



Las 100 de la 100

100 Preguntas y respuestas relacionadas con el Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993 y normas posteriores afines.

Responsables:

Gabriel Jaime Guarín Alzate.

Médico. Especialistas en Gerencia Hospitalaria, Magister en Administración de Negocios MBA, Magister en Salud Pública. Docente Titular Universidad Pontificia Bolivariana

Mónica Uribe Ríos

Médico. Especialista en Gerencia en Economía y Finanzas de la Salud. Magister en salud Pública y Gestión Sanitaria. Docente Titular Universidad Pontificia Bolivariana

Área Salud Pública
Facultad de Medicina
Escuela de Ciencias de la Salud
Universidad Pontificia Bolivariana

Versión 3. 12 de febrero de 2019

La versión inicial del documento fue construida por Docentes y Estudiantes del curso de Salud Pública III en el primer semestre del año 2018.

PREGUNTAS

1. ¿Cómo está organizado el Sistema de Protección Social?	5
2. ¿Qué es la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA)?	5
3. ¿Cómo se garantiza el derecho a la salud de los colombianos?	5
4. ¿Qué es una acción de tutela?	5
5. ¿Cuál es el objetivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)?	6
6. ¿Cómo está integrado el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)?	6
7. ¿Qué es el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)?	6
8. ¿Cuáles son las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud?	7
9. ¿Qué es el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y cuáles son sus funciones?	7
10. ¿Qué es el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y cuáles son sus funciones?	7
11. ¿Qué es el Instituto Nacional de Salud (INS) y cuáles son sus funciones?	7
12. ¿Qué es la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo en Desastres (UNGRD) y a qué se refiere la Gestión del Riesgo en Desastres (GRD)?	8
13. ¿Qué es el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)?	8
14. ¿Qué es el Administradora de Recursos de la Salud (ADRES)?	9
15. ¿Qué es el Sistema General de Participaciones (SGP) y cuáles son sus funciones?	9
16. ¿Qué es Cobertura Universal en Salud?	10
17. ¿Qué son los Planes de Beneficios en Salud (PBS)?	10
18. ¿Cómo es la puerta de entrada al Plan de Beneficios en salud (PBS)?	10
19. ¿Qué se entiende por aseguramiento en salud?	10
20. ¿Qué son régimen contributivo (RC) y régimen subsidiado (RS)?	11
21. ¿Qué es la Unidad de pago por capitación (UPC) y cómo se calcula y define?	11
22. ¿Qué son las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)?	11
23. ¿Qué son y cuáles son las funciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)?	12
24. ¿Qué son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)?	12
25. ¿Qué son las Empresas Sociales del Estado (ESE)?	12
26. ¿Qué son y cuáles son los Planes adicionales de Salud (PAS)?	12
27. ¿Qué es el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)?	12
28. ¿Cómo se accede al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)?	13
29. ¿Una persona puede estar afiliada solo a SGSSS en el Sistema Integral de Seguridad Social?	13
30. ¿Cómo se realiza la afiliación al Régimen Contributivo (RC)?	13
31. ¿Cuál es el porcentaje de cotización de los afiliados al RC?	14
32. ¿Cuáles son los beneficios de estar afiliado al RC?	14
33. ¿A cuáles miembros de la familia se puede afiliarse como de beneficiarios al RC?	15



34. ¿Hay preexistencias en el Sistema de Salud?	15
35. ¿Se pueden exigir periodos mínimos de cotización para la atención de las enfermedades?	16
36. ¿Qué son las cuotas moderadoras y cuál es el monto a pagar?	16
37. ¿Qué son los copagos y cuáles son los montos a pagar?	16
38. ¿Se pueden cobrar simultáneamente por la prestación de un servicio de salud, cuotas moderadoras y copagos?	17
39. ¿Se deben pagar cuotas moderadoras o copagos por atención inicial de urgencias?	17
40. ¿Las EPS pueden cobrar multas por inasistencia a citas médicas programadas?	17
41. ¿En qué consiste el periodo de protección laboral y a qué se tiene derecho?	17
42. ¿En qué casos se puede suspender la prestación de servicios de salud?	18
43. ¿Qué es una incapacidad por enfermedad común?	18
44. ¿A cuántas semanas de licencia por maternidad y por paternidad tienen derecho los afiliados al régimen contributivo en Colombia?	18
45. ¿Qué es el Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN)?	19
46. ¿Quiénes deben afiliarse al Régimen Subsidiado en Salud (RS) y cuál es el procedimiento?	19
47. ¿Cuáles son los beneficios de estar afiliado en el Régimen Subsidiado (RS)?	20
48. ¿En el Régimen Subsidiado hay lugar al pago de incapacidades o de licencias de maternidad y/o paternidad?	20
49. ¿En el Régimen Subsidiado en Salud se deben cuotas moderadoras y copagos?	21
50. ¿En qué casos se está exento de estos copagos?	21
51. ¿A qué se refiere el término Población Pobre No Asegurada (PPNA) y cómo se le brinda atención en salud en Colombia?	22
52. ¿A qué se refieren los términos subsidios a la oferta y subsidios a la demanda?	22
53. ¿A qué se refieren los términos evasión y elusión?	22
54. ¿Qué son las cuotas de recuperación y a que monto corresponden?	23
55. ¿Cómo se realiza la atención de los heridos en un accidente de tránsito?	23
56. ¿Quién responde por la atención en salud en caso de heridos en un accidente con carro fantasma o pólizas del SOAT vencidas?	24
57. ¿Cuáles son consideradas las enfermedades o eventos de alto costo?	24
58. ¿Qué es la portabilidad en el sistema de salud?	25
59. ¿Qué es la movilidad en el sistema de salud?	25
60. ¿A qué se refiere el período mínimo de permanencia en una EPS?	25
61. ¿Qué otros requisitos, adicionales al período de permanencia, se le exigen a un afiliado para poder trasladarse de EPS?	25
62. ¿Qué debo hacer si cambio de lugar de residencia junto con los beneficiarios o con el núcleo familiar y en el nuevo municipio no opera la EPS a la cual me encuentro afiliado?	26
63. ¿Cómo opera el traslado de EPS?	26
64. ¿Qué es el Comité Técnico Científico (CTC) y cuál es su función?	26
65. ¿Qué es el MIPRES y para qué sirve?	27



66. ¿Qué diferencia hay entre atención integral e integrada en Salud?	27
67. ¿Qué es una red de servicios?.....	27
68. ¿Cuáles son los niveles de atención en Colombia?	28
69. ¿A qué se refiere Referencia y Contra referencia?.....	28
70. ¿A qué se refiere la Historia Clínica Electrónica Única?.....	29
71. ¿A qué se refiere el enfoque en Atención primaria en salud?.....	29
72. ¿Qué es la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)?	30
73. ¿Qué es el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)?	30
74. ¿Qué son las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)?	30
75. ¿Qué es Análisis de Situación de Salud (ASIS).....	31
76. ¿Qué son los Determinantes de salud?	32
77. ¿Qué es el Plan Decenal de Salud Pública?	35
78. ¿Qué es el Sistema General de Pensiones y que riesgos cubre?	35
79. ¿Cuál es el monto de cotización para pensiones?.....	35
80. ¿Cuáles son los regímenes pensionales en Colombia?	36
81. ¿Qué son las cesantías y qué riesgos cubren?.....	36
82. ¿Cómo se calculan las cesantías?.....	36
83. ¿En que se pueden utilizar las cesantías?.....	36
84. ¿Cuáles son los fondos de pensiones y cesantías de Colombia?	37
85. ¿En qué consiste el Sistema General de Riesgos Laborales?	37
86. ¿Quién debe pagar las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Laborales?	37
87. ¿Cuáles son los niveles de riesgos laborales?.....	38
88. ¿Quién administra los riesgos laborales?	38
89. ¿Las EPS del Régimen Subsidiado o Contributivo deben reconocer la prestación de servicios en casos de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral?	38
90. ¿Qué son los sistemas de asistencia social?	39
91. ¿Qué son y cuál es la función en salud de las cajas de compensación familiar?.....	39
92. ¿Cuál es la función en salud del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)?	39
93. ¿Cómo se hace la atención en salud de discapacitados?	40
94. ¿Cómo se hace la atención en salud de víctimas de violencia?	40
95. ¿Cómo se hace la atención en salud de reinsertados?	40
96. ¿Cómo se realiza la atención de la población privada de la libertad?.....	41
97. ¿Cómo se hace la atención en salud de inmigrantes?.....	41
98. ¿Qué son y cuáles son los Objetivos de Desarrollo sostenible?	42
99. ¿Qué es y cuáles son las formas de Participación Social en salud?	44
100. ¿Cuál es el propósito del día mundial de la salud?	44
Fuentes de información.....	45

1. ¿Cómo está organizado el Sistema de Protección Social?

El Sistema de Protección Social, está organizado en dos ejes fundamentales:

- El Sistema Integral de Seguridad Social (SISS): incluye el Sistema General de Pensiones (SGP), el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL). Es obligatorio e irrenunciable para toda la población colombiana.
- El Sistema de Asistencia Social: está dirigido a complementar acciones sociales para las poblaciones, ejemplo el sistema de compensación administrado por las cajas de compensación familiar, el sistema de protección a la niñez y la adolescencia a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), de bienestar al adulto mayor (mayores de 60 años) en estado de vulnerabilidad y programas para poblaciones vulnerables (habitantes de calle, migrantes, víctimas de la violencia, entre otros). Son dirigidos a grupos especiales.

2. ¿Qué es la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA)?

La Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) es una ventanilla virtual que permite el pago integrado de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (SISS) y Parafiscales en la cual los aportantes reportan la información para cada uno de los subsistemas (SGP, SGSSS, SGRL) en los que el cotizante está obligado a aportar. Es responsabilidad del aportante suministrar la información para la liquidación de aportes al SISS y Parafiscales.

3. ¿Cómo se garantiza el derecho a la salud de los colombianos?

A través de la Constitución de 1991 y Ley Estatutaria que reglamenta el derecho a la salud, Ley 1751 de 2015, se obliga al Estado a garantizar y proteger el debido cumplimiento del derecho a la salud de los colombianos mediante la adopción de decisiones que faciliten el acceso al servicio de salud y garanticen el derecho a una prestación oportuna, eficaz y de calidad para el mantenimiento y la promoción de la salud.

El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

4. ¿Qué es una acción de tutela?

Es un mecanismo mediante el cual, un ciudadano colombiano, solicita el cumplimiento de los derechos constitucionales, cuando cualquiera de estos resulte vulnerado o amenazado por la omisión de cualquier autoridad pública o privada.

El Derecho a la salud, al ser reconocido como un derecho fundamental en la Ley 1751 de 2015, está sujeto a la protección y es tutelable.

5. ¿Cuál es el objetivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)?

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud, crear condiciones de acceso para toda la población residente del país en todos los niveles de atención y mejorar el estado de salud de los individuos y las poblaciones.

6. ¿Cómo está integrado el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)?

- Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:
 - El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
 - La Superintendencia Nacional de Salud. quien actúa como organismo de control
 - El Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)
 - El Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud (IETS)
 - El Instituto Nacional de Salud (INS)
- Los Organismos de administración y financiación
 - La Administradora de Recursos de la Salud (ADRES)
 - Las Entidades Territoriales: Departamentos, Distritos, Municipios
 - Las secretarías de Salud de las Entidades territoriales
 - las Entidades Promotoras de Salud (EPS)
- Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)
- Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
- Los beneficiarios del SGSSS, usuarios, las comunidades
- Las organizaciones, comités, asociaciones y formas de Participación Social en Salud

7. ¿Qué es el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)?

