ciudad diferente a Pasto, para exámenes, valoración o tratamiento, se le reconocerá transporte aéreo en tarifa económica a excepción de los casos de estricta urgencia y un aporte económico para viaje hasta por (3) tres días y medio. Este se cancelará teniendo en cuenta la siguiente escala:

EN SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES	PORCENTAJE SOBRE S.M.L.M.V.	
	DIA PERNOCTADO	DIA NO PERNOCTADO
De 0 a 3,614	26,33	13,165
De 3,615 a 5,606	36,33	18,165
Mayores de 5,606	39,98	19,99

A partir del cuarto día el auxilio se liquidará sobre el 75% del valor asignado en la anterior escala, hasta un máximo de VEINTE (20) días al año. Este reconocimiento requiere previa autorización

de la Dirección del Fondo; caso contrario los gastos de permanencia serán asumidos por el afiliado.

PARAGRAFO 1. - El transporte y auxilio se reconocerán únicamente al afiliado que se remite, a excepción de niños menores de 12 años, en cuyo caso se reconocerá transporte al acompañante. En casos excepcionales y previo concepto favorable del Comité de Auditoría Médica se aprobará transporte para el acompañante.

PARAGRAFO 2: No tendrán derecho los nuevos afiliados a partir de la fecha de aprobación del presente reglamento al auxilio para desplazamiento, ni al transporte para el acompañante.

ARTICULO 33 - Para la legalización de los avances respectivos, es indispensable presentar a Coordinación Médica el certificado de permanencia, el resultado de los exámenes y/o epicrisis, expedido por la oficina respectiva de la entidad y/o médico tratante. El coordinador médico podrá solicitar otros comprobantes si lo considera pertinente.

ARTICULO 34. - Los tratamientos psiquiátricos serán cubiertos por el Fondo de Seguridad Social en Salud en un ciento por ciento (100%) para los usuarios.

PARAGRAFO : Los tratamientos en hospitales psiquiátricos se autorizarán máximo por un lapso de treinta (30) días. La continuidad de estos tratamientos dependerá de la evaluación de Coordinación Médica del Fondo de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 35. - Los tratamientos en Psicología serán cubiertos por el Fondo de Seguridad Social en Salud en un 100% para los afiliados antiguos.

PARAGRAFO: Para los nuevos afiliados el Fondo de Seguridad Social en Salud autorizará un auxilio del 30%, para los tratamientos con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada, es decir cuando sobrepasen los treinta (30) días de tratamiento una vez hecho el diagnóstico. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad y solo durante la fase inicial. Tampoco se excluyen las terapias grupales.

ARTICULO 36. - En los casos de atención de maternidad a las hijas beneficiarias, solo se reconocerá la primera valoración al recién nacido.

ARTICULO 37. - El Fondo de Seguridad Social en Salud brindará atención pediátrica a los beneficiarios menores de un año, previa autorización de coordinación médica. A partir de esta edad y hasta los doce años, se prestará este servicio mediante el trámite normal.

ARTICULO 38. - Si el paciente está en control con un especialista, después del tercer control, debe regresar a consulta con el médico general para su valoración y seguimiento. Si el médico general considera que el paciente debe remitirse nuevamente al especialista, Coordinación Médica autorizará este servicio.

CAPITULO VII

DEL SUMINISTRO DE LENTES, MONTURAS Y LENTES DE CONTACTO

ARTICULO 39. - El Fondo de Seguridad Social en Salud suministrará a los afiliados antiguos lentes, monturas y lentes de contacto, cuando sufran de alteraciones de agudeza visual a juicio del oftalmólogo o del optómetra tratante, según el caso.

