

SSA

SECRETARIA SALUD Y AMBIENTE

DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL



vigilado Supersalud
Línea Gratuita Nacional 01 8000 9030

DEFENSORIA DEL USUARIO
cra. 11 No. 34 - 52 Piso 1
Tel. 6520801 - 6337000 Ext. 280
Email: ssaludsac@bucaramanga.gov.co

Dirección:
SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE
calle 35 No. 10-43 Piso 2
Tel. 6337000 Ext. 246



Bumanguenses
SALUDables
Un compromiso de vida



Bucaramanga
una sola ciudad, un solo corazón.

PASATIEMPO

Sudoku se juega en una cuadrícula de 9x9, subdividida en cuadrículas 3x3 llamadas "regiones".

Sudoku comienza con algunas casillas ya rellenas por números

El objetivo del Sudoku es rellenar todas las casillas vacías con números del 1 al 9 (sólo un número en cada casilla) de acuerdo con estas instrucciones

Un número sólo puede aparecer una vez en cada fila

Un número sólo puede aparecer una vez en cada columna

Un número sólo puede aparecer una vez en cada región

Se puede resumir en que un número solamente puede aparecer una vez en cada fila, columna y región.

		7			5	9		
	1				4	2		
			9				8	
			6		2			5
		1		7				
	6					7		
				3				6
		3	4			5	1	
9				8				

1	6					3		
		9	7	1				
		3			8			9
7				4				5
			8		2			
6				3				8
9			2			7		
				9	1	4		
		5					6	1

9	2		4		6		7	1
			9	3	7			
7				1				5
1	7		8		5		4	6
			1		2			
4	9		7		3		2	8
5				2				7
			6	8	1			
3	1		5		9		8	4

DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Dr. Luis Francisco Bohórquez
Alcalde de Bucaramanga

Claudia Mercedes Amaya Ayala
Secretaria de Salud Municipal

Año 2013

TABLA DE CONTENIDO

	Pag
Presentación	4
Conceptos Básicas	5
Que es el SGSSS-?	11
Identificación de Beneficiarios	11
Qué es un EPS ?	13
Cómo afiliarme a una EPS	13
Que derechos tienes los afiliados al régimen Subsidiado	14
Puedo cambiarme de EPS-S	15
Puedo afiliarme a mi Familia al Régimen Subsidiado	16
Múltiple afiliación al régimen Subsidiado	17
Traslado de Municipio	17
Traslado entre Regímenes	18
Régimen Contributivo	20
Derechos por estar afiliado	21
Plan Obligatorio de Salud	24
Principios Generales del POS	25
ATENCIONES	
ALTO COSTO	
EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	
MUJER EMBARAZA	28
Acciones de recuperación de salud	29
Acciones de recuperación de salud	30
Carta de Derechos y Deberes	32-33
Participación Comunitaria	34
Normas de Respaldo sobre la Participación Social	35
Participación Social	36
Asociación de Usuarios	37
Directorio Instituciones	38
Directorio Centros de Salud	39
Pasatiempos	40

Esta cartilla se presenta con el objetivo de difundir y fortalecer los derechos y deberes de los Bumangueses y Bumanguesas y facilitar el papel de los servidores públicos de las instituciones municipales comprometidas con el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PRESENTACIÓN

En la medida en que todos amplíemos y mejoremos nuestros conocimientos en el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en sus dos regímenes, contributivo y subsidiado, y en particular en el plan obligatorio de salud (POS), será más fácil garantizar el derecho a la salud.

Esperamos que éste documento sencillo y claro le permita al lector, conocer y entender, entre otras cosas, cuáles son los organismos y entidades a las que pueden acudir los usuarios y la ciudadanía para exigir la observancia de los derechos en salud. Además para tener claridad con qué mecanismos se cuenta para que los responsables, tanto del aseguramiento como de la prestación del servicio, cumplan con las obligaciones y deberes determinados en las disposiciones normativas. Por otra parte se mencionan todos los programas gratuitos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a los que los Colombianos tenemos derecho y el deber de acceder a ellos, como parte de la corresponsabilidad que tenemos en el cuidado de nuestra salud.

SALUD Y BIENESTAR



CONCEPTOS BÁSICOS

Para poder defender nuestros derechos y deberes como usuario de Sistema General de Seguridad Social, debemos conocer algunas de las definiciones más utilizadas cuando se habla de salud como son:

La **Seguridad Social** es entendida como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado y, a su vez, como un derecho irrenunciable que se garantiza a todos los habitantes del territorio nacional.

Como **Atención en Salud** se consideran los servicios médico-asistenciales que deben ser prestados en forma integral, (educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), en la oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo establecido en cada uno de los sistemas de salud.

El **Sector Salud** lo conforman las entidades e instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los Regímenes de Excepción (Fuerzas Militares y Policía Nacional, Magisterio y Ecopetrol) y Especiales (Universidades estatales u oficiales).

· El **Sistema General de Seguridad Social en Salud** (SGSSS) es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos con que cuentan los usuarios y la comunidad en general, para obtener el cubrimiento de los servicios de atención en salud definidos en la ley.

Este Sistema está integrado por el Ministerio de la Salud y Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo (EPS-C) y del régimen subsidiado (EPS-S), el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS), el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), las autoridades territoriales de salud y demás entidades que determine las normas.

➤ **El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (SSMP)** fue creado a partir del año 1994, para prestar el servicio integral de salud a los miembros de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional y al personal no uniformado regido por el Decreto 1214 de 1990 y sus familias.

Este sistema de excepción está compuesto por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de la Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea, el Hospital Militar Central, la Policía Nacional, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y los afiliados y beneficiarios del mismo.

➤ **El Sistema de Salud del Magisterio** creado desde el año 1989 y operado por el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), fue organizado para garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales del personal docente y sus familias.

➤ **El Sistema de Salud de ECOPETROL** es el conjunto de reglas y condiciones bajo las cuales se prestan los servicios de salud a las familias de los trabajadores de ECOPETROL, a través de la Unidad de Servicios en Salud y los prestadores de servicios de salud, a los beneficiarios establecidos en el régimen convencional y el acuerdo 01 de 1997 y sus respectivas modificaciones.

➤ **El Sistema Especial de Salud** es el administrado por las Universidades estatales u oficiales para la organización, funcionamiento y prestación de la seguridad social en salud de sus servidores administrativos, docentes, pensionados y jubilados, a través de las dependencias especializadas creadas para tal fin.

➤ **El Régimen Contributivo** es el conjunto de normas e instituciones que rigen la vinculación de los individuos y las familias al SGSSS, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización o aporte económico previo.

➤ **El Régimen Subsidiado** del SGSSS es el conjunto de instituciones y normas que rigen la vinculación de los individuos sin capacidad de pago la cual se encuentra financiada con recursos fiscales o de solidaridad por parte del Estado.

➤ **Cotizante** es toda persona afiliada con capacidad de pago que tiene el deber de aportar en forma mensual el porcentaje establecido en la ley para recibir los beneficios del sistema de salud al cual pertenece.

➤ **Beneficiarios** son quienes se encuentren inscritos dentro del grupo familiar del cotizante para recibir los servicios de atención en salud.

