

Boletín Nro 3.

BOLETIN OBSERVATORIO EN SALUD

La Constitución Política de 1991 define la República de Colombia como un Estado Social de Derecho, lo que implica garantizar los derechos sociales, tanto de índole individual como de orden colectivo, mediante su reconocimiento en la legislación y políticas activas de protección social (Pardo, et al., 2008). En este orden de ideas es importante resaltar el artículo 48 de nuestra Constitución el cual reza: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”. Siguiendo los lineamientos de la Constitución Política se expidió la Ley 100 de 1991, que crea al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) reglamenta el servicio esencial de la salud de los habitantes del territorio nacional, tanto colombianos como extranjeros, creando las condiciones de acceso a los diferentes servicios previstos en los Planes Obligatorios de Salud (POS Y NO POS).

El Decreto 2353 de 2015 unifica y actualiza las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y define los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.

El sistema de Seguridad Social en Salud establece dos tipos de regímenes de afiliación:

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Comprende a las personas con capacidad de pago.

El artículo 34 del decreto 2353 de 2015 establece las personas que pertenecen al régimen contributivo, es decir, afiliados los cuales se dividen en cotizante y beneficiario.

COTIZANTES

Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país, los servidores públicos, los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes, sustitutos o pensión

gracia tanto del sector público como del sector privado. En los casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes deberá afiliarse la persona beneficiaria de dicha sustitución o pensión o el cabeza de los beneficiarios.

Los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente.

BENEFICIARIOS

Los miembros del núcleo familiar del cotizante, de conformidad con lo previsto en de siempre y cuando no cumplan con alguna la das en el numeral 34 del presente artículo.

RÉGIMEN SUBSIDIADO

Comprende a las personas sin los medios económicos para realizar su pago.

Régimen subsidiado de la Salud, su propósito fundamental es prestar la atención en salud a las personas más vulnerables, son afiliados a este régimen las personas sin tener las calidades para ser afiliados en el régimen contributivo o al régimen de excepción o especial.

1. Personas identificadas en los niveles I y II del Sisbén o en el instrumento que lo reemplace de acuerdo con los puntos de corte que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Personas identificadas en el nivel III del Sisbén o en el instrumento que lo reemplace que, a la vigencia de la Ley 1122 de 2007, se encontraban afiliados al Régimen Subsidiado.
3. Personas que dejen de ser madres comunitarias o madres sustitutas y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
4. Población infantil abandonada y aquella perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
5. Menores desvinculados del conflicto armado.

6. Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
7. Comunidades Indígenas.
8. Población desmovilizada.
9. Adultos mayores en centros de protección.
10. Población ROM.
11. Personas incluidas en el Programa de Protección a Testigos.
12. Víctimas del conflicto armado de conformidad con lo señalado en la Ley 1448 de 2011 y que se encuentren en el Registro Único de Víctimas elaborado por la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.
13. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal.
14. Población migrante colombiana que ha sido deportada, repatriada o ha retornado voluntariamente de la república de Venezuela, con base en el Decreto 1768 de 2015.
15. Población habitante de calle.

POBLACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EXONERADA DEL COBRO DE COPAGO:

1. Niños durante el primer año de vida
2. Población con clasificación UNO mediante encuesta SISBEN (cualquier edad)
3. Poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN, condiciones de pobreza similares a las del nivel UNO del SISBEN tales como: población infantil abandonada mayor de un año población indigente, población en condiciones de desplazamiento forzado, población indígena, población desmovilizada, personas de la tercera edad en protección de ancianos en instituciones de asistencia social, población rural migratoria, población ROM.

- El núcleo familiar de la población desmovilizada una vez identificado mediante la encuesta SISBEN, no será sujeto del cobro de copagos siempre y cuando se clasifique en el nivel UNO del SISBEN.

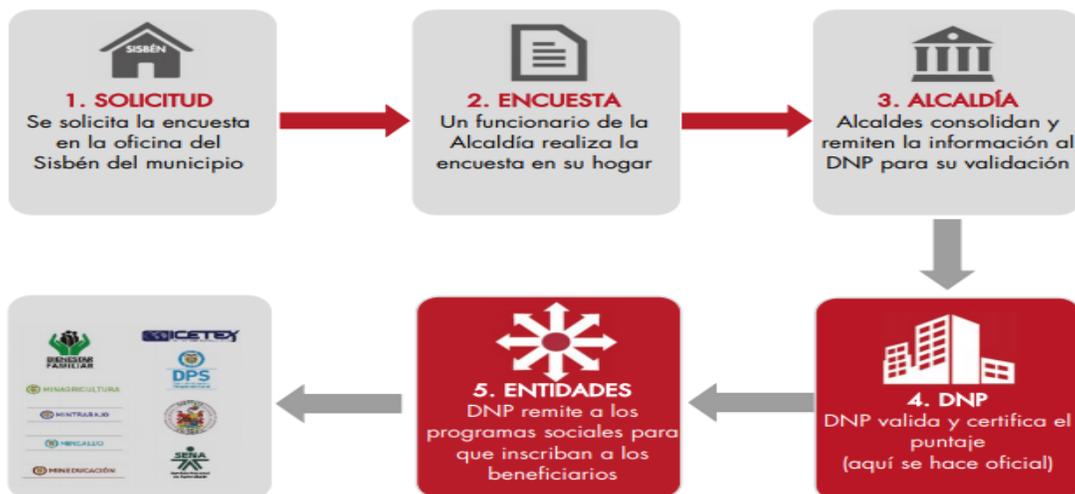
¿SABE USTED QUÉ ES EL SISBEN?