El Fondo reconocerá por este servicio los siguientes montos:

- a) Para lentes hasta el veinticinco por ciento (25%) de un salario mínimo legal mensual vigente, mínimo cada año por cambio de fórmula y cada dos años por deterioro de los mismos.
- b) Para monturas hasta el veinticinco por ciento (25%) de un salario mínimo legal mensual vigente, cada tres años.
- c) Para lentes de contacto hasta el cincuenta por ciento (50%) de un salario mínimo legal mensual vigente, cada tres (3) años; por indicación imperativa del oftalmólogo u optómetra tratante y cuando sea el medio más adecuado para la rehabilitación visual. No cubrirá lentes desechables, ni estéticos, sólo lentes con la fórmula para el defecto refractivo.
- d) En los casos funcionales mediante indicación del oftalmólogo tratante se autorizará la cirugía QUERATOTOMIA RADIAL, para lo cual el Fondo de Seguridad Social en Salud reconocerá única y exclusivamente al afiliado cotizante antiguo el (30 %) treinta por ciento del costo total de la cirugía y renunciará al derecho de lentes y monturas.

PARAGRAFO 1 - Cuando a juicio del optómetra el paciente requiera dos pares de gafas por graduaciones excepcionales o que sean difíciles de elaborar en una sola, el Fondo reconocerá el tope máximo aprobado tanto para lentes como para monturas.

PARAGRAFO 2 - Para los nuevos afiliados, el Fondo reconocerá por servicio de lentes, monturas y lentes de contacto los siguientes montos:

- a) Para lentes hasta el quince por ciento (15%) de un salario mínimo legal mensual vigente, mínimo cada año por cambio de fórmula y cada dos años por deterioro de los mismos.
- b) Para monturas hasta el quince por ciento (15%) de un salario mínimo legal mensual vigente, cada tres años.
- c) Para lentes de contacto hasta el treinta por ciento (30%) de un salario mínimo legal mensual vigente, cada tres (3) años; por indicación imperativa del oftalmólogo u optómetra tratante y cuando sea el medio más adecuado para la rehabilitación visual. No cubrirá lentes desechables, ni estéticos, sólo lentes con la fórmula para el defecto refractivo.

CAPITULO VIII

DEL SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO Y REHABILITACION

ARTICULO 40. - El Fondo de Seguridad Social en Salud reconocerá a sus usuarios el ciento por ciento (100%) en el servicio de laboratorio clínico, radiología, medicina nuclear, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, ecocardiograma, ecografía, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, procedimientos hermodinámicos y educación especial para pacientes con retardo psicomotor previo visto bueno de Coordinación Médica.

ARTICULO 41. - El Fondo de Seguridad Social en Salud reconocerá el ciento por ciento (100%) en implementos derivados de tratamientos médicos y/o quirúrgicos de acuerdo con la Ley, convenciones y pactos vigentes. También reconocerá este mismo porcentaje en prótesis y ortesis con las limitaciones y exclusiones previstas en el capítulo décimo del presente acuerdo.

PARAGRAFO: Para los nuevos afiliados el fondo autorizará por concepto de suministros no incluidos en el POS (resolución 5261 del 94) un auxilio del 30%.

ARTICULO 42. - El Fondo de Seguridad Social en Salud reconocerá el ciento por ciento (100%) de audífonos convencionales cada cinco años, previa autorización de Coordinación Médica.

PARAGRAFO 1: Para los afiliados antiguos el suministro de audífonos Intraauricular, Intracanal y completamente dentro del canal, se reconocerá el treinta por ciento (30%) del costo total de este suministro.

PARAGRAFO 2: Para los nuevos afiliados el suministro de audífonos Intraauricular, Intracanal y completamente dentro del canal se reconocerá el treinta por ciento (30%) del costo total de este suministro única y exclusivamente para el afiliado cotizante.

CAPITULO IX

DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

ARTICULO 43 - El Fondo de Seguridad Social en Salud suministrará los medicamentos que sean prescritos por los médicos y odontólogos generales y especialistas vinculados al Fondo, de acuerdo al vademécum adoptado por éste, con visto bueno de coordinación médica u odontológica. Cuando se trate de urgencias comprobadas, el Fondo reconocerá los gastos de medicamentos y demás servicios asistenciales previo visto bueno de Coordinación Médica.