Según la ley 1122 de 2007 el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, el cual se encuentra en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, deberá enfocar sus funciones de IVC hacia el financiamiento, el aseguramiento, la prestación de servicios de atención en salud pública, la atención al usuario y participación social, las acciones y medidas especiales, la información y la focalización de los subsidios en salud.

En caso de incumplimiento de las normas que regulan el SGSSS, por parte de las Entidades que hacen parte del mismo, deberá acudir a la Superintendencia Nacional de Salud para que en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control inicie las investigaciones e imponga las sanciones a que haya lugar.

8. ¿Cuáles son las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud?

Se enmarcan en ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, para que cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, pena de imponer las sanciones a que haya lugar en el ámbito de su competencia (Retirar licencias de funcionamiento, imponer multas o tomar control (intervenir) las instituciones sancionadas) y denunciar ante las autoridades responsables las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema.

Son sujetos de IVC (Inspección, Vigilancia y Control) por parte de la Superintendencia Nacional de Salud todas las personas naturales y jurídicas que hacen parte del SGSSS y aquellas que manejen recursos públicos para la salud. (Ley 1438 de 2011 y 1952 de 2019)

9. ¿Qué es el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y cuáles son sus funciones?

Es el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos; es una entidad de vigilancia y control de carácter técnico científico, que trabaja para la protección de la salud individual y colectiva de los colombianos, mediante la aplicación de las normas sanitarias asociada al consumo y uso de alimentos, medicamentos, dispositivos médicos y otros productos objeto de vigilancia sanitaria.

El compromiso del INVIMA se centra en consolidarse como la agencia de vigilancia sanitaria en Colombia.

10. ¿Qué es el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y cuáles son sus funciones?

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social, el INVIMA, el Instituto Nacional de Salud, Colciencias, La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. El IETS Realiza la evaluación de las tecnologías en salud basada en la evidencia científica y produce guías y protocolos sobre medicamentos, dispositivos, procedimientos y tratamientos. Lo anterior con el fin de recomendar a las autoridades competentes sobre las tecnologías que deben ser cubiertas con recursos públicos.

11. ¿Qué es el Instituto Nacional de Salud (INS) y cuáles son sus funciones?

Es la autoridad científico técnica de la salud en Colombia, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social. (Decreto Ley 4109 de 2011)

Se encarga, entre otras, de orientar el desarrollo de Políticas, Planes, Proyectos y Guías de atención de las situaciones de interés en salud pública en Colombia y el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas. Actúa como entidad de referencia nacional en salud pública y coordinador técnico de las redes de: vigilancia epidemiológica, laboratorios, donación y trasplantes de órganos y tejidos, bancos de sangre y servicios de transfusión, en el marco del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.

12. ¿Qué es la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo en Desastres (UNGRD) y a qué se refiere la Gestión del Riesgo en Desastres (GRD)?

La Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, depende directamente de la Presidencia de la República y es la entidad que dirige la implementación de la gestión del riesgo de desastres, atendiendo las políticas de desarrollo sostenible, y coordina el funcionamiento y el desarrollo continuo del sistema nacional para la prevención y atención de desastres – SNPAD.

La gestión del riesgo de desastres (GRD) es un proceso social orientado a la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, estrategias, planes, programas, regulaciones, instrumentos, medidas y acciones permanentes para el conocimiento y la reducción del riesgo y para el manejo de desastres, con el propósito explícito de contribuir a la seguridad, el bienestar, la calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible. (Ley 1523 de 2012)

13. ¿Qué es el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)?

De acuerdo con lo definido en los artículos 112 y 113 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y de Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información en salud, la cual debe ser unificada, oportuna y centrada en el ciudadano. Es un sistema de gestión de datos (bodega de datos) y de aplicativos transaccionales, en el cual se concentra la información necesaria para la construcción de indicadores y reportes en salud. Es una herramienta que permite obtener, procesar y consolidar la información necesaria para la toma de decisiones que apoyen la elaboración de políticas, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios en cada uno de los niveles y en los procesos esenciales del sector: aseguramiento, financiamiento, oferta, demanda y uso de servicios.

Son más de 30 bases de datos que son articuladas en el SISPRO, entre las cuales se puede destacar: Sistema de afiliación transaccional (SAT), Base de datos única de afiliados (BDUA), Registro Único de Afiliados a la Protección Social, PILA, Nacimientos y defunciones, MIPRES y Registro del talento Humano en Salud (RETHUS), entre otros.

14. ¿Qué es el Administradora de Recursos de la Salud (ADRES)?

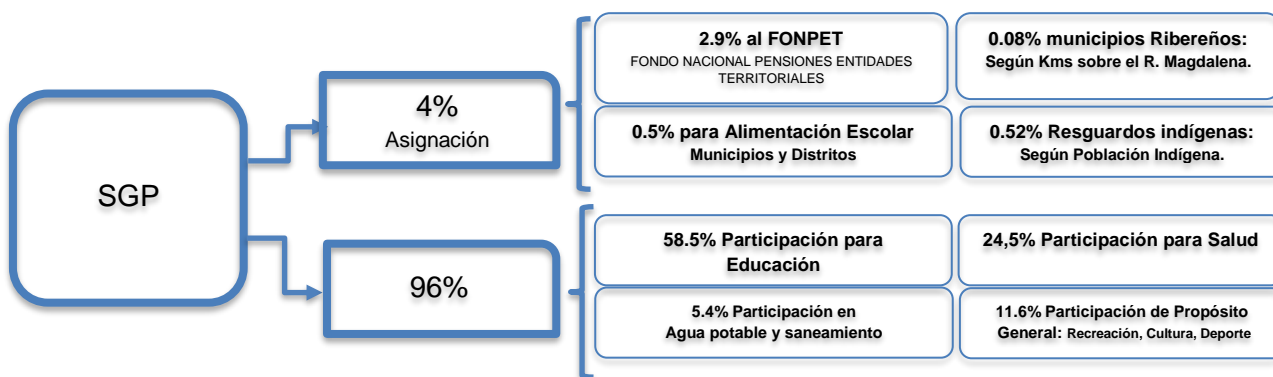
Es una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. tiene como objetivo garantizar el adecuado flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) e implementar los respectivos controles.

Se encarga, entre otras, del reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud. Realiza también los giros a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y realiza las transferencias de recursos que correspondan a los diferentes agentes del Sistema. Administra la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA-, que suministra la información para el reconocimiento de los pagos periódicos que se les hace a las EPS por aseguramiento en salud. Adopta y propone mecanismos para proteger los recursos que administra con el fin de evitar fraudes

15. ¿Qué es el Sistema General de Participaciones (SGP) y cuáles son sus funciones?

El Sistema General de Participaciones (SGP) es un fondo constituido por los recursos que la Nación transfiere a las entidades territoriales – departamentos, distritos y municipios, para la financiación de los servicios a su cargo, principalmente en salud, educación y propósito general.

Su función es destinar el financiamiento para los gastos concernientes en educación, salud y otros propósitos generales que puedan demandar las diferentes entidades territoriales. De acuerdo con la Ley 715 de 2001 está conformado de la siguiente manera:



16. ¿Qué es Cobertura Universal en Salud?

La cobertura universal de salud permite garantizar el *acceso equitativo* a todas las personas y las comunidades, sin discriminación alguna a los servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad y garantizados, que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras. La cobertura universal de salud refuerza la necesidad de definir y ejecutar políticas e intervenciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar, con énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad. (OMS)

17. ¿Qué son los Planes de Beneficios en Salud (PBS)?

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC es el conjunto de servicios (actividades, procedimientos e intervenciones), medicamentos, dispositivos y tecnologías en salud, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones definidas por la ley. (Resolución 5857 de 2018)

18. ¿Cómo es la puerta de entrada al Plan de Beneficios en salud (PBS)?

El acceso primario al Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se hará en forma directa a través de urgencias o por consulta médica u odontológica general. Podrán acceder en forma directa a las consultas especializadas de pediatría, obstetricia o medicina familiar, según corresponda y sin requerir remisión por parte del médico general, las personas menores de 18 años de edad y las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio, cuando la oferta disponible así lo permita

19. ¿Qué se entiende por aseguramiento en salud?

Es un proceso orientado a lograr la afiliación de toda la población residente en el territorio nacional para que disponga de *un seguro de salud*, que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de promoción, prevención, cuidado, atención, rehabilitación y paliación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad. El aseguramiento incluye el esfuerzo que realizan el estado, los empleadores, empleados, y las personas para conformar un fondo de recursos financieros que permita financiar un Plan de Beneficios de Salud (PBS) de carácter solidario y equitativo.

20. ¿Qué son régimen contributivo (RC) y régimen subsidiado (RS)?

El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o una contribución económica, financiada directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago y sin trabajo formal, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

21. ¿Qué es la Unidad de pago por capitación (UPC) y cómo se calcula y define?

Es el valor anual que se reconoce el ADRES a las EPS por cada uno de los afiliados al SGSSS para cubrir la prestación del PBS, en los regímenes contributivo y subsidiado. El valor de la UPC varía según el régimen al que está adscrito, grupo etareo, zona geográfica de residencia y género y se dispone para financiar la organización y garantía de la prestación del PBS a través de la red de servicios. Teniendo en cuenta el cruce de estas variables, con los límites definidos por el marco financiero del sistema de salud, se define la UPC cada año.

22. ¿Qué son las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)?

Para efectos de vigilancia y control la Superintendencia de salud se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) a:

- Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo y Subsidiado
- Las Empresas Solidarias de Salud
- Las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud
- Las Entidades Promotoras de Salud Indígena
- Las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud
- Las Entidades que administren planes adicionales de salud (PAS)
- Las Entidades Obligadas a Compensar (EOC):
 - o Las entidades adaptadas de Salud: el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y Empresas Públicas de Medellín. Estas empresas desaparecerán cuando tengan menos de 5000 afiliados y beneficiarios
 - o Las entidades pertenecientes al *régimen de excepción* de salud: personas cotizantes o beneficiarias de las siguientes entidades: Fuerzas Militares, Policía Nacional, Profesores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio y Ecopetrol.
 - o Las universidades en sus actividades de salud (*régimen especial*). Universidades Públicas que se acogieron a la ley 647 del 2001.

23. ¿Qué son y cuáles son las funciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)?

Son las Entidades responsables de la afiliación, recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación de Plan de Beneficios de Salud (PBS) a los afiliados del régimen contributivo y del régimen subsidiado. Son también responsables de la gestión del riesgo y la gestión financiera en salud.

24. ¿Qué son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)?

Son las instituciones encargadas de prestar servicios de salud a usuarios. Son los hospitales, clínicas, Empresas Sociales del Estado (ESE), ambulancias, centros de salud (médicos, odontológicos, de terapias, etc.) y laboratorios de carácter público, privado o mixto.

25. ¿Qué son las Empresas Sociales del Estado (ESE)?

Son las IPS públicas y se constituyen en una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos. El objetivo de las ESE es la prestación de servicio de salud, como parte integrante del SGSSS.

26. ¿Qué son y cuáles son los Planes adicionales de Salud (PAS)?