El SISBEN no es salud ni es EPS. Es un registro de potenciales beneficiarios de programas sociales al que puede ingresar cualquier ciudadano colombiano. Su objetivo principal es ordenar a la población mediante un puntaje de acuerdo con sus características, y así identificar los potenciales beneficiarios de la oferta social. Al ser una herramienta de focalización individual, es un insumo importante para la oferta social en la entrega de subsidios y beneficios a la población.

¿DÓNDE SE PUEDE SOLICITAR LA ENCUESTA?

Cualquier ciudadano se puede acercar a la alcaldía de su municipio y solicitar la encuesta que no tiene ningún costo. La aplicación del SISBÉN, su implementación y administración están a cargo del alcalde del respectivo municipio. En el presente diagrama podemos observar los pasos del proceso del Sisbén

Figura 1. Proceso del Sisbén



Fuente: DNP, 2016.

Es importante resaltar que el SISBÉN es una encuesta que se aplica a los hogares y sirve para obtener información socioeconómica confiable y actualizada de las personas que los componen. El SISBÉN permite establecer las condiciones socioeconómicas de los hogares, con el propósito de focalizar (asignar) recursos de inversión social.

Las entidades del estado para sus programas sociales seleccionan a sus beneficiarios a partir del puntaje obtenido por el ciudadano en la encuesta del SISBEN.

En el cuadro siguiente se presenta un listado de entidades del Estado Colombiano que utilizan la base de datos del SISBEN para la focalización de sus programas sociales.

Por ejemplo, el ciudadano que tenga entre 0 y 44,79 puntos en el SISBEN tiene derecho a régimen subsidiado en salud con el nivel 1 y esta exonerado del cobro de copago y quien tenga entre 44,80 y 51,57 tiene derecho a régimen subsidiado en salud con nivel 2 y paga el 10% de copago sobre el valor de la atención recibida.

ENTIDAD	PROGRAMA SOCIAL	PORCENTAJE
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	Régimen subsidiado nivel 1	0 – 44,79
	Régimen subsidiado nivel 2	44,80 – 51,57
COLPENSIONES	Beneficios económicos periódicos BEPS	0 – 56,32
ICETEX	Subsidio de sostenimiento	0 – 56,22
	Tu eliges (0 y 10% de pago durante la carrera)	0 – 58,16
	ACCES	0 – 30,73
	Subsidio de tasa de interés y condonación del crédito	0 – 56,32
EJERCITO NACIONAL	Exención en el pago de la cuota de compensación militar	0 – 61,91
ICBF	Atención integral a la primera infancia	0 - 56,32
MINISTERIO DE AGRICULTURA Y DESARROLLO TERRITORIAL SOSTENIBLE	SENA emprende rural SER	0 - 56,32
UNIDAD PARA LAS VICTIMAS	Atención humanitaria URBANO	0 – 57,21
	Atención humanitaria RURAL	0 – 56,32

¿PUEDO CAMBIARME DEL REGIMEN SUBSIDIADO AL CONTRIBUTIVO Y VICEVERSA?

La movilidad es el derecho de que son titulares los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, focalizados en los niveles I y II del Sisbén y la población especial de que trata el artículo 40 del decreto 2353 de 2015, que los faculta para migrar del régimen subsidiado al régimen contributivo y viceversa, con todo su núcleo familiar, sin solución de continuidad, ni necesidad de efectuar un nuevo proceso de afiliación, permaneciendo en la misma EPS.

Las personas afiliadas al Régimen Subsidiado que adquieran capacidad de pago y que estén en la obligación de afiliarse en el Régimen Contributivo se mantienen en la misma EPS y recibirán todos los beneficios junto con su núcleo familiar.

Cuando una persona afiliada al régimen contributivo pierda la calidad de cotizante o de beneficiario de dicho régimen y se encuentre focalizado en los niveles I y II del SISBÉN, la EPS del régimen contributivo deberá garantizarle la continuidad en el aseguramiento.