PARAGRAFO 1. - Todos los medicamentos contemplados en el Plan Obligatorio de Salud y definidos en el manual de medicamentos esenciales y terapéutica se formularán y dispensarán con denominación genérica. Además se incluirán en el vademécum algunos medicamentos que se consideren indispensables para la mayor eficacia terapéutica.

PARAGRAFO 2. - Para medicina alternativa en un ciento por ciento (100%) de los medicamentos alternativos que sean producidos y comercializados en el país con licencia del INVIMA y del Ministerio de Salud, siempre y cuando sean formulados por un profesional acreditado y con visto bueno de Coordinación Médica.

ARTICULO 44. - El Fondo de Seguridad Social en Salud adoptará su propio vademécum, de acuerdo con el perfil epidemiológico de sus usuarios.

ARTICULO 45. - Si fueren indispensables para la vida y salud del paciente formular medicamentos no incluidos en el vademécum adoptado por el Fondo de Seguridad Social en Salud, estos se podrán formular teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- a) La formulación del medicamento deberá ser expedida por personal autorizado de la Institución. (médicos y odontólogos vinculados mediante contrato y/o adscritos al Fondo.)
- b) Deberá existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, el que deberá ser demostrable y constar en la historia clínica del mismo.
- c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del vademécum, sin haber obtenido respuesta clínica satisfactoria en el término previsto en sus indicaciones o de observar reacciones adversas intoleradas por el paciente, sin alternativas en el vademécum adoptado por el Fondo de Seguridad Social en Salud, de lo anterior se dejará constancia en la historia clínica del paciente.
- d) Sólo se podrán prescribir medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su expendio en Colombia.

ARTICULO 46. - Para la prescripción facultativa, los médicos u odontólogos que laboran o hacen parte de la Red de servicios de salud del Fondo de Seguridad Social en Salud, deberán tener en cuenta las siguientes normas:

- a) Toda prescripción deberá hacerse por escrito, previa evaluación de los pacientes, registro de sus condiciones, estudio clínico y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello el nombre genérico.
- b) Que se usen únicamente los recetarios diseñados para tal efecto por el Fondo de Seguridad Social en Salud.
- c) Que la fórmula sea elaborada en forma completa, sin dejar en blanco ninguna de las casillas de las que correspondan al médico u odontólogo, en original y con las copias correspondientes.
- d) Que el profesional de salud se ciña al vademécum adoptado por el Fondo de Seguridad Social en Salud.
- e) Que la fórmula esté de acuerdo con las normas administrativas y de farmacia. El no cumplimiento de lo anterior determinará que la fórmula no sea despachada y se devuelva al médico u odontólogo tratante para su corrección.
- f) En los casos en que los especialistas prescriban fórmulas cuyas cantidades de medicamento excedan de un tiempo superior a treinta días, Coordinación Médica autorizará lo correspondiente a un mes, hasta completar la totalidad de la fórmula.
- g) Informar al paciente sobre su vía de administración, forma y condiciones de uso, posibles efectos secundarios, riesgos y qué hacer cuando éstos se presenten.
- h) Instruir al paciente sobre las condiciones de prescripción, cómo reconstituirlos cuando así se requiera, cómo almacenarlos, cómo medir la dosis y cuándo desecharlos o destruirlos.
- i) Por ningún motivo se podrá cambiar la concentración, la forma farmacéutica ni la cantidad prescrita.
- j) Registrar el código del diagnóstico que generó la medicación.

ARTICULO 47. - El suministro de la fórmula prescrita tiene validez por tres (3) días hábiles a partir de la fecha de expedición. En caso contrario el paciente deberá someterse a nuevo control.

ARTICULO 48. - El medicamento será suministrado exclusivamente por el depósito del Fondo de Seguridad Social en Salud. Los medicamentos que no se encuentren en el inventario del depósito, serán suministrados por las droguerías con las que se tenga convenio.

ARTICULO 49. - Ningún medicamento podrá ser sustituido ni reemplazado por el proveedor; esto lo puede hacer el médico tratante.