Son planes que complementan los servicios del PBS. Solo pueden acceder a ellos los afiliados al régimen contributivo, sean cotizantes o beneficiarios y los afiliados a regímenes especiales y de excepción. Los PAS son de carácter opcional y voluntario y se refieren a

- Planes de atención complementaria en salud: incluyen servicios y tecnologías que no están en el PBS de los diferentes regímenes. Solo pueden ser ofrecidos por las EPS.
- Planes de medicina prepagada o Pólizas de servicios: incluyen un paquete de servicios y tecnologías que son elegidos por los usuarios como complemento y para mejorar las condiciones del PBS. Por ejemplo: hotelería, medicamentos, especialistas, etc. Pueden ser ofrecidos por las EPS, las entidades adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras.
- Pólizas financieras de salud: son seguros que reconocen el pago de un servicio o tecnología de salud en el que las personas hayan incurrido a nivel nacional o internacional. Pueden ser ofrecidos por las empresas aseguradoras.

27. ¿Qué es el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)?

El PIC (antes Plan de Atención Básica PAB), es un plan de beneficios que incluye acciones de Promoción de la Salud y de Gestión del Riesgo, es complementario al PBS; su dirección recae sobre el Estado, es obligatorio, universal y gratuito; así mismo, su planeación y ejecución se realiza como parte integral del Plan Territorial de Salud. Por ejemplo: Vacunación,

fumigación, control de calidad del aire, control de calidad del agua, etc. (Res. 518 / 2015). Se complementa con las Rutas Integradas para la Promoción y el mantenimiento de la salud (RIAS) (Pregunta 75) con énfasis en gestión del riesgo individual y familiar (Res. 3280 / 2018)

28. ¿Cómo se accede al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)?

Se accede cuando se afilia a una Empresa Promotora de Salud (EPS). La afiliación puede ser al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado. También las personas que se encuentren en Entidades Obligadas a Compensar (EOC): regímenes de excepción, regímenes especiales y empresas Adaptadas de salud. De otro lado, debe tenerse en cuenta que la Entidad Territorial deberá garantizar la atención de la población pobre no asegurada (Vinculados), con cargo a los recursos que recibe por transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) y rentas cedidas.

29. ¿Una persona puede estar afiliada solo a SGSSS en el Sistema Integral de Seguridad Social?

Todas las personas que se encuentren afiliadas como cotizantes al Régimen Contributivo en Salud tienen que realizar también aportes a al Sistema General de Pensiones (SGP) y al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL).

Se exceptúan de estos aportes los pensionados, las personas mayores de 50 años si es mujer o 55 años si es hombre que nunca hayan cotizado al sistema de pensiones, los cotizante con requisitos cumplidos para pensión, el cotizante a quien se le ha reconocido indemnización sustitutiva o devolución de salud y el cotizante perteneciente a un régimen exceptuado de pensiones.

Las personas afiliadas al Régimen Subsidiado no tienen la obligación de realizar aportes al SGP y al SGRL.

30. ¿Cómo se realiza la afiliación al Régimen Contributivo (RC)?

- Si es un empleado dependiente, su empleador tiene la responsabilidad de afiliarlo; para esto, el empleado escoge la EPS que prefiera y se lo informa al empleador junto con los datos de la familia. Si se trata de un aprendiz en etapa lectiva y productiva, se hace de la misma manera.
- Si es un pensionado, debe informar al Fondo de Pensiones cuál es la EPS a la cual le entregará la cotización; esta puede ser la misma a la estaba afiliado u otra si decidió cambiarse, siempre y cuando cumpla los requisitos exigidos para el efecto. El Fondo de Pensiones lo afilia y paga la cotización mensual a la EPS que corresponda.

- Si es trabajador independiente con contrato por prestación de servicios, a partir del 1 de octubre de 2018, (Decreto 1273 de 28 de julio de 2018) las empresas, con las que contrate, serán las responsables de la afiliación y el pago.
Este es descontado según los porcentajes definidos por la normatividad vigente (El ingreso base de cotización (IBC) al Sistema de Seguridad Social Integral del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios personales).
Se calcula sobre el cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado de cada contrato, sin incluir el valor total del Impuesto al Valor Agregado (IVA) cuando a ello haya lugar. En ningún caso el IBC podrá ser inferior al salario mínimo mensual legal vigente ni superior a 25 veces el salario mínimo mensual legal vigente.
- Si es trabajador independiente sin contrato, debe afiliarse por su cuenta a la EPS que quiera y realizar los pagos mensuales a través de la planilla integrada (PILA)

31. ¿Cuál es el porcentaje de cotización de los afiliados al RC?

- Empleado dependiente es del 12.5% del salario mensual, del cual el 8.5% está a cargo del empleador y el 4% a cargo del empleado.
- El pensionado se encuentra obligado a cotizar el 12% de su mesada pensional, excepto cuando se encuentre vinculado o reciba ingresos adicionales a su mesada pensional, debiendo asumir la totalidad (12,5%). Actualmente está en trámite, para sanción presidencial, la Ley para disminuir la cotización de los pensionados al 4%.
- El trabajador independiente sin contrato debe pagar mensualmente la totalidad de la cotización (12.5% del ingreso base de cotización).
- El trabajador independiente con contrato deberá cotizar sobre el 40% del valor mensual bruto del contrato.
- Los aprendices en etapa lectiva y productiva, la cotización será cubierta plenamente por la empresa patrocinadora, sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente.

Nota: Las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes, declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, no pagan el 8.5% de la salud de sus empleados que ganen menos de 10 salarios mínimos. Este pago será realizado por el estado a través de los impuestos generales (Ley 1819 de 2016)

32. ¿Cuáles son los beneficios de estar afiliado al RC?

- El cotizante y su familia tendrán acceso a los servicios del Plan Beneficios de salud (PBS) (Antes Plan Obligatorio de salud - POS). Este incluye acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidado, atención, rehabilitación y paliación.
- Recibir un subsidio en dinero en caso de incapacidad, siempre que este sea por enfermedad o por accidente no relacionado con el trabajo.

- Recibir un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad, sea la madre trabajadora dependiente o independiente. Recibirán entonces el 100% de su salario por parte de la EPS. Para esto, la afiliada debe cotizar al sistema durante todo su periodo de gestación. Si es una trabajadora dependiente y su empleador no cumple con el pago de las cotizaciones, este deberá pagar el valor total de la licencia.
- Afiliar al grupo familiar sin costo adicional, siempre que cumplan con los requisitos que se describen en la siguiente pregunta. Estos se convertirán entonces en beneficiarios y recibirán el mismo acceso al PBS y atención en los mismos lugares y con los mismos cuidados que el cotizante, sin pagar ninguna cotización adicional.

33. ¿A cuáles miembros de la familia se puede afiliar como de beneficiarios al RC?

Al Régimen Contributivo (RC) se pueden afiliar como beneficiarios

- Al cónyuge o compañero permanente del afiliado, independiente si es de sexo diferente.
- A los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, incluyendo los adoptivos, que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de este.
- A los hijos, sobrinos o hermanos de cualquier edad con incapacidad permanente y que dependan económicamente del cotizante, si los padres han fallecido (para sobrinos y hermanos)
- A los menores de 18 años entregados en custodia legal por la autoridad competente.
- A los hijos menores de 25 años que dependan económicamente del afiliado.
- A los padres, en caso de no tener cónyuge, compañero(a) o hijos. El requisito es que no pueden ser pensionados y deben depender económicamente del afiliado.
- Podrán incluirse como beneficiarios a los nietos mientras la madre o el padre tengan la condición de beneficiarios

Nota: Cuando alguien viva de manera permanente con un grupo familiar y tenga algún grado de consanguinidad o es menor de 12 años, el cotizante cabeza de familia, podrá pagar una UPC adicional (valor definido cada año dependiendo del riesgo por edad, género y lugar geográfico de residencia) para quedar afiliado al RC y gozar del PBS.

34. ¿Hay preexistencias en el Sistema de Salud?

No. El artículo 164 de la ley 100 dice lo siguiente: “En el SGSSS, las empresas promotoras de salud (EPS) no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados”.

Los afiliados realizan el Formulario de Declaración del Estado de Salud, en el cual refieren sus enfermedades con el fin de conocer los riesgos y programar las actividades de P y P, las atenciones o controles necesarios (Gestión del Riesgo).

35. ¿Se pueden exigir periodos mínimos de cotización para la atención de las enfermedades?

No. Porque de acuerdo con el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, desde el 1° de enero de 2012 no existen periodos mínimos de cotización en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para ningún servicio ni procedimiento.

Lo anterior no puede confundirse con la cobertura de servicios, que, para el caso del trabajador dependiente, salvo el tema de urgencias, inicia una vez transcurridos los primeros 30 días después de la afiliación, a diferencia del trabajador independiente quien una vez inscrito y cancelada su primera cotización, tendrá derecho a recibir conjuntamente con su familia, de manera inmediata, la totalidad de los beneficios contemplados en el PBS.

36. ¿Qué son las cuotas moderadoras y cuál es el monto a pagar?

Las cuotas moderadoras son un aporte monetario que se paga por los afiliados (cotizantes y beneficiarios) cuando se recibe un servicio de salud como una cita médica u odontológica, además, también se paga por tratamiento o exámenes ambulatorios. Su objetivo es regular o moderar el uso innecesario de los servicios de salud.

Para el año 2019 los montos a pagar son:

CATEGORÍA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	CUOTA MODERADORA
1	Menor a 2 SMLMV	\$3.200
2	Entre 2-5 SMLMV	\$12.700
3	Mayor a 5 SMLMV	\$33.500

37. ¿Qué son los copagos y cuáles son los montos a pagar?

El copago es una cuota de dinero que deben pagar únicamente los beneficiarios del régimen contributivo y cuyo valor se estima de acuerdo al ingreso base de cotización del afiliado cotizante, sirven para ayudar a financiar el sistema y tienen un tope máximo de pago anual y acumulado por enfermedad.

Los montos a pagar en el año 2019 son:

CATEGORÍA	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	COPAGO EN % DEL VALOR DEL SERVICIO	COPAGO MÁXIMO/ AÑO	COPAGO MÁXIMO/ EVENTO
1	Menor a 2 SMLMV	11.5%	\$ 476.167	\$ 237.669
2	Entre 2-5 SMLMV	17.30%	\$ 1.904.667	\$ 952.333
3	Mayor a 5 SMLMV	23.00%	\$ 3.809.334	\$ 1.904.667

38. ¿Se pueden cobrar simultáneamente por la prestación de un servicio de salud, cuotas moderadoras y copagos?

No. La cuota moderadora la pagan los beneficiarios y cotizantes cuando asisten a una consulta, tratamiento o exámenes ambulatorios, mientras que el copago lo pagan los beneficiarios cuando van a acceder a algunos servicios del PBS como hospitalización, procedimientos o tratamientos quirúrgicos; siempre y cuando dichos servicios no estén sujetos a cuotas moderadoras o a programas de prevención y promoción o sean servicios de atención inicial de urgencias.

39. ¿Se deben pagar cuotas moderadoras o copagos por atención inicial de urgencias?

No. A no ser que el médico de servicio de urgencias determine que el servicio no era una verdadera urgencia. Tampoco se cobra cuando el paciente pertenece a un grupo de enfermedades específicas, en el cual deben de seguir un plan rutinario de control como HTA o DM.

40. ¿Las EPS pueden cobrar multas por inasistencia a citas médicas programadas?

No. Ninguna EPS del régimen Contributivo o Subsidiado, ni hospital o clínica pública o privada, ni departamento o municipio puede cobrar multas a las personas por no asistir a las citas médicas programadas. (Artículo 55 de la Ley 1438 de 2011).

41. ¿En qué consiste el periodo de protección laboral y a qué se tiene derecho?

Es el periodo que inicia cuando el empleador reporta la novedad de terminación del vínculo laboral o cuando el trabajador independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante y reporte la novedad.