➤ **El Grupo Familiar** está conformado, en la mayoría de los casos, por él o la cónyuge, los hijos o hijas menores de 25 años y los padres del cotizante. Su variación depende de las condiciones que se establecen en cada sistema de salud.

Son **Población Pobre no Asegurada (PPNA)**, aquellos habitantes del territorio colombiano que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad, que no han sido cubiertos por una afiliación al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

Las **cuotas moderadoras** son los valores que deben pagar los cotizantes y sus beneficiarios al momento de hacer uso de los servicios de salud de carácter ambulatorio, con el objeto de racionalizar el uso de los mismos. Estas se aplican cuando se asiste a servicios como; consulta externa de medicina general, odontología, consulta externa de medicina especializada, medicamentos, atención prioritaria, exámenes de diagnóstico por imagenología, entre otros y **no aplica** para los programas especiales de enfermedades específicas (diabetes, hipertensión, etc.). Es importante tener en cuenta que este pago no se hace en todos los sistemas de salud que conforman el sector salud, y no aplican para los afiliados del régimen subsidiado de salud clasificados en el nivel 1 del SISBEN.

Los copagos son las sumas de dinero que son canceladas por quienes integran el grupo familiar del cotizante (beneficiarios) cuando se acuda a cualquier servicio de salud. Los servicios de promoción y prevención, los programas de atención materno infantil (PAMI), las enfermedades catastróficas o de alto costo, los programas de control en atención de enfermedades transmisibles y la atención inicial de urgencias están **excentas** de realizar éste pago. No olvide que para los copagos existen unos topes tanto por evento (servicio) como por año y que no se pagan cuando ya se ha pagado cuota moderadora. Recuerde que éstos pagos compartidos no aplican para todos los sistemas de salud, ni para los afiliados del régimen subsidiado clasificados en el nivel 1 del SISBEN.

➤ **La Participación Social** es el proceso de interacción social para intervenir en la gestión y dirección de las decisiones de salud, respondiendo a intereses individuales y colectivos. La participación social está compuesta por la participación ciudadana y la participación comunitaria.

➤ **La Participación Ciudadana** es el ejercicio de los deberes y derechos de los usuarios para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

➤ **La Participación Comunitaria** es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias de participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud. Las Alianzas o Asociaciones de Usuarios son las agrupaciones de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

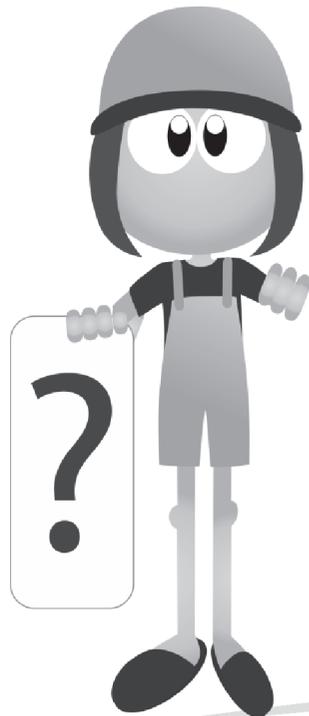
➤ **Afiliación:** Es el acto jurídico, que requiere de la inscripción a una EPS, por medio del cual el usuario y su grupo familiar adquieren los derechos y las obligaciones derivados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

➤ **Afiliado:** La persona con o sin capacidad de pago (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a la cobertura de riesgos en salud.

➤ **Consulta Prioritaria:** Un servicio especial que se presta en una Institución Prestadora de Salud, IPS, básica, a pacientes que presentan cuadros clínicos o condiciones que no se consideran urgencia.

➤ **Demanda Inducida:** Proceso donde se realizan actividades encaminadas a lograr la participación de los usuarios en los programas de promoción y prevención.

➤ **Portabilidad:** Es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquél donde habitualmente recibe los servicios de salud.



➤ **Atención Ambulatoria:** La consulta de nivel I hace referencia a actividades de consulta médica general, atención inicial de urgencias, atención odontológica, laboratorio clínico básico, radiología básica, medicamentos esenciales, citología y acciones de promoción, prevención y control.

➤ **Promoción de la Salud:** Son todas aquellas acciones, procedimientos de intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejoren sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sanos.

➤ **Alto Costo:** Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como SIDA, CANCER y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea, entre otros.

➤ **Atención Integral:** Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o un grupo de ellas en su entorno bio-psicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

➤ **Beneficiarios:** Son las personas afiliadas, que no hacen aporte de cotización, pertenecientes al grupo familiar del cotizante al sistema, quienes reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por su parentesco y/o dependencia económica.

➤ **Cobertura:** Es la garantía para los habitantes del Territorio Nacional de acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Plan Obligatorio de Salud.

➤ **Defensor del Usuario en Salud:** Es el vocero de los afiliados ante las respectivas Entidades Promotoras de Salud en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

➤ **Entidades Promotoras de Salud:** Son las entidades responsables de la afiliación, registro de los usuarios, del recaudo de las cotizaciones y de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio, así como de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

➤ **Formulario de Inscripción:** Formato mediante el cual se declara el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad, con el propósito de inscribirse en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

➤ **Períodos Mínimos de Cotización:** La ley de Seguridad Social en salud eliminó las Preexistencias, pero establece períodos mínimos de cotización, para tener derecho a acceder a determinados servicios de alto costo incluidos dentro del POS en el régimen contributivo.

➤ **Salud Pública:** Está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

➤ **Seguridad Social:** Es un servicio público esencial y obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidas en las leyes que regulan la materia.

➤ **Traslado:** Es el derecho que tienen los afiliados para cambiarse a otra Entidad Promotora de Salud, una vez se cumpla con el período mínimo de permanencia exigido o se configuren las causales definidas para tal fin por las disposiciones legales vigentes.



¿QUÉ ES EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SGSSS-?

Es el mecanismo mediante el cual el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a los colombianos, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993. Existen varios tipos de participantes: los afiliados al Régimen Contributivo, al Régimen Subsidiado, la población pobre no asegurada y los afiliados al Régimen Excepcionado de Salud como los trabajadores de ECOPETROL, Las Fuerza Militares y del Magisterio, entre otros.

Es toda población pobre y vulnerable clasificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN, siempre y cuando no estén afiliados al régimen contributivo, así como las poblaciones especiales registradas en los listados censales.

Mecanismos de identificación de los beneficiarios: La identificación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado, por regla general, se hará en todos los municipios del país mediante la aplicación de la encuesta SISBEN.

IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS MEDIANTE INSTRUMENTOS DIFERENTES DE LA ENCUESTA SISBEN.

La identificación de las siguientes poblaciones especiales se podrá realizar mediante listados censales diligenciados por la entidad responsable, dentro de sus facultades legales y reglamentarias, sin que sea exigible la aplicación de la encuesta SISBEN, así:

• **Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar:** El listado censal de beneficiarios será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

• **Menores desvinculados del conflicto armado:** El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de los menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF.

• **Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF:** El listado censal de beneficiarios de esta población será elaborado por las alcaldías municipales.