ARTICULO 50. - El Fondo de Seguridad Social en Salud no podrá autorizar el suministro de medicamentos ni autorizar el pago de la fórmula respectiva cuando:

- a.) La fórmula tenga más de tres (3) días hábiles de expedida.
- b.) La fórmula presente adulteraciones, enmendaduras, tachones, borrones, adición de medicamentos, etc.
- c.) La firma del profesional autorizado por la Institución, sea alterada o no corresponda a la registrada.
- d.) La fórmula esté mal elaborada en lo referente a unidades en letras o en números, descripción del medicamento, concentración, volumen y forma de aplicación.

ARTICULO 51. - Será responsabilidad del jefe de farmacia del depósito de medicamentos o de la respectiva droguería que tenga contrato con el Fondo, llevar control de los medicamentos con el objeto de prevenir su vencimiento, obtener su cambio oportuno y cumplir con los requisitos mínimos que garanticen su conservación.

ARTICULO 52. - El Fondo de Seguridad Social en Salud controlará y hará seguimiento permanente sobre el proceso de formulación, a través de Auditoría de servicios de salud y del revisor de facturación de medicamentos del mismo.

CAPITULO X

EXCEPCIONES

ARTICULO 53. - El Fondo de Seguridad Social en Salud de la Universidad de Nariño prestará a sus usuarios asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacológica, de apoyo diagnóstico y terapéutico, exceptuando las siguientes:

- a) Actividades, procedimientos e intervenciones cuando su fin sea estético.
- b) Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- c) Tratamientos para la infertilidad.
- d) Tratamientos para el alcoholismo y la drogadicción.
- e) Tratamientos de rehabilitación oral, en lo referente a las piezas ausentes al realizar el examen de admisión.
- f) Tratamientos de implantes, ortodoncia correctiva, prótesis en oro, lo mismo que las ayudas diagnósticas en estas áreas.
- g) Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellas de carácter experimental.
- h) Medias elásticas de soporte, fajas, zapatos ortopédicos, plantillas corsés.
- i) Tratamientos con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
- j) Transplante de órganos. Exceptuando el transplante renal, de médula ósea, de corazón y el de córnea con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas guías integrales de atención.
- k) No se reconocerá cremas dentales, seda dental, ni enjuagues bucales, ni cepillos de dientes.
- l) No se suministrarán artículos suntuarios, cosméticos, complementos multivitamínicos, líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús de ningún tipo, jabones, leches, cremas hidratantes, antisolares, drogas para la memoria o impotencia sexual, hormona del crecimiento, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos.

PARAGRAFO - Las actividades de los literales a) y b) del presente artículo serán evaluadas por el Comité de Auditoría Médica.

CAPITULO XI

DE LAS INCAPACIDADES

ARTICULO 54. - Sólo se expedirán certificados de permanencia o incapacidad, cuando el usuario haya sido debidamente referido fuera de la ciudad y exista constancia en la historia clínica de su hospitalización, de su atención por el profesional respectivo o de estar cumpliendo citas para exámenes paraclínicos o ayudas diagnósticas.

ARTICULO 55. - Toda incapacidad debe expedirse únicamente con base en el criterio médico y no tendrá retroactividad a excepción del paciente psiquiátrico.

ARTICULO 56. - Los certificados por incapacidades expedidas a través de los servicios de urgencias sólo serán reconocidos por el día que asiste el afiliado a dicho servicio. Si el afiliado requiere más días de incapacidad, ésta deberá ser expedida por el médico general o Coordinación Médica del Fondo.

ARTICULO 57. - Todas las incapacidades expedidas por médicos y odontólogos del Fondo llevarán el visto bueno de la respectiva coordinación. Las incapacidades de nueve (9) a treinta (30) días serán expedidas por el especialista. En casos excepcionales la expedirá Coordinación Médica.

PARAGRAFO 1 - Las incapacidades entre treinta y noventa días serán revisadas por la junta médica laboral, integrada por el médico u odontólogo coordinador, un médico u odontólogo escogido por Dirección y el especialista tratante según el caso. El resultado del análisis de la junta será entregado a la Dirección del Fondo.