Cuando los afiliados cambien de municipio y ejerzan la movilidad, se deberá respetar el puntaje del SISBEN que traen del municipio anterior, hasta que el municipio receptor realice la encuesta.

Los aportes al régimen Contributivo serán de la siguiente manera:

Cotización mediante vinculación laboral: El empleador aportará el 8.5% y el empleado el 4% del salario base.

Cotización independiente: El cotizante independiente afiliado al Régimen Contributivo aportará el 12.5% sobre ingreso base de cotización.

¿A TRAVES DEL SISBEN PUEDO SER ATENDIDO EN UNA CIUDAD DISTINTA A LA DE RESIDENCIA?

El decreto 1683 de 2013 define la portabilidad como un mecanismo con que cuentan los afiliados a una entidad promotora de salud EPS, para tener acceso a los servicios de salud en una institución prestadora de servicios de salud IPS primaria, en cualquier municipio del territorio nacional diferente a aquel donde se encuentra su sitio habitual de residencia.

Se deberá tener en cuenta tres situaciones:

- Si se traslada por un mes o menos: en cualquier hospital o clínica deben brindarles atención en urgencias y la que se requiera posterior a la urgencia, aunque no tenga convenio con la EPS.
- Si la persona se traslada por más de un mes y menos de doce meses: la EPS deberá garantizarle su prestación a Institución Prestadora de Salud (IPS) primaria en el municipio receptor y a partir de ésta, el acceso a todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud en la red correspondiente.
- Si todo el grupo se va a vivir a otra ciudad por más de doce meses o de manera indefinida. El afiliado deberá cambiar de EPS, afiliándose a una que

opere el respectivo régimen en el municipio receptor, si el traslado sigue siendo temporal, podrá solicitar una prórroga de atención con la misma EPS, por un año más. Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado emigre permanentemente y opte por cambio de EPS, su afiliación en el municipio receptor se hará con base en el nivel SISBÉN establecido para su anterior afiliación, hasta tanto el municipio receptor practique una nueva encuesta, lo cual en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento. Para que sea efectiva la Portabilidad un afiliado podrá solicitar ante la EPS mediante la línea telefónica de atención al usuario, por escrito, correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, personalmente o a través de cualquier otro medio de que disponga la EPS para el efecto.

La solicitud deberá contener como mínimo la siguiente información:

- Nombre del afiliado
- Identificación
- El municipio receptor
- La temporalidad, si ésta se encuentra definida; la IPS a la cual está adscrito en el municipio domicilio de afiliación y un número telefónico, dirección geográfica o dirección electrónica para recibir respuesta a su solicitud sobre descripción a un prestador, en el municipio receptor.

La presentación personal del afiliado ante una IPS en el municipio receptor también podrá servir para iniciar el trámite de portabilidad entre EPS e IPS.

RED HOSPITALARIA DEL MUNICIPIO DE ITAGUI

E.S.E HOSPITAL DEL SUR GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA

Dirección: Sede San Pío: calle 33 No 50^a-25
Sede Santamaría: Calle 73^a No 52b -25
Sede Calatrava: Calle 63 No 58FF -11
Sede administrativa: Calle 33 No 50^a-25, piso 2

Teléfono: Línea de Atención Farmacéutica 281 11 33 ext. 112 - línea de atención a las personas 281 11 33 ext. 111, asignación de citas médicas: 448 33 11, citas odontológicas 448 00 11, cancelación de citas 448 77 00

Página web: www.hospitaldelsur.gov.co

EPS que atiende:

Tipos de servicios: urgencia, consulta de medicina general, hospitalización de primer nivel, imagenología, odontología, servicio farmacéutico, laboratorio clínico, vacunación, programas de protección específica y detección temprana.

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ

Dirección: sede 1: carrera 51 a No 45-51, Itagüí – Sede 2: Calle 47 No 48-63

Teléfono: 448 22 24 opción 1, o en las extensiones 9014, 9015, 9016.

Página web: www.hsanrafael.gov.co

EPS que atiende:

Tipos de servicios: Urgencias, Cirugía General, Medicina General, Ortopedia y Traumatología, Pediatría), UCI, Apoyo diagnóstico (Rayos X, Tomografía simple y contrastada, Ecografía, Laboratorio clínico, Ecocardiografía TT, Electrocardiografía), Hospitalización, Consulta externa,

¿SABES QUE ES UNA URGENCIA?

La urgencia es una alteración física o psíquica que pone en riesgo la vida o la funcionalidad de una persona y que amerita la atención inmediata de un equipo de salud con el fin de conservar la vida o prevenir consecuencias presentes o futuras.