•**Población víctimas:** Su identificación se efectuará a través del listado censal presentado por la “Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional - Acción Social” o la entidad que haga sus veces.

•**Comunidades Indígenas:** La identificación y elaboración de los listados censales de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001 y las normas que la modifiquen adicionen o sustituyan. No obstante, cuando las autoridades tradicionales y legítimas lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta SISBEN, sin que ello limite su derecho al acceso a los servicios en salud.

•**Población desmovilizada:** El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de las personas desmovilizadas y su núcleo familiar deberá ser elaborado por la Alta Consejería para la Reinserción, o quien haga sus veces.

•**Personas mayores en centros de protección:** Las personas mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección, se identificarán mediante listado de beneficiarios elaborado por las alcaldías municipales o distritales.

•**Población ROM:** El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de la población ROM se realizará mediante un listado censal elaborado por la autoridad legítimamente constituida (Shero Rom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia. El listado deberá ser registrado y verificado por la alcaldía del municipio o distrito en donde se encuentren las Kumpania.

QUE ES UNA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS-S)?

Las entidades promotoras de salud subsidiada, son las entidades responsables de la afiliación y la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados. Las EPS-S deben estar autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud y operan sólo en las regiones y los municipios donde se encuentran autorizadas.

COMO AFILIARME A UNA EPS-S

1. Deberá aplicarse la ENCUESTA SISBEN que quiere decir: Sistema de Selección de Beneficiarios y permite establecer en que nivel se encuentra. Esta encuesta es la puerta de entrada a los programas sociales que ofrece el Estado para las personas con más necesidades. La oficina del SISBEN de Bucaramanga está ubicada en la Calle. 36 No. 12 – 72 Teléfonos: 6339186–6300946 – 6338568. Allí deberá llevar un recibo de servicio público reciente y original, y fotocopia de los documentos de identidad del núcleo familiar.

2. La encuesta SISBEN la aplica la Secretaría de Planeación Municipal, que lo clasifica en varios niveles según su condición socioeconómica, y le es entregado un documento provisional que indica un puntaje tentativo. Con un puntaje máximo de 54,86 (Resolución 3778 de 2011), pueden acceder a los servicios del Centro de Salud más cercano a su residencia, Hospital del Norte o UIMIST, ya que la Secretaría de Salud del municipio de Bucaramanga, cuenta con un Convenio Interadministrativo suscrito con la ESE ISABU, para la atención de Baja Complejidad para aquella población que no cuenta con ningún tipo de afiliación.

Como se si ya están los resultados de la encuesta?

3. Puede obtener información en la oficina SISBEN, en la oficina SAC (Servicio de Atención a la Comunidad), ubicada en la Carrera 11 N° 34 – 52, Edificio Fase II de la Alcaldía de Bucaramanga, o también en: www.dnp.gov.co, icono “SISBEN”, donde el usuario podrá imprimir certificación del puntaje.

4. Con un puntaje máximo de 54,86 certificado por el DNP, el ciudadano y su núcleo familiar puede escoger y aliarse de manera libre y voluntaria entre las EPS del Régimen subsidiado que actualmente están operando en el municipio, que son:



EPS-S	DIRECCIÓN	TELÉFONO
COOSALUD EPS-S	Cra. 33 N° 51-87	Teléfono 6433344
AMET SALUD EPS-S	Calle 37 N° 23-66	Teléfono 6451983
COMPARTA EPS-S	Cra. 28 N° 31-18	Teléfono: 6977858
CAPRECOM EPS-S	Cra. 33 N° 33-25	Teléfono 6348703
SALUDVIDA EPS-S	Cra. 36 N° 54-79	Teléfono 6851843
CAFESALUD EPS-S	Calle 60 N° 27-82	Teléfono: 6850455

Tenga en cuenta:

- La afiliación no tiene ningún costo.
- Las EPS-S se encargan de informar a los usuarios, en el momento de la afiliación, sobre la red prestadora y los beneficios a que tienen derecho.
- Si lo requiere verifique el estado de la afiliación comunicándose a la oficina SAC teléfono 6520801, o consultando en la página www.fosyga.gov.co enlace CONSULTAS/BDUA/ AFILIADOS BDU A.

¿QUE DERECHOS TIENEN LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

Como afiliado al Régimen Subsidiado, usted y su familia tienen derecho a recibir los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de dicho régimen. Estos servicios se definen mediante un Acuerdo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Ver pagina () para ampliar información:

¿Cómo se afilia un hijo recién nacido al Régimen Subsidiado?

En consideración al carácter de derecho irrenunciable en que se erige la seguridad social conforme con lo estatuido en los artículos 2°, 48, 49 y 50 de la Constitución Política, la connotación de fundamental del derecho a la salud establecida a la luz del artículo 44 ibídem y lo dispuesto en el numeral 13 del artículo 41 de la Ley 1098 de 2006, normas acorde con las que debe garantizarse a los niños, niñas y adolescentes el acceso al Sistema la madre, proceder a la afiliación automática del recién nacido, independientemente del régimen al que esta pertenezca, para lo cual, bastará únicamente el certificado de nacido vivo. La afiliación garantizará la atención que requiera el recién nacido en la red prestadora de salud adscrita de la EPS.

Lo anterior, sin perjuicio del cumplimiento de la responsabilidad de la madre o el padre de registrar al recién nacido dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento, registro que deberá allegarse y/o entregarse en la respectiva EPS con miras al adelanto de las actuaciones de orden administrativo y operativo, acompañado del formulario de afiliación y registro de la novedad de nacimiento en la Base de Datos Única de Afiliados – BDU A.

La afiliación se entenderá a partir de la fecha de nacimiento y por tanto, la cobertura de servicios amparará al menor desde su nacimiento, sin que sea admisible la imposición de barreras de acceso a la afiliación del menor ni la exigencia o verificación de documento o requisito adicional.

Las EPS e IPS tendrán la responsabilidad de atender a todo niño y niña menor de un año hijo o hija de afiliada, independientemente de que sea integrante o no del grupo familiar del cotizante para el caso del Régimen Contributivo o del afiliado, tratándose del Régimen Subsidiado, no pudiendo apoyarse en ausencia de normativa y casuística para eludir sus obligaciones constitucionales y legales sobre la materia.

¿Puedo cambiarme de EPS-S?

Sí. Cuando usted quiera trasladarse de EPS-S, debe diligenciar un formulario de traslado y radicarlo en la entidad de salud de su municipio en los períodos definidos para tal fin. Los traslados se pueden solicitar una vez usted haya cumplido un (1) años continuo de afiliación en la misma EPS-S.

¿La EPS-S deben tener oficina en el municipio donde vivo? Todas las Administradoras del Régimen Subsidiado, EPS-S, deben disponer de una oficina de atención al usuario en cada municipio. ¿Qué información me debe ofrecer mi EPS-S? La EPS-S le debe informar acerca de:

- ✓ Sus derechos y deberes en el SGSSS
- ✓ Los mecanismos de participación
- ✓ Los contenidos del Plan Obligatorio de Salud .
- ✓ La red de IPS contratada para la prestación de los servicios
- ✓ El sistema de referencia y contra referencia de pacientes
- ✓ Los horarios de atención
- ✓ Las asociaciones de usuarios.