PARAGRAFO 2 - Los pacientes con incapacidades mayores a noventa (90) días serán referidos al médico especialista en salud ocupacional, adscrito al Fondo de Seguridad Social en Salud, quien evaluará el caso clínico y emitirá concepto por escrito dirigido a la Dirección del Fondo.

ARTICULO 58. - Las incapacidades llevarán un número consecutivo en el formato establecido por el Fondo de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 59. - Las incapacidades por enfermedad general se liquidarán tanto para afiliados cotizantes antiguos como para los nuevos así:

La Universidad asumirá el 67% del valor de la incapacidad y el 33% restante lo asumirá el Fondo de Seguridad Social en Salud, dependiendo de los recursos económicos.

PARAGRAFO: No se reconocerán incapacidades en casos de procedimientos estéticos.

ARTICULO 60. - Las Licencias de Maternidad serán reconocidas por el Fondo de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 61. - Para el reconocimiento de las prestaciones económicas por licencia de maternidad se requiere que la usuaria haya cotizado como mínimo un tiempo igual al periodo de gestación.

CAPITULO XII

DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS DEL FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ARTICULO 62. - Son derechos de los usuarios:

- a) Recibir del Fondo los beneficios, recursos y las tecnologías disponibles para atender su enfermedad, mejorar su salud y prevenir complicaciones, con base en los conocimientos científicos vigentes y en la organización de las instituciones por grado de complejidad, según las disposiciones vigentes.
- b) Escoger libremente al profesional competente para la atención de su salud, de acuerdo con las opciones de disponibilidad existentes en el Fondo.
- c) Recibir instrucciones y apoyo acerca de la forma de proteger, mantener, mejorar y restablecer su salud.
- d) Participar en los organismos de control y supervisión de los servicios de salud que presta el Fondo de Seguridad Social en Salud.
- e) Recibir de los funcionarios del Fondo de Seguridad Social en Salud un trato humanizado, amable y respetuoso.

Son deberes de los usuarios:

- a) Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- b) Presentar al momento de solicitar cualquier servicio la documentación requerida
- c) Suministrar información veraz, confiable, clara y completa sobre su estado de salud.
- d) Cumplir con las normas, reglamentos y las instrucciones de las instituciones y de los profesionales que les prestan atención en salud.
- e) Cuidar de los recursos, las instalaciones y hacer uso racional de los servicios de salud del Fondo de Seguridad Social en Salud.
- f) Tratar con dignidad al personal que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.
- g) Reintegrar los medicamentos sobrantes e implementos terapéuticos.
- h) No comercializar con los medicamentos e implementos de rehabilitación y tratamientos que el Fondo de Seguridad Social en Salud entregue a los pacientes.
- i) Cumplir con los estatutos y reglamentos vigentes del Fondo.

PARAGRAFO: El incumplimiento de los Deberes serán sancionados de acuerdo a la Ley, los estatutos y reglamentos vigentes del Fondo.

CAPITULO XIII

DE LAS FALTAS DISCIPLINARIAS Y SANCIONES

ARTICULO 63. - CONDUCTAS ABUSIVAS O DE MALA FE: Cuando el afiliado cotizante o beneficiario incurra en las siguientes Causales:

1. Solicitar u obtener para si o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios.
2. Solicitar u obtener la prestación de servicios del Fondo de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos.
3. Suministrar al Fondo de Seguridad Social en Salud, en forma deliberada, información falsa, incompleta o engañosa.
4. Utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener cualquier beneficio del Fondo.
5. Adulterar cualquier documento de uso exclusivo del Fondo.

Serán sancionados por el Consejo del Fondo de Seguridad Social en Salud de acuerdo a la gravedad de la falta mediante suspensión temporal de los servicios y reintegro por parte del afiliado cotizante al Fondo el valor de los perjuicios ocasionados. Cuando la falta es grave y de reincidencia hasta la suspensión definitiva de los mismos.