Durante el período de protección laboral, el afiliado cotizante y su núcleo familiar tendrán derecho a la prestación de los servicios de salud del PBS por el periodo de un (1) mes, cuando haya estado inscrito en la misma EPS como mínimo los doce (12) meses anteriores y de tres (3) meses cuando haya estado inscrito de manera continua durante cinco (5) años o más.

Al afiliado y a su familia solo les serán atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento, actividades de promoción y prevención o aquellas derivadas de una urgencia. En todo caso, la atención solo se prolongará hasta la finalización del respectivo periodo de protección laboral. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el periodo descrito, correrán por cuenta del usuario.

42. ¿En qué casos se puede suspender la prestación de servicios de salud?

- Después de dos meses de mora de la cotización que le corresponde al afiliado, al empleador o a la administradora de pensiones, según sea el caso.
- Cuando no se presentan los soportes exigidos para los beneficiarios
- Cuando el afiliado cotizante que incluyó dentro de su grupo a un miembro dependiente no cancela la Unidad de Pago por Capitación adicional por este.

43. ¿Qué es una incapacidad por enfermedad común?

Son incapacidades producidas por un accidente o una enfermedad común cuya ocurrencia no tuvo ninguna relación con el trabajo.

Los médicos deberán realizar revisiones periódicas para detectar los casos en los cuales los tiempos de rehabilitación y recuperación del paciente se desvíen de los previstos por su condición de salud. En caso de incapacidades largas deben realizarse revisiones cada 60 días y cumplir las condiciones definidas en la norma. (Decreto 1333 de 2018)

Respecto a la cobertura y los montos:

- Los dos primeros días, el pago lo hacen los empleadores y será el 100% del salario.
- A partir del tercer día hasta el día 90, el pago lo hace la EPS y será el 66% del salario.
- Del día 91 al 180, el pago lo hace la EPS y será el 50% del salario.
- Del día 181 al 540, el pago lo hace el fondo de pensiones al que se esté afiliado.
- Del día 541 en adelante, hasta que se determine la pensión por invalidez, el pago lo hace la EPS.

44. ¿A cuántas semanas de licencia por maternidad y por paternidad tienen derecho los afiliados al régimen contributivo en Colombia?

- La licencia de maternidad son 18 semanas. Puede iniciar una (1) semana con anterioridad a la fecha probable del parto debidamente acreditada. Si por alguna razón médica la futura madre requiere una semana adicional previa al parto podrá gozar de las dos (2) semanas adicionales a las dieciséis (16) postparto.

En caso diferente, si por razón médica no puede tomar la semana previa al parto, podrá disfrutar las dieciocho (18) semanas en el posparto inmediato.

- La licencia de Paternidad (Ley Maria) corresponde a 8 días hábiles después del parto. La ley establece que los ocho días otorgados al padre no serán descontados y será la EPS quien los pague.

En caso de que el embarazo termine en un aborto o en un parto con bebe muerto, la madre tiene derecho a una licencia de 2 a 4 semanas, según lo determine el médico. Cuando el embarazo termina en nacimiento de bebe vivo y este muere después de nacer la madre tiene derecho a la licencia de maternidad de las 18 semanas.

45. ¿Qué es el Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN)?

El SISBEN es el Sistema de Selección de Beneficiarios para programas sociales. Es una encuesta que busca obtener información socioeconómica para focalizar el gasto público y los servicios sociales a las poblaciones más pobres y vulnerables. Es diseñada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP).

Los hogares encuestados obtienen un puntaje que les prioriza para la asignación de subsidios. Cada programa social, que otorga subsidios, establece cuáles son los puntajes para acceder a los respectivos beneficios el cual se hace en orden de puntaje.

Después de aplicada la encuesta, el municipio debe informar, a las familias y a la EPS del régimen subsidiado, el puntaje del SISBEN obtenido

Según la versión III de la encuesta, vigente desde 2011, el puntaje se define el nivel que obtuvo así:

Nivel 1: 0 a 44.79 puntos en las cabeceras municipales
0 a 32.98 en las zonas rurales

Nivel 2: 44.80 a 51.57 en las cabeceras municipales
32.99 a 37.80 en las zonas rurales

Nivel 3: Por encima de estos valores

Si considera que el puntaje obtenido por la Encuesta SISBEN es muy alto, debe dirigirse a la oficina del SISBEN de su municipio y solicitar la aplicación de la encuesta nuevamente por inconformidad en el puntaje.

46. ¿Quiénes deben afiliarse al Régimen Subsidiado en Salud (RS) y cuál es el procedimiento?

Deben estar afiliadas las personas pobres y vulnerables del país, clasificadas según los puntajes en los niveles 1 o 2 del SISBEN siempre y cuando no trabajen y por lo tanto no estén afiliadas al régimen contributivo, especial o de excepción. También las personas identificadas en el nivel 3 del SISBEN o en el instrumento que lo modifique, y que a la vigencia de la Ley 1122 de 2007, se encontraban afiliados al Régimen Subsidiado. También las poblaciones especiales prioritarias reportadas mediante listados censales por las autoridades responsables: (Resolución 5246 de 2016, modificada por la Resolución 2339 de 2017, actualizada en el Decreto 2058 de 2018)

Tipo población
1. Comunidades indígenas
2. Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
3. Personas en prisión domiciliaria a cargo del INPEC
4. Adulto mayor en centros de protección

5. Población desmovilizada y/o miembros del grupo armado ilegal que celebren acuerdos de paz con el Gobierno Nacional
6. Habitante de la calle
7. Población infantil vulnerable bajo protección de instituciones diferentes al ICBF
8. Migrantes colombianos repatriados que han retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados de territorio extranjero
9. Adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF en el sistema de responsabilidad penal para adolescentes
10. Población reclusa a cargo de la entidad territorial
11. Programa en protección a testigos
12. Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF
13. Personas que dejen de ser madres comunitarias
14. Rom (Gitano)
15. Personas con discapacidad en centros de protección
16. Defensa civil, bomberos y cruz roja sin vínculo laboral

El procedimiento para afiliarse es:

- Tener aplicada la encuesta SISBEN.
- Estar dentro de los rangos establecidos
- Escoger libremente entre las EPS del régimen subsidiado que estén autorizadas para operar en el municipio donde habita.
- La afiliación al Régimen Subsidiado en Salud se hace efectiva cuando se diligencia y suscribe el formulario de afiliación ante la EPS del Régimen Subsidiado seleccionada, teniendo derecho a la prestación de servicios desde ese mismo momento.

47. ¿Cuáles son los beneficios de estar afiliado en el Régimen Subsidiado (RS)?

Recibir los mismos servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios de Salud (PBS). En la actualidad hay una tendencia a la unificación del PBS del régimen subsidiado y del régimen contributivo buscando el desarrollo de la equidad en el sistema de salud.

48. ¿En el Régimen Subsidiado hay lugar al pago de incapacidades o de licencias de maternidad y/o paternidad?

No hay lugar al pago. En el Régimen Subsidiado en Salud no se pagan incapacidades por enfermedad general, ni por maternidad, ni paternidad, pues éstas sólo se reconocen a los afiliados cotizantes del Régimen Contributivo. Tampoco se pagan licencias por accidentes o enfermedades laborales ya que únicamente tienen derecho a éstas, los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo y al Sistema de Riesgos Laborales, a través de las denominadas ARL (Administradoras de Riesgos Laborales).

49. ¿En el Régimen Subsidiado en Salud se deben cuotas moderadoras y copagos?

En el RS no se deben pagar cuotas moderadoras. Ningún usuario o afiliado al RS debe pagar cuotas moderadoras por la prestación de los servicios cubierto en el PBS.

En el RS si se deben pagar copagos y lo hacen solo los afiliados al Nivel 2 del SISBEN, por los servicios en salud recibidos en el marco del PBS. Los afiliados clasificados en el nivel 1 están exentos de copagos. Los valores de los copagos para el nivel 2 del régimen subsidiado en el 2019 son:

TOPES	COPAGO EN % DEL SERVICIO	VALOR MÁXIMO COPAGO 2019
VALOR MÁXIMO POR EVENTO	10%	\$414.058
VALOR MÁXIMO POR AÑO	-	\$828.116

50. ¿En qué casos se está exento de estos copagos?

- Niños durante el primer año de vida
- Población con clasificación UNO mediante encuesta SISBEN (cualquier edad)
- Poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN, tales como listados censales u otros, siempre y cuando presenten 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 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.
- Control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones
- Servicios de promoción y prevención
- Programas de control en atención materno infantil
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
- Enfermedades catastróficas o de alto costo
- La atención inicial de urgencias: De conformidad con lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 3º de la Decreto 412 de 1992 o demás disposiciones que lo complementen, adicionen o modifiquen, comprende todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel

de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

- La consulta médica, odontológica y consulta por otras disciplinas no médicas, exámenes de laboratorio, imagenología, despacho de medicamentos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud financiado con los recursos de la UPC del régimen subsidiado y consulta de urgencia.
- Prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral de patologías

51. ¿A qué se refiere el término Población Pobre No Asegurada (PPNA) y cómo se le brinda atención en salud en Colombia?

La población pobre no asegurada también llamada población no cubierta por subsidios a la demanda o mal llamados Vinculados, es un grupo en transición, que no está afiliado ni al régimen contributivo ni al régimen subsidiado ni a los regímenes especiales y de excepción. De requerirse la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada será a cargo de la Entidad Territorial a través de las secretarías departamentales y municipales, prioritariamente en la red de IPS públicas (ESE). Las Entidades Territoriales deberá garantizar la atención con cargo a los recursos que recibe por transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) y rentas cedidas mediante subsidios a la oferta.

52. ¿A qué se refieren los términos subsidios a la oferta y subsidios a la demanda?

- Subsidios a la oferta: Son los recursos que tienen como finalidad contribuir a financiar la prestación de servicios en las ESE de las entidades territoriales. El dinero lo recibe el hospital (ESE) directamente del estado y lo utilizan como recursos globales para la financiación de la ESE, dirigidos a la atención de potenciales pacientes (consulten o no consulten) que no cuenten con aseguramiento en salud.
- Subsidios a la demanda: Recursos hacia las personas que lo necesitan lo que les permite tener acceso a la atención. El hospital recibe estos recursos una vez se atiende efectivamente el paciente y así se financia bajo la modalidad de subsidios a la demanda.

53. ¿A qué se refieren los términos evasión y elusión?

Evasión se refiere al no pago de las obligaciones. Por ejemplo, las personas con capacidad de pago o trabajadores que no se encuentren afiliadas al SISS o que se encuentren afiliadas al Régimen Subsidiado.

Elusión es pagar menos de lo que se debe pagar. Por ejemplo, cotizar al régimen contributivo por un valor menor al devengado por el trabajador.

Las personas que hagan evasión y elusión responderán ante la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) y ante las demás autoridades competentes, por no cumplir con la obligación de realizar los respectivos aportes en Sistema Integral de Seguridad Social (SISS).

54. ¿Qué son las cuotas de recuperación y a que monto corresponden?

Las cuotas de recuperación, son los dineros que debe pagar, en la prestación de los servicios de salud, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda o no asegurados. Las cuotas de recuperación se deben directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en los siguientes casos:

- Cuando una persona no se encuentra afiliada al régimen subsidiado y está identificada en el nivel 2 del SISBEN, pagará un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes.
- Cuando una persona está identificada en el nivel 3 de SISBEN, pagará hasta un máximo del 30% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a 3 salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento.
- Para las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, pagarán un 10 % del valor de los servicios.
- La población con capacidad de pago pagará tarifa plena.