¿Cuáles son algunos de los deberes de los afiliados al Régimen Subsidiado?

- ✓ Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad
- ✓ Informar a la EPS-S y a la oficina del SISBÉN cuando me traslado de municipio y cuando consigo un empleo temporal.
- ✓ Participar en las asociaciones de usuarios de las EPS-S.

Una vez afiliados, los beneficiarios del Régimen Subsidiado podrán acceder a los servicios del Plan Obligatorio de Salud.

Ver pagina para ampliar información

PUEDO AFILIAR A MI FAMILIA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

Si, la afiliación es familiar ; sin perjuicio de los criterios de núcleo familiar utilizados por la encuesta SISBEN, para el proceso de selección de beneficiarios y afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, el núcleo familiar estará constituido por:

1. El cónyuge o compañera(o) permanente.
2. Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los dos cónyuges o Compañera(o) permanente
3. Los hijos mayores de 18 años de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente con incapacidad permanente certificada en los términos de la Ley 100 de 1993.
4. Los hijos mayores entre los 18 y 25 años cuando sean estudiantes con una intensidad de por los menos 20 horas semanales y dependan económicamente del cabeza del núcleo .
5. Los nietos de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente que sean hijos de menores de 18 años o de menores de 25 años estudiantes con una intensidad de por los menos 20 horas semanales y que dependan económicamente del cabeza del núcleo familiar.
6. Los menores que vivan en el mismo hogar de acuerdo con la ficha SISBEN a cargo de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente o bajo protección de la familia.



Traslado de EPS-S.

Un afiliado al Régimen Subsidiado, que haya permanecido como mínimo durante un año calendario en la EPS-S, podrá manifestar libremente su voluntad de traslado a otra EPS-S durante los meses de enero y febrero anteriores al inicio del período de contratación, suscribiendo el Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado definido por el Ministerio de la Protección Social

Múltiple afiliación en el Régimen Subsidiado.

Se entiende que se presenta múltiple afiliación en el Régimen Subsidiado en los eventos en que una misma persona se encuentre reportada como afiliada dos o más veces en una misma EPS-S, o se encuentre simultáneamente afiliada a dos o más EPS-S, o se encuentre simultáneamente afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, o a los regímenes especiales y de excepción, en un mismo periodo.

Traslado de Municipio:

Se garantiza la continuidad en el aseguramiento a los afiliados al Régimen Subsidiado que fijen su domicilio en un Municipio diferente al que se afilió inicialmente.

- Sí el afiliado se radica en un Distrito, municipio o corregimiento departamental, en el cual opera la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, deberá informar, de esta para que proceda a reportar la novedad de cambio de entidad territorial en la Base Única de Afiliados. En ningún caso se vera interrumpido el acceso a los servicios de salud que demande el afiliado.
- El afiliado que sé establezca én un Distrito, municipio o corregimiento departamental, en el cual no opere la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado que Se encuentra, áfiliado, deberá informar a ésta para que proceda a autorizar el traslado a otra entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, de acuerdo con el proceso dé la Base Única de Afiliados. La nueva entidad garantizará el acceso a los servicios" de salud que demande el afiliado desde la fecha de traslado.
- El derecho del afiliado al régimen subsidiado, al cambio de municipio y el consecuente cambio de Entida Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, sé garantizará independientemente de los puntos de corte, nivel 1 y 2 adoptados en la resolución 3778 de 2011 por aplicación del SISBEN metodología III.

Traslado entre Regímenes.

Se garantiza la continuidad en el Régimen Subsidiado a los afiliados que se trasladen transitoriamente al régimen contributivo.

- Si el afiliado al régimen subsidiado por vinculación laboral ingresa al régimen contributivo, la Entidad Promotora de Salud seleccionada informará la novedad a la Base Única de Afiliados en los procesos establecidos en la normatividad vigente. La garantía del acceso a la prestación de servicios se registrará por las normas aplicables para este régimen.
- Si el afiliado por cumplimiento del término o plazo de su vinculación laboral regresa al régimen subsidiado, la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado solicitará a través del proceso de traslados en la Base de Datos Única de Afiliados, la autorización de esta novedad a la Entidad Promotora del Régimen Contributivo. En todo caso la entidad promotora del Régimen Subsidiado garantizará el acceso a los servicios de salud que demande el afiliado desde la fecha de su traslado.
- Se garantizará al afiliado al régimen subsidiado que se haya retirado transitoriamente por vinculación laboral, el derecho al disfrute del Régimen Subsidiado independientemente del nivel del SISBEN, metodología III, obtenidos según los puntos de corte nivel 1 y 2 adoptados en la resolución 3778 de 2011.

¿Cómo se fija el valor del copago en el Régimen Subsidiado?

Los beneficiarios del Régimen Subsidiado contribuyen a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles o categorías fijados por el SISBÉN de la siguiente manera:

1. Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, la atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos.
2. Para el nivel 1 del SISBÉN y la población incluida en listado censal, el copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de una cuarta parte del salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de medio salario mínimo legal mensual vigente.
3. Para el nivel 2 del SISBÉN el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de un salario mínimo legal mensual vigente.

¿Qué servicios están exentos de copago en el Régimen Subsidiado?

Los siguientes servicios del Régimen Subsidiado están exentos, es decir, no se requiere el copago:

1. Servicios de promoción y prevención
2. Programas de control en atención materno-infantil
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias
6. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada
7. Consulta externa por médico especialista
8. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios
9. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico ordenados en forma ambulatoria
10. Exámenes de diagnóstico por imagenología ordenados en forma ambulatoria

¿En el Régimen Subsidiado existen las cuotas moderadoras?

No. Las cuotas moderadoras no se cobran en el Régimen Subsidiado.

¿El Régimen Subsidiado contempla períodos de carencia?

No. El Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud no contempla preexistencias para sus afiliados, ni períodos mínimos de afiliación para la atención.

EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

A este Régimen se deben afiliar las personas que tienen un empleo o poseen capacidad de pago para afiliarse a una Empresa Promotora de Salud (EPS).

¿Quiénes deben afiliarse a este Régimen?

- ✓ Las trabajadoras del servicio doméstico.
- ✓ Las madres comunitarias y su núcleo familiar.
- ✓ Los empleados dependientes de un patrono.
- ✓ Los empleadores o patronos.
- ✓ Los trabajadores independientes.
- ✓ Los jubilados o pensionados.
- ✓ Los servidores públicos.

¿Quiénes deben estar afiliados al Régimen Contributivo?

Según la ley todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales a un (1) salario mínimo) y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo. La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones.

¿Cómo se debe cotizar al Régimen Contributivo?

En el caso de un empleado, el valor de la cotización es de 12% del salario mensual, 8% le corresponde pagarlo al patrono y 4% al empleado; el trabajador independiente paga mensualmente 12% de sus ingresos como valor de la cotización y, el pensionado, paga 12% de su ingreso mensual.