SE PRESENTA UNA URGENCIA CUANDO:

- Hay dificultad para respirar por cualquier causa, sensación de ahogo agitación, piel morada.
- Pérdida de conocimiento o convulsión.
- Paro cardíaco o respiratorio.
- Heridas graves o que requieren puntos de sutura, fracturas o golpes múltiples y severos en cualquier parte del cuerpo

- Dolor en el pecho con signos vitales alterados (tensión arterial, frecuencia respiratoria) y mal estado general.
- Sangrado abundante de cualquier origen
- Quemaduras de moderadas a graves
- Envenenamiento por ingestión, inhalación o contacto
- Niños menores de 1 año con fiebre
- Embarazada con síntomas relacionados con el embarazo o con fiebre
- Parálisis de aparición súbita
- Trastornos agudos
- Entre otras que a simple lógica revisten gravedad.

¿A DONDE PUEDE ACUDIR?

A todas las entidades públicas o privadas que presten servicio de urgencias, las cuales están obligadas a atenderlas, lo más pertinente es llevar a los hospitales que están más cerca y son especializados en las patologías, por ejemplo: Paro cardiaco, a la Clínica que tenga servicio de cardiología.

¿QUIENES TIENEN DERECHO?

Todas las personas sin excepción tienen el derecho de acudir a los servicios de urgencias en salud y el deber de hacer buen uso de ellos y respetar a las personas que los atienden.

¿ES OBLIGATORIA LA ATENCION DE URGENCIAS EN SALUD?

Sí. Se debe atender cuando se acude a los servicios de salud en urgencias, el médico debe valorar el paciente (hacer el TRIAGE o clasificación) y no pueden darse barreras de acceso.

¿DEBEN ATENDERME CUANDO SOLICITE EL SERVICIO?

Siempre. Incluso para decirle que el caso no es urgente se requiere valoración médica.

¿SE PUEDE EXIGIR PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION PARA LA ATENCION DE URGENCIAS?

No, el acceso a servicios como la internación en Unidad de Cuidados Intensivos o la realización de procedimientos quirúrgicos que se requieran de manera inmediata para estabilizar un paciente en estado crítico deben ser considerados como parte de la atención inicial de urgencias y por tanto no están sujetos a periodos mínimos de cotización y sus costos deberán ser reconocidos por la respectiva EPS o Asegurador.

EN CASO DE NO ATENCION, ¿QUE HAGO?

Se debe buscar otra entidad. Su salud es lo más importante. Pero antes de ello coloque la queja (PQRDS) en la entidad que no le brindó la atención diligenciando el formulario de negación de servicios. Luego Usted o su Familia pueden instaurar la queja en la Supersalud www.supersalud.gov.co, las Secretarías de Salud Municipal, Departamental o Distrital, la Personería, la Defensoría del Pueblo o la Procuraduría.

¿QUE HAGO CUANDO EL VIGILANTE O UN FUNCIONARIO NO ME PERMITE INGRESAR A LA ENTIDAD PARA SER ATENDIDO?

El personal de seguridad tiene como función evitar que se ingresen objetos o materiales que atenten contra la vida de las personas que allí se encuentran, pero nunca pueden limitar el ingreso de un usuario y mucho menos si es un paciente. Ellos no pueden hacer la valoración (TRIAGE). Si la situación se presenta denúncielo. Supersalud www.supersalud.gov.co, las Secretarías de Salud Municipal, Departamental o Distrital, la Personería, la Defensoría del Pueblo o la Procuraduría. Recuerde que el único que hace TRIAGE es el médico.

¿SABES QUE ES EL TRIAGE?

El TRIAGE en los servicios de urgencias es un sistema de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido.

El TRIAGE como proceso dinámico cambia tan pronto como cambie el estado anímico del paciente.

CUALES SON LOS OBJETIVOS DEL TRIAGE

- Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata.
- Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución.
- Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden al servicio de urgencias.
- Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en que consiste su clasificación de TRIAGE, los tiempos de atención o de espera que se proponen y así disminuir su ansiedad.

En ninguna circunstancia el TRIAGE podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.

CATEGORIAS DEL TRIAGE

CLASIF. TRIAGE	TIPO DE ATENCION	DESCRIPCION	LUGAR DE ATENCION
I	Emergencia Atención inmediata	Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.	Unidad de urgencias Reanimación
II	Urgencia Atención hasta 30 minutos	La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.	Consultorio urgencias
III	Urgencia no vital Atención hasta 1 hora	La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.	Consultorio urgencias
IV	Atención prioritaria	El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u	Prioritaria

	Hasta 24 horas	órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.	
V	Consulta externa Atención hasta 72 horas	El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.	Consulta Externa