El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará según las tarifas SOAT vigentes. Las cuotas de recuperación no se cobrarán a la población desplazada, población indígena y la indigente.

55. ¿Cómo se realiza la atención de los heridos en un accidente de tránsito?

Todos los vehículos automotores que transiten por el territorio nacional deben tener un Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) el cual ampara los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito, incluye los vehículos extranjeros que circulan por el territorio nacional y excluye aquellos que se movilizan por vías férreas y la maquinaria agrícola.

Las compañías aseguradoras del SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito) son las responsables del pago de los servicios de salud.

Los asegurados son las personas que resulten lesionadas o con daños corporales en un accidente de tránsito.

Las coberturas previstas son gastos médicos, farmacéuticos, hospitalarios y/o quirúrgicos; incapacidad permanente; fallecimiento, gastos funerarios y gastos de transporte para movilizar a los afectados de acuerdo con los topes establecidos.

Es de cubrimiento universal, es decir, cubre a todas los lesionados que resulten en un accidente de tránsito.

Las EPS tendrán que asumir los gastos de atención médica de las víctimas de accidentes de tránsito, incluyendo su rehabilitación, cuando la cobertura del SOAT, sea insuficiente.

Los montos de cobertura son:

Coberturas	Cuantías
Gastos Médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios	Hasta 800 SMDLV
Incapacidad permanente	Hasta 180 SMDLV
Muerte y gastos funerarios	750 SMDLV
Gastos de transporte y movilización de lesionados	10 SMDLV

SMDLV: Salarios mínimos diarios legales vigentes.

56. ¿Quién responde por la atención en salud en caso de heridos en un accidente con carro fantasma o pólizas del SOAT vencidas?

Los casos de accidentes de tránsito con víctimas de vehículos 'fantasma' o no asegurados, el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos funerarios y el pago a los terceros, estará a cargo del Estado, a través de la ADRES. La cobertura de los gastos médicos será de máximo 800 SMDLV (salarios mínimos diarios legales vigentes)

57. ¿Cuáles son consideradas las enfermedades o eventos de alto costo?

Los afiliados en lo relacionado con eventos de alto costo tienen derecho al cubrimiento de los servicios definidos en el Artículo 123 de la Resolución 5857 de 2018. Estos son:

Para el régimen contributivo

- Trasplante renal, de corazón, hígado, médula ósea y córnea.
- Diálisis peritoneal y hemodiálisis
- Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón
- Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central
- Reemplazos articulares
- Manejo médico-quirúrgico del paciente gran quemado
- Manejo del trauma mayor
- Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/Sida
- Quimioterapia y radioterapia para el cáncer
- Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos
- Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas

Para el régimen subsidiado

- Trasplante renal, de corazón, hígado, médula ósea y córnea.

- Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón
- Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central
- Corrección quirúrgica de la hernia del núcleo pulposo
- Diálisis peritoneal y hemodiálisis
- Manejo médico-quirúrgico del paciente gran quemado
- Pacientes con cáncer
- Reemplazos articulares
- Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos
- Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas
- Manejo del trauma mayor

58. ¿Qué es la portabilidad en el sistema de salud?

Es la garantía que se da a los ciudadanos para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios, en cualquier parte del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se van a vivir temporalmente a un municipio diferente a aquel donde se afiliaron a la EPS o donde generalmente reciben los servicios de salud. (Decreto 1683 de 2013)

59. ¿Qué es la movilidad en el sistema de salud?

Es la posibilidad de pasar del régimen contributivo al régimen subsidiado y viceversa, sin que exista interrupción en la afiliación ni cambio de EPS. (Decreto 3047 del 27 de diciembre de 2013)

60. ¿A qué se refiere el período mínimo de permanencia en una EPS?

Es el tiempo mínimo que debe permanecer una persona, de forma continua, en una EPS del régimen contributivo o subsidiado, para poder trasladarse de EPS. Este tiempo en la actualidad es un año. Luego de este año, mediante libre escogencia puede trasladarse a la EPS de preferencia, la cual debe de estar autorizada para operar dentro del municipio de residencia.

Si la persona cambia su lugar de residencia y la EPS no opera en este municipio, no se exige periodo mínimo de permanencia y puede proceder a solicitar el traslado.

61. ¿Qué otros requisitos, adicionales al período de permanencia, se le exigen a un afiliado para poder trasladarse de EPS?

Los cotizantes del Régimen Contributivo, si tienen beneficiarios vinculados en distintas fechas, deben esperar hasta que el último cumpla los 12 meses de permanencia, salvo en el caso del recién nacido. Así mismo, no pueden estar en incapacidad o licencia de

maternidad o paternidad, ni estar adeudando a la EPS ningún valor por concepto de cuotas moderadoras, copagos o cotizaciones propias o por afiliados adicionales.

62. ¿Qué debo hacer si cambio de lugar de residencia junto con los beneficiarios o con el núcleo familiar y en el nuevo municipio no opera la EPS a la cual me encuentro afiliado?

Se debe informar a la EPS actual para que proceda a autorizar el traslado a la EPS que se escoja en el nuevo lugar de residencia, la cual debe estar debidamente autorizada para operar. En dicho caso no se exigirá el periodo mínimo de permanencia y en ningún caso se verá interrumpido el acceso a los servicios de salud que demande el afiliado.

63. ¿Cómo opera el traslado de EPS?

La solicitud se debe hacer ante la EPS a la cual se va a trasladar, la cual debe notificar el hecho a la anterior EPS.

El traslado en el Régimen Contributivo produce efectos solo a partir del primer día calendario del segundo mes posterior a la fecha de presentación de la solicitud de traslado. En el Régimen Subsidiado produce efectos desde la fecha de afiliación o traslado.

La EPS de la cual se retira el afiliado tiene a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones hasta el día anterior a aquel en el que surjan las obligaciones para la nueva entidad.

64. ¿Qué es el Comité Técnico Científico (CTC) y cuál es su función?

Es una instancia de decisión de las EPS e IPS en la cual se evalúan solicitudes de medicamentos, procedimientos y elementos no contemplados en el Plan de Beneficios de Salud (PBS). Está conformada por un grupo de expertos que se encargan de:

- Evaluar, aprobar o desaprobar las prescripciones u órdenes médicas presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, de los medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud por fuera del PBS.
- Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas.
- Realizar y remitir al Ministerio, informes trimestrales de los casos autorizados y negados.

Los CTC y sus funciones están en transición para ser reemplazados por el MIPRES y las juntas médicas. Esta transición al MIPRES otorga agilidad y oportunidad en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertos en el PBS por la UPC.

65. ¿Qué es el MIPRES y para qué sirve?

MIPRES es una herramienta web dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual los profesionales de salud (registrados y autorizados) prescribe y solicitan los servicios o tecnologías del PBS que no son cubiertos por la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La EPS debe suministrar, en no más de 5 días, lo prescrito por el médico tratante.

Con esta nueva herramienta tecnológica (MIPRES), se permite a los profesionales de la salud tener autonomía para ordenar tratamientos y ahorrar tiempo a los pacientes. De la misma manera permite, al Ministerio de Salud y Protección Social, tener una fuente de información sobre el comportamiento de los servicios y tecnologías que no están incluidos en el Plan de Beneficios de Salud (PBS).

66. ¿Qué diferencia hay entre atención integral e integrada en Salud?

La atención integral en salud es una política que se fundamenta en la atención primaria en salud, con enfoque en salud familiar y comunitaria, gestión de riesgo y enfoque diferencial para territorios y poblaciones.

La atención integrada es el principio que busca mejorar la salud al brindar coherencia y buscar sinergias entre los niveles de atención para reducir la fragmentación, mejorar la coordinación y eficiencia.

Ambas deben garantizar los procesos de atención en promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación.

67. ¿Qué es una red de servicios?

Las redes integradas de servicios de salud, según la Ley 1438 de 2011, se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda. De acuerdo con la Ley 1751 de 2015 el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. De esta manera las redes de servicios deben ser integradas e integrales.

Según la Resolución 429 de 2016 (Política de Atención Integral en Salud PAIS) una Red Integral de Prestación de Servicios (RED), se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud), con una organización funcional en un componente primario y complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad; al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de

garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención así como resultados en salud.

68. ¿Cuáles son los niveles de atención en Colombia?

El Decreto 1011 de 2006 (Sistema de Garantía de la Calidad en Salud) y la Resolución 1043 de 2006, reglamentan la denominación de niveles de atención Servicios de Baja, Mediana y Alta Complejidad.

El acuerdo 03 de la Comisión de Regulación en salud de 2009 define, en el artículo 7 los NIVELES DE COMPLEJIDAD DE PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES O ACTIVIDADES INCLUIDAS EN EL POS, adoptar la definición por niveles de complejidad alta o de nivel 3, mediana o de nivel 2 y baja o de nivel 1ª básica, de Actividades, Intervenciones y Procedimientos.

Complejidad	Servicios
Alta	Incluye especialidades como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención de especialistas las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal
Mediana	Instituciones con atención de las especialidades básicas como pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecoobstetricia, disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrece servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad.
Baja	Realizan intervenciones y actividades de promoción y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos.

69. ¿A qué se refiere Referencia y Contra referencia?

El sistema de Referencia y Contra referencia se define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios.

La Referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación

diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud. La Contra referencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

70. ¿A qué se refiere la Historia Clínica Electrónica Única?

De acuerdo con el Artículo 112 de la Ley 1438 de 2011, El Ministerio de salud y de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información. En el párrafo transitorio de este artículo refiere: “La historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013, esta tendrá plena validez probatoria.”

En la actualidad, 2019 primer semestre, se está tramitando un proyecto de Ley relacionado con el tema y se refiere que la Historia Clínica Electrónica Única deberá cumplir con todos los requisitos de seguridad cibernética que existan y además deberá respetar lo señalado en la Ley de Habeas Data.

71. ¿A qué se refiere el enfoque en Atención primaria en salud?

La atención primaria en salud (APS) se convirtió en la política central de la OMS en 1978, con la adopción de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000».

Es una estrategia que representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. La atención primaria forma parte integrante, tanto del sistema de salud, como del desarrollo social y económico de la comunidad

En la APS la asistencia sanitaria esencial se basa en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La Atención primaria es reflejo y consecuencia de los determinantes socioeconómicos, culturales, políticos en cada país, se orienta a los problemas de salud de las poblaciones, debe incluir servicios de promoción de la salud, prevención, atención, rehabilitación y paliación, es intersectorial, integradora al incluir tanto la prestación de servicios formales como los tradicionales con arraigo cultural, equitativa, participativa, continua y permanente.

72. ¿Qué es la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)?

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) tiene como objetivo orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población a través de un acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015 y Resolución 429 de 2016).

73. ¿Qué es el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)?

La política PAIS es el marco estratégico y el MIAS es el modelo operativo de la política y permite la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros y humanizados.

El propósito del MIAS es por tanto la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo.

Tiene un enfoque fundamentado en el principio de diversidad étnica y cultural, y Atención Primaria en Salud (APS), con énfasis en el componente familiar y comunitario, así como en procesos que garanticen la articulación de los actores sociales y de los agentes del sistema de manera que se garantice efectivamente el acceso de la población a los servicios de salud.

74. ¿Qué son las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)?