A quienes se les reconoció pensión de vejez o jubilación, invalidez o muerte antes de 1994 les fue hecho un ajuste en sus pensiones, para compensar el descuento por su cotización a una EPS.

¿CÓMO AFILIARSE AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO?

El empleado, escoge la EPS que prefiera y se lo comunica al empleador junto con los datos de su familia. El pensionado, como viene de ser empleado, seguramente se encontrará ya afiliado a una EPS, tal y como debe hacerlo todo empleado; al pasar de empleado a pensionado su afiliación no se verá afectada.

En ese caso lo que debe hacer es informarle al Fondo de Pensiones cuál es la EPS a la que éste deberá entregar su cotización, que podrá ser la misma a la que venía afiliado o bien en caso de que haya decidido cambiarse. Si por alguna eventualidad al momento de empezar a recibir la pensión no se encuentra afiliado a una EPS, para afiliarse (no importa cuál fue el motivo de su pensión), escoge la EPS que prefiera y se lo comunica al Fondo de Pensiones al que se encuentre afiliado junto con los datos de su familia así el Fondo lo afilia y el pensionado y su familia adquieren el derecho a recibir los beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS). Los Fondos de Pensiones están obligados a afiliar a los pensionados y a sus familias y son responsables de pagar el valor de la cotización mensual a las EPS que los pensionados escojan.

Una vez que el empleador afilia al empleado y el fondo de pensiones al pensionado, ellos y sus familias adquieren el derecho a recibir los beneficios del Plan Obligatorio de Salud. Tenga presente que si el empleado al entrar a trabajar o el pensionado al inicio del goce de su pensión, no escoge una EPS, el empleador o el Fondo de pensiones, puede afiliarlo a la que quiera. Además, si el empleado o pensionado no cambia la decisión dentro de los primeros tres meses, sólo podrá hacerlo pasados 24 meses.

¿CUÁLES SON LOS DERECHOS POR ESTAR AFILIADO?

Por el hecho de estar afiliado al Régimen Contributivo tiene derecho a cuatro grandes beneficios:

1. A recibir una amplia gama de servicios
2. A afiliar a su familia
3. A recibir un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad
4. A recibir un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad

Todos aquellos incluidos en el POS o Plan Obligatorio de Salud. Veamos ahora cada uno de los beneficios a que tiene derecho por estar afiliado:

Recibir una amplia gama de servicios

El cotizante y su familia obtienen el derecho a recibir todos los servicios de salud incluidos en el POS que comprenden: protección integral para la salud en caso de enfermedad general o maternidad, incluyendo promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades, independientemente de lo costosa o compleja que sea la atención requerida.

Ciertos tratamientos con fines estéticos están excluidos del POS

Cirugía estética con fines de embellecimiento, tratamientos nutricionales con fines estéticos, tratamiento de várices con fines estéticos, curas del sueño, tratamiento o medicamentos experimentales.

Afiliar a su familia sin costo adicional

Por el solo hecho de estar afiliado al Régimen Contributivo, sin importar si se trata de un salario, unos honorarios, una pensión, jubilación, vejez, invalidez o de un sobreviviente; tiene derecho a afiliar a los miembros de su familia, quienes recibirán la misma atención que el afiliado, sin que se tenga que hacer ninguna cotización adicional; tendrán derecho al mismo POS y a que los atiendan en los mismos lugares y con los mismos cuidados.

No olvide que usted y su grupo familiar deberá estar afiliado a una misma EPS.

Recibir un subsidio en dinero en caso de incapacidad

Si por razón de enfermedad o por causa de un accidente no relacionado con su trabajo, el afiliado debe soportar una incapacidad temporal, su afiliación le da derecho a recibir, durante ese tiempo, un subsidio en dinero equivalente al 66.6% del ingreso mensual base de su cotización a la EPS. En el caso del empleado, estas prestaciones reemplazarán su salario, ya que su empresa no le pagará si la incapacidad es superior a tres (3) días.

Recibir un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad

La afiliada cotizante tiene derecho a una licencia de maternidad y, durante ésta, a recibir un subsidio en dinero equivalente al 100% del ingreso base de la cotización, que la EPS le pagará durante los ochenta y cuatro (84) días calendario de la licencia de maternidad. En el caso de la cotizante empleada este tiempo no se lo paga su empleador. Pero, si su empleador le paga el puede recobrar éste valor a la EPS. Para acceder a las prestaciones económicas derivadas de la licencia de maternidad la afiliada debe cotizar ininterrumpidamente al sistema durante todo su período de gestación en curso. Cuando exista relación laboral y se cotice un período inferior al de la gestación en curso es deber del empleador cancelar la correspondiente licencia.

¿A cuáles miembros de la familia puede afiliar?

Si usted es casado o vive en unión libre, puede afiliar a su cónyuge o compañero(a) permanente y adicionalmente a sus hijos o los de su pareja (incluyendo a los adoptivos), que sean menores de 18 años. No importa el número de hijos menores que tenga. Puede afiliar también a los hijos (incluyendo a los adoptivos) menores de 25 años, si se dedican exclusivamente al estudio y dependen económicamente de usted, o si tienen incapacidad permanente, en cuyo caso no importa la edad que tengan. Si es soltero puede afiliar a sus padres si dependen económicamente de usted y NO son pensionados.

¿Dónde le prestan los servicios de salud?

En las IPS que son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios, laboratorios, etc.), contratadas por la EPS a la cual estén afiliados usted y su familia, para que presten y atiendan las necesidades de salud. Sin embargo, para los casos de urgencias puede acudir a cualquier IPS, aunque no haga parte de la lista de su EPS y éstas, deberán atenderlo, hasta estabilizar los signos vitales y salir de la condición de urgencias, como mínimo. Las EPS deben tener varias IPS entre las cuales usted puede escoger la que más le convenga. Exija que lo dejen escoger.

¿Al momento de recibir los servicios de salud debe pagar algo más?