ARTICULO 64. - Se suspenderá la afiliación cuando no se presenten los soportes exigidos en el Manual de afiliaciones para los beneficiarios.

CAPITULO XIV

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 65. - Los documentos clínicos, datos e información que posea el Fondo de Seguridad Social en Salud serán estrictamente confidenciales y de la reserva del profesional y

no podrán comunicarse o darse a conocer a terceras personas. La historia clínica del Fondo estará regida según lo establecido en la Resolución No. 1995 del 8 de julio de 1999 del Ministerio de Salud.

ARTICULO 66. - Las facturas de los oferentes adscritos a la red prestadora de servicios de salud del Fondo deberán ser revisadas por liquidación de cuentas, Coordinación Médica u Odontológica, Auditoría de Servicios de Salud y refrendadas por Dirección del Fondo. Para el reconocimiento y pago de las facturas deberán presentarse los documentos establecidos por ley.

ARTICULO 67. - Para dar cumplimiento a la resolución 2569 de septiembre de 1.999, expedida por el Ministerio de Salud, el Fondo conformará una dependencia técnica, para la calificación del origen de la enfermedad profesional que será evaluada en primera instancia por el Fondo de Seguridad Social en Salud, como IPS que atiende al afiliado cotizante.

ARTICULO 68. - El Fondo de Seguridad Social en Salud, no autorizará actividades, intervenciones y procedimientos no contemplados expresamente en el presente acuerdo.

ARTICULO 69. - LIBRE ESCOGENCIA: La afiliación al Fondo es libre y voluntaria por parte del afiliado, así mismo el Sistema asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las EPS y las IPS, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios y de la red de servicios con que cuente el Fondo.

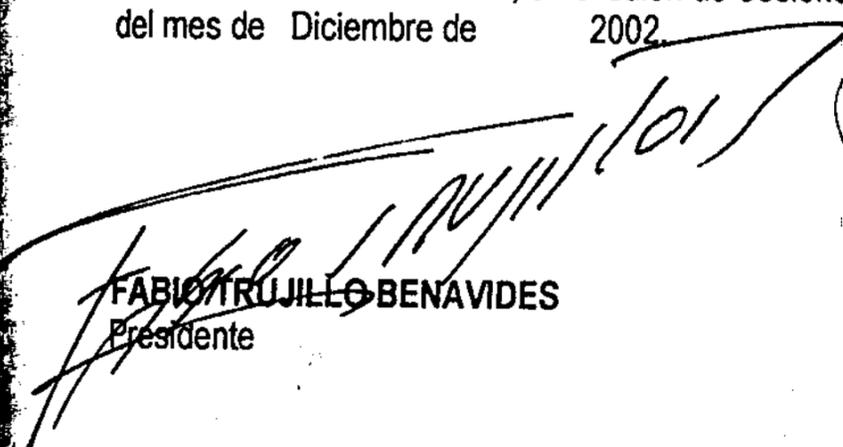
ARTÍCULO 70. - REASEGUROS: El Fondo de Seguridad Social en Salud adelantará las acciones pertinentes para contratar la póliza para reaseguro o constituir un Fondo con destinación específica, con el fin de cubrir las patologías de alto costo.

ARTICULO 71. - El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición y deroga los Acuerdos 102 del 22 de Diciembre de 2.000 y el 038 de junio 19 de 2002 expedidos por el Honorable Consejo Superior Universitario y los que le sean contrarios.

ARTICULO 72. - Consejo Superior, Rectoría, Vicerrectoría Administrativa, Consejo del Fondo de Seguridad Social en Salud, Oficina de Planeación, Recursos Humanos, Control Interno, anotarán lo de su cargo.

COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE.

Dado en San Juan de Pasto, en el salón de Sesiones del Consejo Universitario, a los dos días del mes de Diciembre de 2002.


FABIO TRUJILLO BENAVIDES
Presidente


HECTOR RODRÍGUEZ GUERRÓN
Secretario