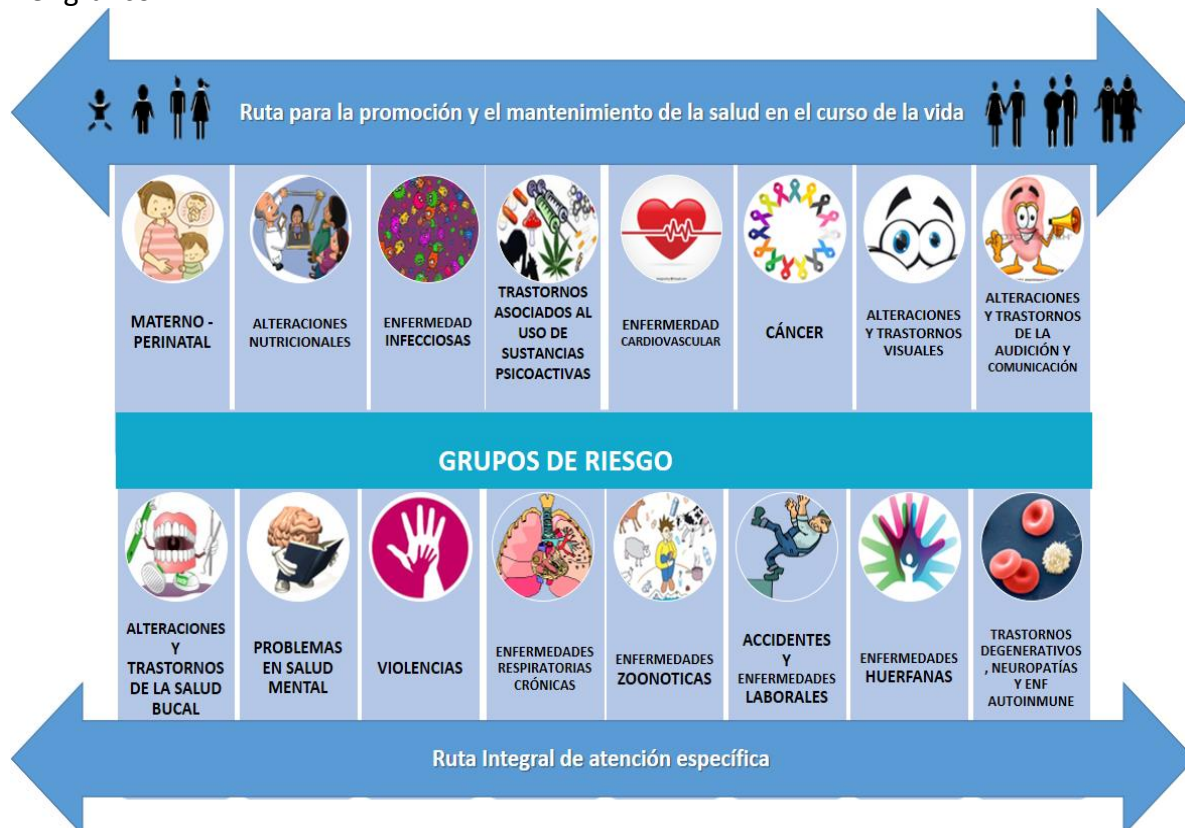
Las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS—definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores.

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.

A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PBS), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. El Ministerio de Salud y Protección Social definió tres tipos de RIAS:

- RIA para la promoción y el mantenimiento de la salud: se ejecuta para el manejo de riesgos colectivos y la protección de la salud promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones. 1 RIA
- RIA para grupos de riesgo: identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención. 16 RIAS
- RIA de atención específica: orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación. 1 RIA

Ver gráfico



75. ¿Qué es Análisis de Situación de Salud (ASIS)

Es un proceso sistémico, objetivo y ordenado, de construcción colectiva e interdisciplinaria, que permite caracterizar, analizar y evaluar el estado de salud de una comunidad teniendo en cuenta, entre otros, los factores de riesgo, los determinantes sociales y ambientales, los procesos administrativos relacionados y los indicadores de salud. Se realiza con el fin de priorizar y tomar decisiones para intervenir las situaciones encontradas enfocadas a las prioridades y posibilidades de la política local, regional y nacional en materia de salud.

76. ¿Qué son los Determinantes de salud?

Son las situaciones, condiciones, circunstancias, factores que hacen parte de la cotidianidad de la vida de las personas y poblaciones y que ejercen influencia en su salud modificando su estado de salud favorable o desfavorablemente (OMS, 2008).

Se puede hablar de determinantes de la salud sociales y ambientales.

- Los Determinantes sociales son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

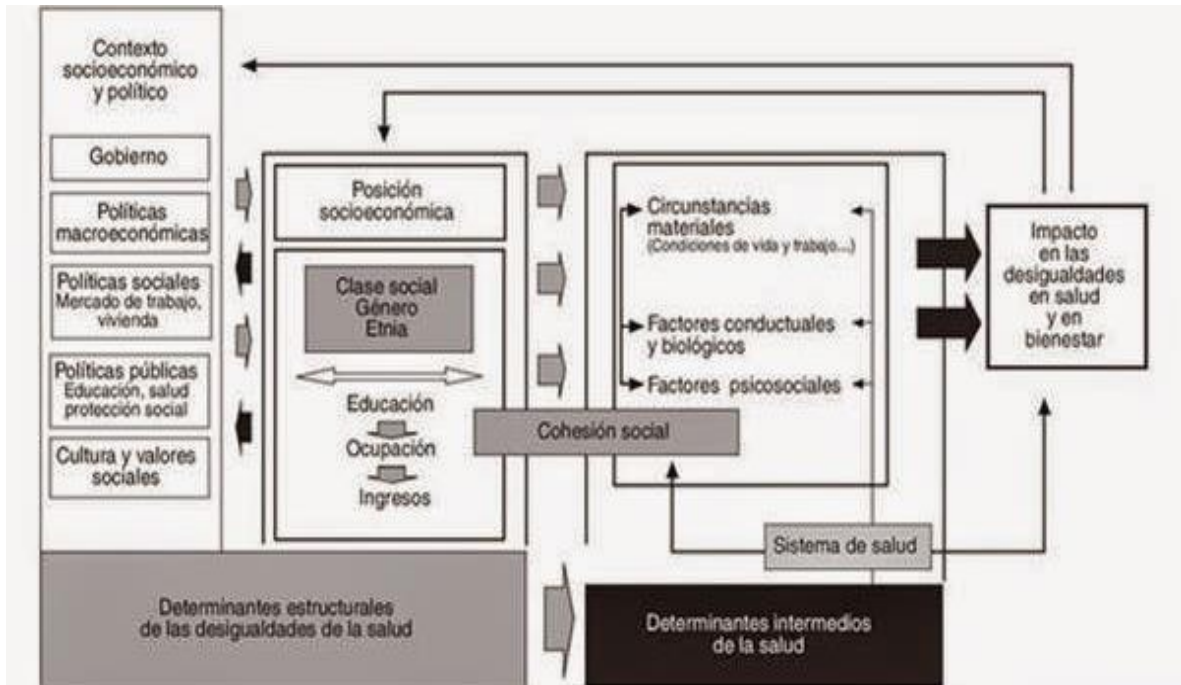
El modelo de determinantes sociales asumido por el Ministerio de Salud y Protección social en Colombia se basa en el modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Gráficas siguientes).

De acuerdo con el modelo de determinantes sociales los resultados en salud y bienestar de los individuos y las poblaciones y las diferencias entre ellos, son consecuencia de unos determinantes intermedios (entornos y estilos de vida, factores conductuales y biológicos y factores psicosociales) y estructurales relacionados con las condiciones sociales producto de las decisiones sociopolíticas y económicas que toman el estado y las comunidades.

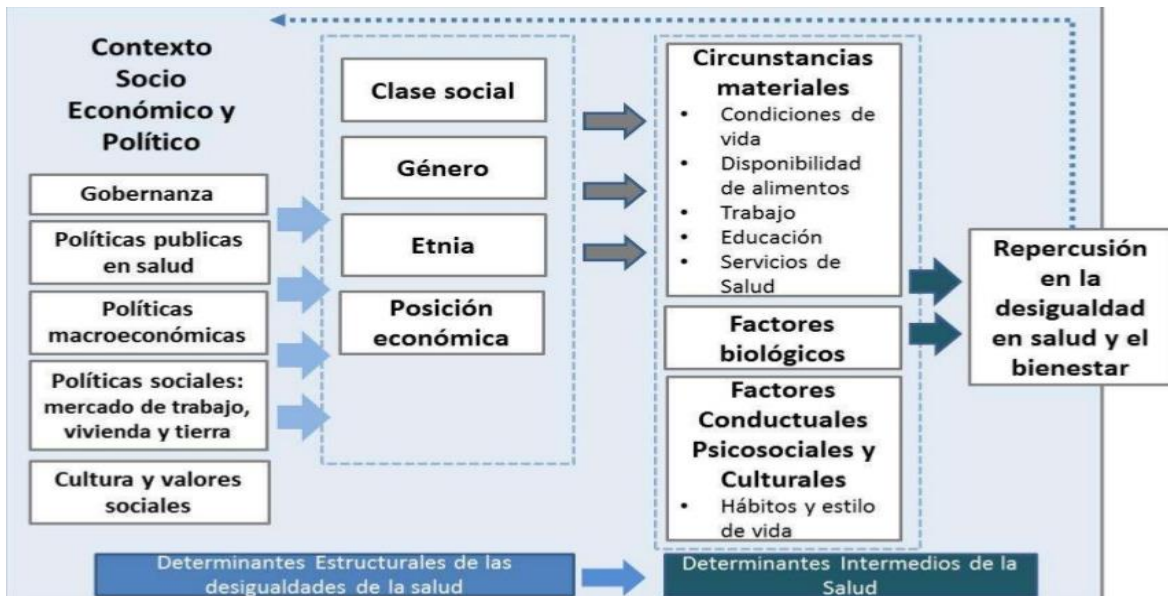
El modelo de determinantes tiene como utilidad identificar las causas de las causas de los problemas con el fin de lograr intervenciones intersectoriales que cambien las condiciones de salud y vida de las poblaciones con el fin de mejorar los perfiles epidemiológicos y el estado de salud de las personas y comunidades.