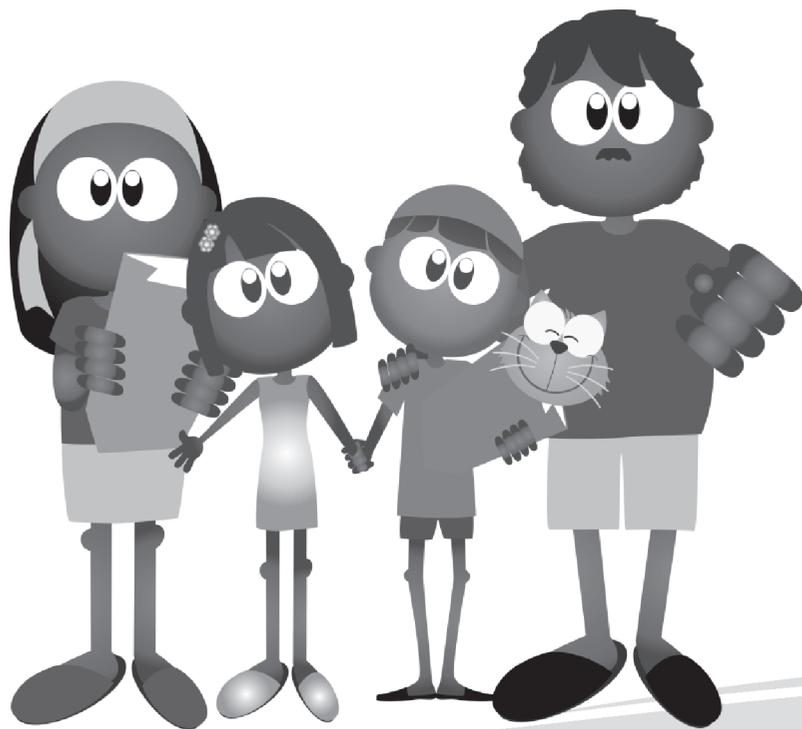
Sí pero muy poco. Todos los afiliados (cotizantes y beneficiarios) pagan unas pequeñas sumas llamadas «cuotas moderadoras», establecidas para evitar la demanda innecesaria de servicios. Estas cuotas se pagan cuando se usa un servicio y varían de acuerdo con el ingreso base de cotización y son actualizadas cada año por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Solamente los afiliados **beneficiarios** deberán cancelar además unos «Copagos», cuando el servicio que requieren incluye hospitalización o cirugía. Estos Copagos se rigen también por el Ingreso Base de Cotización del cotizante y además tienen un tope máximo por evento (entendiendo por evento el manejo de una enfermedad en el mismo año calendario) y un tope máximo acumulado por año.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.

El Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud.

El Plan Obligatorio de Salud se constituye en un instrumento para el goce efectivo del derecho a la salud y la atención en la prestación de las tecnologías en salud que cada una de estas entidades garantizará a través de su red de prestadores, a los afiliados dentro del territorio nacional y en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

Mediante el acuerdo numero 032 de 2012 se unifican los POS de los regímenes contributivo y subsidiado a nivel nacional para las personas de 18 a 59 años de edad.



PRINCIPIOS GENERALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.

Los principios generales del Plan Obligatorio de Salud son:

Integralidad. Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, incluye lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.

Territorialidad. Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud está cubierta para ser realizada dentro del territorio nacional.

Complementariedad. Las acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud deben proveerse de manera que complementen las acciones individuales o colectivas de otros planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Eficiencia y sostenibilidad financiera. Las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud deben garantizar la óptima relación entre los recursos disponibles y los mejores resultados alcanzables en salud y que sean social y económicamente viables para el país.

Participación. Se garantiza la participación de la comunidad médica, los usuarios, los prestadores de servicios de salud, los aseguradores y demás agentes del sistema en la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud.

Transparencia. Los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud que participan en la construcción, definición, aplicación, seguimiento y evaluación del Plan Obligatorio de Salud, deben actuar de manera proba e íntegra, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente y dando a conocer a los usuarios los contenidos del Plan Obligatorio de Salud conforme a lo previsto en el presente Acuerdo.

Competencia. El profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita una persona en las fases de atención, promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la seguridad, eficacia y efectividad de las tecnologías en salud.

Calidad. La provisión de las tecnologías en salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad de conformidad con la normatividad vigente.

¿Cómo puedo saber cuáles son los medicamentos a que tengo derecho en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado?

Los medicamentos están definidos en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud que se aprueba mediante un Acuerdo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El listado deberá encontrarse publicado por la EPS-S en los sitios de acceso al público.

¿Dónde me prestan los servicios del POS?

Las EPS-S deben contratar con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que estén habilitadas, la prestación de la totalidad de los servicios incluidos en el POS. Las IPS contratadas por las EPS-S pueden ser públicas o privadas y, además de los hospitales y clínicas, existen los centros de salud, consultorios y laboratorios clínicos y de imágenes diagnósticas. En lo posible, los servicios de nivel de baja complejidad deben estar disponibles en el municipio de residencia de los afiliados.

¿Cómo hago para conocer la red de IPS contratada por mi EPS-S?

En el momento de la afiliación, su EPS-S debe informarle cuál es la red de IPS que tiene contratada para la prestación de servicios del POS en cada municipio, cuáles son los mecanismos de referencia y contra referencia y qué se debe hacer en caso de una urgencia.

¿Cómo se utilizan los servicios del POS?

El acceso a los servicios de salud del POS siempre será por el primer nivel de complejidad o por el servicio de urgencias. Para la atención ambulatoria todas las personas y sus familias, al momento de la afiliación a la EPS-S, deberán inscribirse en alguna de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) más cercana a su sitio de residencia, dentro de las opciones que ofrezca la EPS-S. De esta manera, se pueden beneficiar de todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad.

¿Qué pasa si necesito una atención de mayor complejidad?

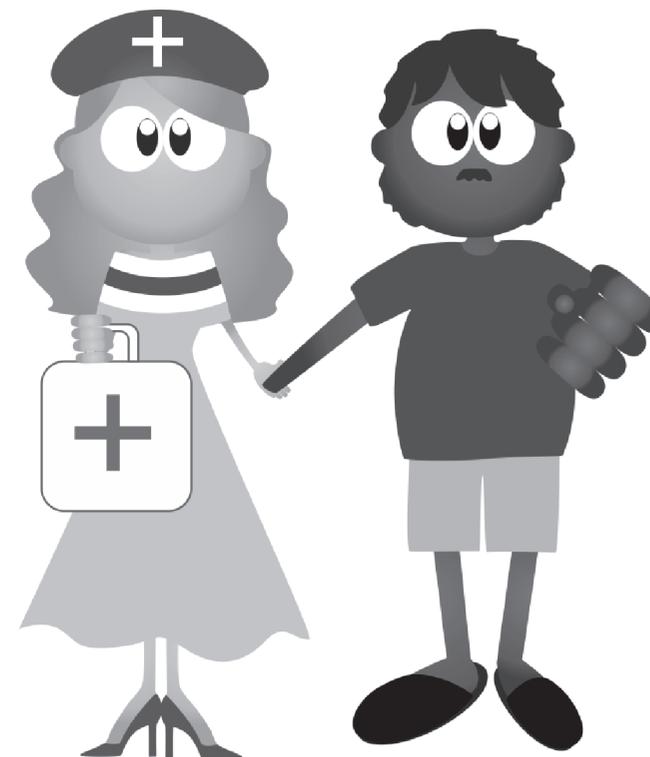
Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada EPS-S. La EPS-S deberá informar a sus usuarios acerca de los mecanismos de referencia y de autorizaciones establecidas.

¿Qué quiere decir referencia y contra referencia?

Cuando un paciente requiera atención en salud de mayor complejidad, deberá ser remitido o referido por un profesional en medicina general, de acuerdo con las normas definidas para ello. Como mínimo deberá contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos.

¿Qué debo presentar ante la IPS para solicitar una atención?

Al utilizar el servicio deberá identificarse con el documento de identidad.



ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

- Cirugía del corazón y aorta
- Cirugía del cráneo, cerebro y médula espinal
- Reemplazo de cadera y rodilla
- Tratamiento para el paciente con insuficiencia renal
- Tratamiento para las grandes quemaduras en el cuerpo
- Manejo del paciente con VIH-Sida
- Atención de pacientes con cáncer
- Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos

ATENCIÓN DE CASOS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

- Consulta de urgencias
- Valoración por especialista (traumatólogo)
- Hospitalización
- Tratamiento quirúrgico y ortopédico
- Exámenes de laboratorio
- Radiografías
- Medicamentos
- Materiales para la cirugía
- Terapia física

ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA

- Control prenatal por médico general y enfermera
- Atención por especialista (Ginecoobstetra)
- Consulta y tratamiento por odontología
- Hospitalización por problemas del embarazo
- Atención del parto o cesárea
- Legrado por aborto
- Laboratorio clínico
- Ecografía para la embarazada
- Complicaciones después del parto hasta 30 días



ACCIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

	SIN HOSPITALIZACIÓN	CON HOSPITALIZACIÓN
I Nivel de complejidad (Para todas las edades)	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta y procedimientos sencillos o de baja complejidad por médico general • Atención por personal auxiliar y/o de otros profesionales de la salud no especializados • Consulta odontológica con aplicación de calzas, conductos y extracciones si se requieren • Medicamentos • Laboratorio clínico • Radiología 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos • Material médico y de cirugía • Laboratorio • Radiografías • Hospitalización en habitación compartida • Parto normal o por cesárea • Procedimientos sencillos o de baja complejidad realizados por médico general
II Nivel de complejidad	<p>Atención por médico especialista sin hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • A niños menores de 1 año con riesgos o complicaciones • A mujeres embarazadas con complicaciones • A menores de 20 años y mayores de 60 consulta con oftalmólogo y óptica. Si se requiere, suministro de lentes y monturas por un valor igual al 10% de un salario mínimo legal mensual vigente • A todas las edades por ortopedia y traumatología para enfermedades de los huesos y articulaciones • A menores de 5 años con estrabismo que requieran atención medicoquirúrgica. • A quienes requieran atención medicoquirúrgica por cataratas • Medicamentos • Material medicoquirúrgico • Vendas de yeso • Rehabilitación de cualquier enfermedad 	<p>Atención por médico especialista con hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazada con riesgos y complicaciones antes o después del parto • Menor de 1 año con cualquier complicación • Recién nacido de alto riesgo • Menores de 5 años con estrabismo que requieran atención medicoquirúrgica • Quienes requieran atención medicoquirúrgica por cataratas • Quienes requieran cirugías de apéndice, vesícula y hernia umbilical, inguinal o crural • Mujeres que requieran cirugía de matriz por causa diferente al cáncer • Quienes requieran atención en traumatología y ortopedia • Quienes requieran rehabilitación • Servicios de hospitalización en habitación compartida • Medicamentos • Material medicoquirúrgico • Exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas



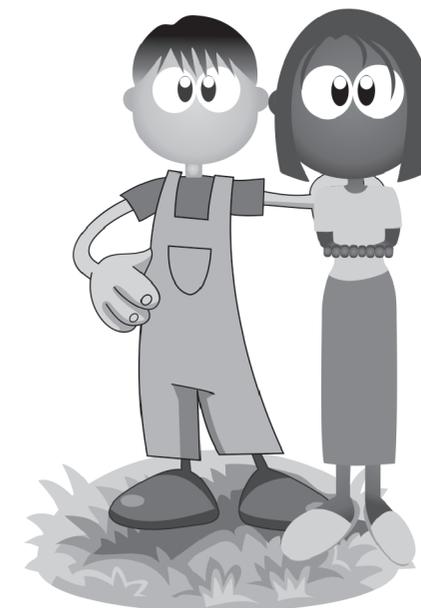
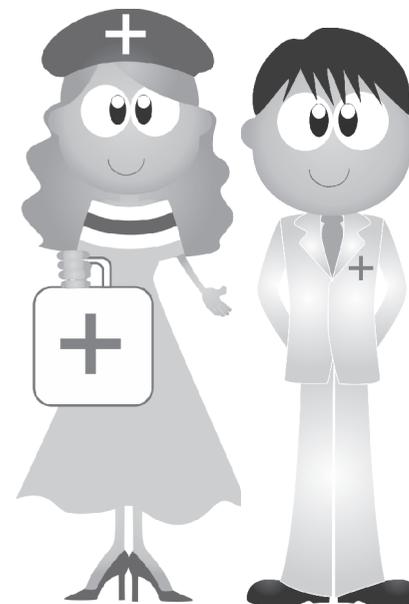
ACCIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

Servicios	Niños menores de 14 años	Adultos
Acciones de prevención de riesgos que amenazan la salud de niños, adultos y ancianos	<p>Menores de 14 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen físico por parte de médico general Control de crecimiento y desarrollo Revisión de ojos y oídos Limpieza de dientes y encías Aplicación de fluor, calzas y sellantes <p>Menores de 1 año: Además de todo lo anterior, tienen derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vacunas Identificación de malformaciones congénitas y su respectiva remisión para tratamiento oportuno 	<p>Mayores de 15 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen físico por parte de un médico general Exámenes de laboratorio Control placa bacteriana Limpieza de dientes y encías Prevención e Identificación de maltrato físico psíquico, verbal o sexual Consejería en planificación familiar <p>Mujeres: Además de las coberturas anteriores, tiene derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico temprano del embarazo Control prenatal Medicamento y complemento nutricional si lo requiere Vacunas contra tétano y difteria Curso de preparación para parto Examen físico de seno

TRANSPORTE DE PACIENTES

Servicio de ambulancia para el transporte de pacientes entre una y otra IPS, cuando estén hospitalizados por enfermedades de alto costo o hayan ingresado por el servicio de urgencias y en la localidad no exista el nivel de complejidad hospitalaria requerida para garantizar la atención al paciente.

En todo caso debe existir la remisión efectuada por un profesional de la salud.



CONOZCO MIS DERECHOS Y DEBERES

Carta de derechos y deberes
en los servicios de salud

Usted tiene el deber de

- Cuidar su salud, la de su familia y su comunidad.
- Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atiendan.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- Respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde le presten dichos servicios.
- Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al Sistema de Salud.
- Brindar la información requerida para la atención médica y contribuir con los gastos de acuerdo con su capacidad económica.

CONOZCO MIS DERECHOS Y DEBERES

Carta de derechos y deberes
en los servicios de salud

Usted tiene derecho a

- Acceder a los servicios sin que le impongan trámites administrativos adicionales a los de ley.
- Que le autoricen y presten los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de manera oportuna y si usted requiere con necesidad uno que no esté incluido también lo puede recibir.
- Que en caso de urgencia, sea atendido de manera inmediata, sin que le exijan documentos o dinero.
- Que atiendan con prioridad a los menores de 18 años.
- Elegir libremente el asegurador, la IPS y el profesional de la salud que quiere que lo trate, dentro de la red disponible.
- Ser orientado respecto a la entidad que debe prestarle los servicios de salud requeridos.
- Que como cotizante le paguen las licencias y las incapacidades médicas.
- Tener protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas y de alto costo, sin el cobro de copagos.
- Que solamente le exijan su documento de identidad para acceder a los servicios de salud.
- Que le informen dónde y cómo pueden presentar quejas o reclamos sobre la atención en salud prestada.
- Recibir un trato digno sin discriminación alguna.
- Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.