- Los Determinantes ambientales son las condiciones y características, físicas, biológicas, químicas que están por fuera de los individuos y que impactan la salud de las personas y poblaciones. Existe una lista de clasificación de determinantes ambientales presentada por Gonzalo Ordoñez, publicada en el artículo Salud ambiental: concepto y actividades (Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 7(3), 2000) que clasifica los determinantes en 20 grupos y 64 categorías. (Ver tabla siguiente)

Determinantes Sociales de la salud. Modelo OMS



Determinantes Sociales de Salud. Modelo Min.Salud. Colombia





Determinantes ambientales

Determinantes	Determinantes
DD01. Agua para consumo humano D01. Agua superficial D02. Agua subterránea D03. Calidad del agua	DD11. Radiación ionizante y no ionizante D34. Desechos radiactivos D35. Fuentes radiactivas en servicios de salud D36. Fuentes radiactivas industriales D37. Campos electromagnéticos de baja frecuencia D38. Otros campos electromagnéticos
DD02. Residuos líquidos D04. Aguas residuales D05. Excretas D06. Aguas lluvias D07. Efluentes industriales	DD12. Ruido y vibraciones D39. Contaminación acústica por industrias D40. Contaminación acústica por transporte D41. Contaminación acústica por otras fuentes D42. Vibraciones
DD03. Recursos hídricos D08. Cuencas y áreas de recolección D09. Contaminación de masas de agua	DD13. Turistas D43. Playas y otros lugares de recreo D44. Hoteles D45. Piscinas de natación D46. Puertos
DD04. Desechos sólidos y suelo D10. Desechos sólidos domésticos D11. Desechos sólidos industriales D12. Desechos sólidos agroindustriales D13. Contaminación del suelo	DD14. Ciudades y territorios D47. Medio urbano D48. Ordenamiento del territorio D49. Entornos y sus aspectos físicos y psicosociales D50. Ley y derecho ambiental
DD05. Sustancias alimenticias, excepto agua D14. Alimentos D15. Enfermedades producidas por los alimentos D16. Agentes biológicos dañinos en los alimentos D17. Otros agentes tóxicos en alimentos	DD15. Vehículos D51. Accidentes de tránsito D52. Transportadores
DD06. Ambiente de trabajo D18. Entorno ocupacional D19. Contaminación del lugar de trabajo	DD16. Medicamentos D53. Laboratorios
DD07. Atmósfera D20. Emisiones e inmisiones vehiculares D21. Emisiones e inmisiones industriales D22. Otras emisiones contaminantes D23. Contaminación del aire exterior D24. Contaminación del aire interior	DD17. El planeta D54. Capa de ozono D55. Efecto de invernadero D56. Uso de la energía D57. Contaminación transfronteriza (por aire o por agua, especialmente)
DD08. Asentamientos humanos y vivienda D25. Vivienda D26. Edificios públicos y áreas recreativas D27. Establecimientos especiales	D58. Movimiento transfronterizo de productos y residuos peligrosos D59. Deforestación
DD09. Sustancias químicas y desechos peligrosos D28. Sustancias químicas tóxicas y peligrosas D29. Plaguicidas D30. Desechos peligrosos D31. Desechos de hospitales	DD18. Desastres D60. Desastres y emergencias antrópicas D61. Desastres y emergencias naturales
DD10. Vectores D32. Insectos y otros transmisores de dolencias D33. Zoonosis	DD19. Otros D62. Otros determinantes DD99. Conjunto DD01 a DD19 DD20. Servicios de salud ambiental D63. Entidades de salud ambiental en general D64. Entidades de agua y saneamiento

77. ¿Qué es el Plan Decenal de Salud Pública?

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, es un plan que se define con base en el ASIS de cada territorio (nacional, departamental y municipal) para 10 años de vigencia.

El actual PDSP, definido para 2012-2021, busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

Uno de los mayores desafíos del PDSP 2012-2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

El Plan Decenal de Salud Pública se desarrolla a través de 8 dimensiones prioritarias: salud ambiental, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, vida saludable y condiciones no transmisibles, salud y ámbito laboral. Además cuenta con dos dimensiones transversales: Dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

78. ¿Qué es el Sistema General de Pensiones y que riesgos cubre?

El Sistema General de Pensiones tiene como objetivo garantizar a la población el amparo contra las contingencias mediante el reconocimiento monetario. Estas contingencias son:

- Vejez: por medio de la jubilación.
- Invalidez: por accidentes o enfermedad que impidan a la persona trabajar.
- Muerte: protege a los sobrevivientes. Si fallece el pensionado los miembros de la familia tienen derecho a continuar con la pensión (cónyuge, hijos menores de edad, menores de 25 años con calidad de estudiantes). Esta se denomina pensión de sobrevivencia.

79. ¿Cuál es el monto de cotización para pensiones?

- La cotización para pensión corresponde al 16% del salario mensual (Ingreso base de cotización IBC), 12% a cargo del empleador y 4% a cargo del empleado. Cuando el trabajador gana más de 4 SMMLV debe poner 1% más para la cotización.
- El trabajador independiente cotizará sobre 16% del IBC reportado.

80. ¿Cuáles son los regímenes pensionales en Colombia?

- Régimen de Prima Media (RPM): El encargado de administrar los aportes a este régimen es el estado, a través de Colpensiones. El derecho a la pensión bajo el RPM se adquiere cumpliendo la edad (57 años las mujeres y 62 años los hombres) y el tiempo cotizado, el cual es de 1.300 semanas a partir del año 2015. El pago tiene como base el 62.5% del promedio del salario de los últimos 10 años y aumenta 1.5% por cada 50 semanas adicionales de cotización. El pago no puede ser inferior a 1 SMMLV.
- Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad: los encargados de administrar los aportes bajo este régimen son las empresas del sector privado entre las cuales se encuentran Protección o Porvenir. El derecho a la pensión se obtiene cuando el monto del ahorro en la cuenta individual alcanza para reconocer una mesada del 110% del SMMLV. El pago de la pensión depende de la capacidad de ahorro individual, el cual puede aumentarse con ahorros adicionales en pensiones voluntarias.

81. ¿Qué son las cesantías y qué riesgos cubren?

Las cesantías son una prestación social que el empleador debe pagar a sus trabajadores adicional al salario ordinario, a la cual tiene derecho todo trabajador con vínculo laboral y también una persona independiente que voluntariamente quiera afiliarse a un Fondo de Cesantías. Cubren el riesgo de quedar sin empleo (cesante).

82. ¿Cómo se calculan las cesantías?

Por concepto de cesantías el empleador debe pagar al trabajador un mes de salario por cada año laborado, o proporcional si el tiempo laborado es inferior a un año. Fórmula la liquidación: $\text{Salario base} \times \text{días laborados} / 360$ (días año laboral)

83. ¿En que se pueden utilizar las cesantías?

El objetivo principal de este ahorro, es poder servir como un auxilio en caso de quedar cesante, es decir, desempleado. De acuerdo con la ley colombiana, se pueden retirar parte de las cesantías para invertir en vivienda y educación.

En el caso de la vivienda se puede comprar un bien inmueble nuevo o usado, un terreno, se puede liberar una hipoteca o pagar el impuesto predial con los recursos de cesantías. Las cesantías también pueden servir como garantía para un crédito de vivienda. En materia educativa estos recursos pueden ser usados para financiar estudios de educación superior, siempre y cuando sean entidades reconocidas por el Estado. De este mecanismo de financiación puede hacer uso el beneficiario, su cónyuge o sus hijos. Las cesantías sólo se pueden retirar totalmente cuando el trabajador queda cesante, o cuando hay un cambio de salario convencional a salario integral.

84. ¿Cuáles son los fondos de pensiones y cesantías de Colombia?

Pensiones y Cesantías:

- Administradora de fondos de pensiones y cesantías Protección SA
- Sociedad administradora de fondos de pensiones y cesantías Porvenir SA
- Compañía colombiana administradora de fondos de pensiones y cesantías SA Colfondos.
- Old Mutual Pensiones y Cesantías S.A

Pensiones:

- Administradora Colombiana de Pensiones (COLPENSIONES): es una empresa industrial y comercial del Estado organizada como entidad financiera de carácter especial, vinculada al Ministerio de Trabajo. Hace parte del Sistema General de Pensiones y tiene como función principal, la administración estatal del régimen de prima media con prestación definida, las prestaciones especiales que las normas legales le asignan y, la administración del sistema de ahorro de beneficios económicos periódicos (BEPS).

85. ¿En qué consiste el Sistema General de Riesgos Laborales?

Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que pueden ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan, igualmente todas las disposiciones vigentes de salud ocupacional relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo, enfermedades laborales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo.

86. ¿Quién debe pagar las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Laborales?

- Para los trabajadores dependientes, al empleador le corresponde el pago del 100% de la cotización. El trabajador no contribuye en la cotización.
- Para los trabajadores independientes con contrato de prestación de servicios que desarrollan actividades de las clases de riesgo I a III, le corresponde al contratista el pago del 100% de la cotización.
- Para los trabajadores independientes con contrato de prestación de servicios que desarrollan actividades de las clases de riesgo IV y V, le corresponde al contratante el pago del 100% de la cotización.
- Para los trabajadores independientes, agremiados o asociados, le corresponde al agremiado o asociado el pago del 100% de la cotización.
- Para todos los casos, el monto de las cotizaciones no podrá ser inferior al 0.348% ni superior al 8.7% del Ingreso Base de Cotización (IBC) de los trabajadores. Este porcentaje, corresponde a la clase de riesgo (de I a V) de la actividad económica sobre la cual se está cotizando.

87. ¿Cuáles son los niveles de riesgos laborales?

El decreto 1295 de 1994 (Artículos 24 al 26) establece que la clasificación se determina por el empleador y la entidad administradora de riesgos laborales al momento de la afiliación. Esta se denomina clasificación de empresa y en esta, el empleador clasifica a la empresa de acuerdo con la actividad principal dentro de la clase de riesgo que corresponda y es aceptada por la entidad administradora de riesgos laborales en el término que determine el reglamento.

Cuando una misma empresa tuviese más de un centro de trabajo, podrá tener diferentes clases de riesgo, para cada uno de ellos por separado, bajo una misma identificación, que será el número de identificación tributaria (NIT), siempre que exista diferenciación clara en la actividad que desarrollan, en las instalaciones locativas y en la exposición a factores de riesgo ocupacional.

Para la clasificación de empresa se establecen cinco niveles o clases de riesgo:

Tipo	Riesgo	% de cotización sobre el IBC
Clase I	Riesgo mínimo	0.522%
Clase II	Riesgo bajo	1.044%
Clase III	Riesgo medio	2.436%
Clase IV	Riesgo alto	4.350%
Clase V	Riesgo máximo	6.960%

88. ¿Quién administra los riesgos laborales?

Las entidades administradoras del Sistema General de Riesgos Laborales (ARL) tienen a su cargo la afiliación al sistema y la administración del mismo. Los empleadores que tengan a su cargo uno o más trabajadores tienen la obligación de afiliarlos al sistema general de riesgos laborales y la elección de dicha entidad es libre y voluntaria. En Colombia existen varias Administradoras de riesgos laborales, algunas de ellas son: Colmena seguros, Liberty seguros de vida, Seguros Bolívar, Positiva, Axa Colpatria, SURA.

89. ¿Las EPS del Régimen Subsidiado o Contributivo deben reconocer la prestación de servicios en casos de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral?

No. Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad laboral serán reconocidas y pagadas por la ARL en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente de trabajo o, en el caso de la enfermedad laboral, en el momento de requerir la prestación.

90. ¿Qué son los sistemas de asistencia social?

El sistema de asistencia social es el conjunto de programas dirigidos a complementar las acciones sociales para grupos especiales y las poblaciones vulnerables. Por ejemplo, el sistema de compensación administrado por las cajas de compensación familiar, el sistema de protección a la niñez y la adolescencia a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), de bienestar al adulto mayor (mayores de 60 años) en estado de vulnerabilidad y programas para poblaciones vulnerables (habitantes de calle, migrantes, víctimas de la violencia, entre otros)

91. ¿Qué son y cuál es la función en salud de las cajas de compensación familiar?

Son Entidades Privadas, sin ánimo de lucro, organizadas como corporaciones de carácter civil, vigiladas por la Superintendencia del Subsidio Familiar, cuya principal función es redistribuir una parte del ingreso de toda la fuerza laboral, entre los trabajadores de menores ingresos. El Subsidio Familiar es una prestación social pagadera en dinero, especie y servicios, a los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo, siendo su objetivo fundamental el alivio de las cargas económicas que representa el sostenimiento de la familia como núcleo básico de la sociedad.

92. ¿Cuál es la función en salud del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)?

Es la entidad del estado colombiano que trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia, brindando atención especialmente a aquellos en condiciones de amenaza, inobservancia o vulneración de sus derechos. El ICBF es un establecimiento público descentralizado, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio. Sus objetivos son:

- Ampliar cobertura y mejorar calidad en la atención integral a la primera infancia.
- Promover los Derechos de los niños, niñas y adolescentes y prevenir los riesgos o amenazas de vulneración de los mismos.
- Fortalecer con las familias y comunidades las capacidades para promover su desarrollo, fortalecer sus vínculos de cuidado mutuo y prevenir la violencia intrafamiliar y de género.
- Promover la seguridad alimentaria y nutricional en el desarrollo de la primera infancia, los niños, niñas y adolescente y la familia.
- Garantizar la protección integral de los niños, niñas y adolescentes en coordinación con las instancias del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.
- Lograr una adecuada y eficiente gestión institucional a través de la articulación entre servidores, áreas y niveles territoriales; el apoyo administrativo a los procesos misionales, la apropiación de una cultura de la evaluación y la optimización del uso de los recursos.

93. ¿Cómo se hace la atención en salud de discapacitados?

En materia de salud, el artículo 66 de la ley 1438 de 2011, que reforma el SGSSS, estipula que las acciones de salud deben incluir la garantía a la salud de las personas con discapacidad, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial. De igual manera el Artículo 18, determina la gratuidad de los servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas de SISBEN 1 y 2.

En el marco del PBS para la atención a la discapacidad y la rehabilitación, se establecen actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación, ortopedia, psiquiatría, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, terapia para rehabilitación cardiaca, estimulación temprana, terapia respiratoria y psicología, entre otros, los que se deben realizar de acuerdo a las necesidades de los usuarios. Incluye coberturas preferentes y diferenciales agrupadas por ciclos vitales. Existe el Registro de Localización y Caracterización de personas con discapacidad (RLCPD) en el cual deben estar inscritas las personas para poder acceder al PBS y demás acciones o actividades definidas para este tipo de población.

Las Entidades Territoriales, con recursos propios, complementan y amplían los beneficios y la protección a la población discapacitada.

94. ¿Cómo se hace la atención en salud de víctimas de violencia?

La Ley 1448 de 2011 y sus modificaciones definen las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno. Respecto a la atención en salud, para la afiliación toda persona Víctima, certificada, se considerará elegible para ser afiliada al régimen subsidiado en salud, salvo en los casos en que se demuestre capacidad de pago. Existe un programa de atención psicosocial a las víctimas de la violencia, a cargo de los municipios, el cual debe brindar atención psicosocial individual o colectiva para superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante.

95. ¿Cómo se hace la atención en salud de reinsertados?

Según el artículo 158 de la ley 100 de 1993, la población que acogándose a procesos de paz se haya desmovilizado, tendrá derecho a los beneficios de Régimen Subsidiado en Salud mientras no se afilie al Régimen Contributivo en virtud de relación de contrato de trabajo. En el acuerdo 138 de 1999, se establece un mecanismo especial de identificación mediante listado censal, selección, afiliación, contratación y subsidio dentro del Régimen Subsidiario de SGSSS para esta población. No serán beneficiarios del régimen Subsidiado las personas desmovilizadas que posean relación de trabajo o quienes reciban ingresos suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo, o quienes estén pensionados.

96. ¿Cómo se realiza la atención de la población privada de la libertad?

El Gobierno Nacional designó a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) para que se haga cargo de todo el aseguramiento en salud de la población privada de la libertad y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión.

Está regulado en el Decreto 2245 del 2015 y busca analizar y actualizar la situación de salud de la población privada de la libertad a partir de la información suministrada por los prestadores de los servicios de salud, con fin de determinar en qué situación se encuentra cada recluso. Esto se deberá hacer por conducto del Sistema de Información de Sistematización Integral del Sistema Penitenciario y Carcelario (SISIPEC). Asimismo, ordena que estudie el efecto de los determinantes sociales (agua, vivienda, calidad de alimentos y baterías sanitarias, entre otros) en la situación de salud de la población reclusa. La Unidad también deberá garantizar la construcción, mantenimiento y adecuación de la infraestructura destinada a la atención en salud de las personas privadas de la libertad dentro de los establecimientos de reclusión del orden nacional.

Asimismo, tendrá a su cargo implementar el Modelo de Atención en Salud para la Población Privada de la Libertad, en coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

97. ¿Cómo se hace la atención en salud de inmigrantes?

Toda persona nacional o extranjera tiene derecho a un mínimo vital, es decir, a recibir atención inicial de urgencia por parte de todas las IPS en caso de extrema necesidad y urgencia. Según el Plan de Respuesta del Sector Salud para el fenómeno migratorio, las atenciones individuales se realizan en relación con la población migrante:

- La población retornada: Personas de origen colombiano que han retornado al país con sus familias. Son acogidos por el Decreto 2228 de 2017 para su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el régimen subsidiado como población especial a través de la elaboración de listados censales de las entidades territoriales. Cuando no se utilice este mecanismo, las personas migrantes pueden solicitar la aplicación para la encuesta SISBEN y poder proceder a ser beneficiarios del régimen subsidiado. Se puede afiliar al SGSSS a las personas de un mismo núcleo familiar con trámites previos ante la Registraduría Nacional del Estado Civil y/o Migración Colombiana.
- La población migrante regular: Son personas con nacionalidad de otro país que ingresaron de manera regular a Colombia por alguno de los puestos de control fronterizo. Dentro de esta categoría se encuentran también los inmigrantes con Permiso Especial de Permanencia (PEP) quienes sobrepasaron los plazos normativos de permanencia en el país quienes solicitaron y les fue expedido el PEP. Estos grupos se

consideran residentes y deben ser afiliados al SGSSS respetándose la libre elección de EPS, ya sea como dependientes o independientes. Si su situación socioeconómica no les permite realizar aportes al SGSSS pueden solicitar la aplicación de la encuesta SISBEN y si cumplen los criterios afiliarse en el régimen subsidiado.

- La población migrante irregular (personas que ingresan a Colombia sin el lleno de los requisitos de identificación y los trámites exigidos, por tanto, no portan un documento válido que permita la afiliación en salud), la población en tránsito (personas que portan Tarjeta de Movilidad Fronteriza residentes en zonas de frontera previamente definidas por Migración Colombiana) y toda la población migrante que al momento no haya sido afiliada al SGSSS; deben ser atendidos ante situaciones de urgencia con cargo a los recursos de la entidad territorial y/o complementados con los recursos que se definan desde el nivel nacional (como se definió lo correspondiente a 2017 a través del Decreto 866 de 2017 y está previsto en el artículo 51 de la Ley 1873 de 2017 para la vigencia fiscal 2018). La población migrante irregular, requiere un abordaje desde las atenciones individuales y esto debe tener como referencia una priorización de las condiciones o situaciones de estas personas.

Las *poblaciones priorizadas* (de acuerdo con los análisis de nivel internacional y a la evidencia nacional), son: Mujeres gestantes y lactantes (incluyendo casos de morbilidad materna extrema) y niños, niñas y adolescentes (incluyendo atención de leucemia pediátrica). Los *eventos priorizados* para definir atenciones en salud son eventos transmisibles (por considerarse de alta externalidad): VIH e ITS, Tuberculosis, IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave inusitado) y aquellos inmunoprevenibles tales como Sarampión, Rubéola, Difteria, Polio, entre otras; enfermedades transmitidas por vectores: Malaria, Enfermedad de Chagas, Dengue, Leishmaniasis y Fiebre Amarilla; violencias, especialmente aquellas de género, explotación, trata de personas, entre otras; condiciones crónicas que generalmente se ven descompensadas en la migración: Diabetes, Hipertensión y Asma. Así mismo, las enfermedades mentales, dado el alto riesgo psicosocial que se presenta en esta población. De igual manera, deberá tenerse en cuenta la incorporación de atenciones como vacunación y anticoncepción.

98. ¿Qué son y cuáles son los Objetivos de Desarrollo sostenible?

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Mundiales, son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad.

Son 17 objetivos:

- Objetivo 1. Fin de la pobreza: poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo

- Objetivo 2. Hambre cero: poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible
- Objetivo 3. Salud y bienestar: garantiza una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades
- Objetivo 4. Educación de calidad: garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
- Objetivo 5. Igualdad de género: lograr la igualdad entre todos los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.
- Objetivo 6. Agua limpia y saneamiento: garantizar la disponibilidad de agua y su destición sostenible y el saneamiento para todos.
- Objetivo 7. Energía asequible y no contaminante: garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.
- Objetivo 8. Trabajo decente y crecimiento económico: promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
- Objetivo 9. Industria, innovación e infraestructura: construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación
- Objetivo 10. Reducción de las desigualdades: reducir la desigualdad en y entre los países.
- Objetivo 11. Ciudades y comunidades sostenibles: lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
- Objetivo 12. Producción y consumo responsables: garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.
- Objetivo 13. Acción por el clima: adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.
- Objetivo 14. Vida submarina: conservar y utilizar sosteniblemente los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.
- Objetivo 15. Vida de ecosistemas terrestres: gestionar sosteniblemente los bosques, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y detener la pérdida de biodiversidad
- Objetivo 16. Paz, justicia e instituciones sólidas: promover sociedades pacíficas e inclusivas.
- Objetivo 17. Alianza para lograr los objetivos: revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.

99. ¿Qué es y cuáles son las formas de Participación Social en salud?

La participación social fortalecer a la ciudadanía en los procesos de salud a través de la participación activa y efectiva teniendo como base su reconocimiento social e institucional, en especial buscando cumplir con el derecho a la participación vinculado al derecho a la salud.

Comprende

- La Participación Ciudadana: es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, 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.

Incluye

- El Servicio de Atención a la Comunidad (SAC)
- Sistema de Atención a los Usuarios (SIAU)

- La Participación Comunitaria: es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

Incluye

- Comités de Participación Comunitaria (COPACO)
- Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud
- Asociación de Usuarios
- Comité de Ética Hospitalaria
- Veedurías Ciudadanas en Salud
- Juntas directivas de las ESE

100. ¿Cuál es el propósito del día mundial de la salud?

El Día Mundial de la Salud, se celebra el 7 de abril para conmemorar el aniversario de la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Organización Mundial de la Salud es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. La primera reunión de la OMS tuvo lugar en Ginebra en 1948. Los 196 Estados Miembros de la OMS gobiernan la Organización por medio de la Asamblea Mundial de la Salud.

En este día se ofrece una oportunidad para movilizar la acción en torno a un tema de salud específico que preocupe a las personas de todo el mundo.

- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20131804%20Cuotas%20de%20recuperaci%C3%B3n.pdf
- <https://www.colfondos.com.co/dxp/personas/cesantias/que-son>
- <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Sistema-general-de-Pensiones.aspx>
- <https://diario-oficial.vlex.com.co/vid/decreto-354208062>
- https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularUnica/CIR%20U_T_II.pdf
- <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Normatividad2018/Resoluci%C3%B3n%20No.5269%20de%202017.pdf>
- https://www.soatmundial.com.co/media/DECRETO_056_DEL_14_DE_ENERO_DE_2015.pdf
- <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/V%C3%ADctimas-de-carros-fantasma-o-sin-SOAT-le-costaron-al-sistema-de-salud-249000-millones-en-2017.aspx>
- <file:///C:/Users/000004020/Desktop/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf>
- <file:///C:/Users/000004020/Documents/1.%20UPB/EDITORIAL%20Y%20REVISTA/LIBRO%20SALUD%20PUBLICA/asis-colombia-2016.pdf>
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/abece-afiliacion-salud.pdf>
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/cuotas-moderadoras-copagos-2018.pdf>
- <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201333%20DEL%2027%20DE%20JULIO%20DE%202018.pdf>
- <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/gestion-y-fomento-de-la-participacion-social-en-salud.aspx>