AHORA VAMOS A SABER QUE ES ESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, CIUDADANA Y SOCIAL

La participación social le permite a las personas naturales y jurídicas participar en el ámbito ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus deberes de salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud, así:

En el ámbito social: la participación es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basadas en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. en este ámbito funcionan las asociaciones de usuarios en el control a la prestación de los servicios y las veedurías en salud en el control a la inversión en salud.

En el ámbito Ciudadano: Funcionará en las secretarías de salud departamental y municipal del Sistema General Social en Salud el servicio de atención a la comunidad, con el fin de canalizar y resolver las inquietudes en salud de los ciudadanos, así mismo el sistema de atención e información al usuario en las instituciones prestadoras de servicios en salud, sean publicas mixtas o privadas.

En el ámbito comunitario: Funcionarán los Comités de participación comunitario como un espacio de concentración entre los diferentes actores sociales y el estado, para invertir en las actividades de planeación, asignación de recursos y control de gastos en su jurisdicción respectiva.

NORMAS QUE RESPALDAN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

LEY	DESCRIPCIÓN
Artículo 153	Participación en el Sistema General de Seguridad Social En Salud (SGSSS) organización y control de las organizaciones, mecanismos de vigilancia y juntas directivas.
Artículo 155	Integrantes del Sistema General de Seguridad Social En Salud.
Artículo 159	garantía en la prestación de servicios para afiliados: Plan Obligatoria de Salud(POS); Urgencias, libre escogencia, individual y colectiva(EPS-IPS) Asociaciones y veedurías.
Artículo 160	Deberes de afiliados y beneficiarios.
Ley 80 de 1993: Art. 66	Contratación: Aplicar pliegos, términos de referencia para la adjunción de contratos.
ley 134 de 1994	Participación Social
Ley 136 de 1994 Art. 167 y 17	Comunidad en plantación y información.
DECRETO 1757 DE 1994	Mecanismos de Participación.
DECRETO 1876 DE 1994	Empresas Sociales del Estado.
LEY 489 de 1998	Organización y funcionamiento nacional y en democratización formación de veedores.
LEY 715 de 2001	Competencias Recursos
Decreto 1295/94	Consejo Nal. de riesgos profesionales
Decreto 16/97	Comités de Salud Ocupacional
LEY 850/03	Veeduría Ciudadanas
Resolución 3797	de 2004
Ley 1122	de enero 9 de 2007

PARTICIPACIÓN SOCIAL

La veeduría en salud. El control social en salud podrá ser realizado a través de la veeduría en salud, que deberá ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

a). En lo ciudadano a través del servicio de atención a la comunidad, que canalizará las veedurías de los ciudadanos ante las instancias competentes, para el ejercicio de sus derechos constitucionales y legales.

b). En lo comunitario mediante el ejercicio de las funciones de los Comités de Participación Comunitaria;

c). En lo institucional mediante el ejercicio de las funciones de las asociaciones de usuarios, los Comités de Ética Médica y la representación ante las juntas directivas de las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades promotoras de salud.

d). En lo social mediante la vigilancia de la gestión de los Consejos Territoriales de Seguridad Social y en los Consejos Territoriales de Planeación, los cuales tendrán la obligación de dar respuesta a los requerimientos de inspección y comprobación que cursen formalmente cualquiera de las organizaciones comunitarias

PARTICIPACIÓN EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, deberán convocar a sus afiliados del régimen contributivo y subsidiado, para la constitución de alianzas o asociaciones de usuarios.

ASOCIACIÓN DE USUARIOS:

Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Asesorar a sus asociados en la libre elección de la entidad promotora de salud, las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la entidad promotora de salud.

Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso al paquete de servicios.

Participar en las Juntas Directivas de las empresas promotoras de salud e instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas o mixtas, para proponer y concertar las medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de los servicios y la atención al usuario.

Vigilar que las decisiones que se tomen en las juntas directivas, se apliquen según lo acordado.

Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad.

Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.

Proponer a las juntas directivas de los organismos o entidades de salud, los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad.

Funciones:

DIRECTORIO

INSTITUCIONES	DIRECCION	TELEFONO
DEFENSORÍA DEL PUEBLO	Carrera 22 No. 28-07 Barrio Alarcón	Tel. (57) (7) 6454444 Fax: (57) (7) 6347222
PERSONERÍA DE BUCARAMANGA	Cra. 11 N° 34 - 16/40 4to Piso, Costado Norte	Tel.642 0029 Fax: 6334125
ALCALDIA DE BUCARAMANGA	Carrera 11 # 34-52	Tel. (57+7) 633 70 00 ext 119 - 120 y (57+7) 652 55 55 Fax: (57+7) 652 17 77
Servicio de Atención a la Comunidad SAC	E-mail: ssaludsac@bucaramanga.gov.co	Tel: 6520801 6337000 Ext. 280
Subsecretaría de Salud Pública	Calle 35 No. 10-43 Piso 2 Fase 1	6337000 Ext. 234
Subsecretaría del Medio Ambiente	Calle 35 No. 10-43 Piso 2 Fase 1	6337000 Ext. 225
SISBEN	Calle 36 No. 12-72	6339186 - 6338568



DIRECTORIO

INSTITUCIONES	DIRECCION	TELEFONO
CENTROS DE SALUD		
ANTONIA SANTOS	Carrera 28-70-66	6433105
BUCARAMANGA	CALLE6910-01	6442258
CAMPO HERMOSO	CALLE 451OCC 199	6424670
CAFE MADRID	Cra 8 No. 33N - 30	6731718
Cristal Alto	Calle 122 No. 19-59	6311053
COLORADOS	KM5 VIA AL MAR	6738127
COMUNEROS	CALLE1017-28	6711110
CONCORDIA	CALLE 5721-63 CONCORDIA	6574663
GAITAN	CARRERA 12No16-10	6712537
GIRARDOT	CARRERA6No.25-50	6334486
PADRES SOMASCOS	Km 2 Vía Al Mar # 15 - 07	6490195
KENNEDY	CALLE1712 Esquina NORTE	6402670
LA JOYA	CALLE414-31	6426917
LA LIBERTAD	CARRERA 3299-18	6360188
MORRORICO	KM1 VIA PAMPLONA FRENTE AL CAI	6346965
MUTIS	CARRERA 3W-57-61	6410558
PABLO VI	CARRERA 825-10 FRENTE A LA VICTORIA	6432887
REGADERO	CARRERA23C1-04M	6404640
ROSARIO	CALLE3435-57	6352746
SAN RAFAEL	CALLE 410-45	6711108
SANTANDER	CALLE 278OCC-35	6333197
TOLEDO PLATA	CALLE 105B17-35	6370759
IPC	Km2 VIA AL MAR nO. 15-07	6400014
VILLA ROSA	CALLE 1118B--50	6406677
UNIDAD INMEDIATA MATERNO INFANTIL SANTA TERCITA UIMIS	CARRERA 2112 02	6718500 6717500
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN	CARRERA 912 NORTE	6405929 - 6405757 EXT. 140