

El derecho fundamental a la salud

Acceso universal y efectivo



Alcaldía de
Bogotá

El derecho fundamental a la salud

Acceso universal y efectivo

Alcaldía de Bogotá

Enrique Peñalosa Londoño
Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.

Luis Gonzalo Morales Sánchez
Secretario Distrital de Salud

Anabelle Arbeláez Vélez
Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento

Jaime Díaz Chabur
Director de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud

Lida Teresita Herrera Salazar
Subdirectora de Administración del Aseguramiento

EQUIPO TÉCNICO DE ASEGURAMIENTO

Miryam Rodríguez Yate
Claudia Amparo Mora Rey
Juan Pablo Berdejo
César Ramiro Granados Sánchez
Profesionales especializados

OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES EN SALUD

Ronald Ramírez López
Jefe de la Oficina

Federico Ramírez Castillo
María del Pilar Moreno Cruz
Coordinación Editorial

Gustavo Patiño Díaz
Corrección de estilo

Juan Carlos Vera Garzón
Diseño y diagramación

Fotografía e imágenes
Secretaría Distrital de Salud
ING Images

Febrero de 2019

Carrera 32 # 12-81
Bogotá, D.C., Colombia
Teléfono 364 9090

Página web www.saludcapital.gov.co
Línea "Salud para Todos" 364 9666

Reimpresión

Contenido

Presentación.....	5
Hablemos todos el mismo lenguaje.....	7
1. La salud: un derecho fundamental	9
1.1 El derecho a la salud: más que atención médica.....	10
1.2 Atención de urgencias.....	11
2. Nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).....	13
2.1 Régimen contributivo	14
2.1.1 ¿Cómo afiliarse al Régimen Contributivo?.....	16
2.1.2 ¿Quiénes son beneficiarios del régimen contributivo y con qué documento se acredita?.....	17
2.1.3 Lo que debe saber del régimen contributivo.....	18
2.1.4 Derechos del usuario afiliado al régimen contributivo.....	19
2.1.5 Responsabilidades sociales o deberes del empleador.....	20
2.2 El régimen subsidiado.....	20
2.2.1 ¿Quiénes son beneficiarios del régimen subsidiado?.....	20
2.2.2 ¿Cómo afiliarse al Régimen Subsidiado?.....	21
2.2.3 Novedades que usted debe presentar como afiliado al régimen subsidiado.....	23
2.2.4 Lo que usted debe saber del régimen subsidiado.....	25
2.2.5 Derechos en el régimen subsidiado de salud.....	25
2.3 Lo que aplica para los dos regímenes.....	26
2.3.1 Plan de Beneficios en Salud	26
2.3.2 Deberes de las EPS	27
2.3.3 Responsabilidades como afiliado a los regímenes subsidiado y contributivo.....	28
2.4 Aportes que se deben hacer al SGSSS.....	29
2.4.1 El copago.....	29
2.4.2 Cuota de recuperación	31
2.4.3 La cuota moderadora.....	32

3. Portabilidad	35
3.1 La emigración y tipos de emigración.....	36
3.2 Responsabilidades de las EPS.....	37
3.3 Requisitos del usuario para acogerse a la portabilidad.....	38
4. Movilidad	39
5. Programa de gratuidad	41
5.1 ¿Qué es el Programa de Gratuidad en Salud?	42
5.2 Requisitos para beneficiarse de la gratuidad	42
5.3 ¿Cómo recibir los servicios de salud con gratuidad?.....	42
5.4 Beneficios del programa de gratuidad	43
6 Poblaciones especiales.....	45
7. Población víctima del conflicto armado interno.....	49
7.1 ¿Quiénes son víctimas?	50
7.2 ¿Quiénes son desplazados?	51
7.2.1 Pasos para ejercer el derecho a la salud de la población víctima del conflicto armado.....	51
8. Mujer víctima de violencia	53
8.1 Derechos de las mujeres víctimas de violencia	54
8.2 Medida de atención.....	55
9. La Secretaría Distrital de Salud (SDS), cerca de usted	57
9.1 Oficina de Servicio al Ciudadano.....	58
9.2 Centros de orientación e información en salud (COIS).....	60
9.3 Línea Salud para Todos 364 9666	61
9.3.1 ¿Cómo opera la línea Salud para Todos?	62
9.3.2 ¿Para qué sirve esta estrategia?.....	64
9.4 Directorio	64
10. Otros directorios de interés.....	67
Referencias.....	70

Presentación

Garantizamos el acceso a los servicios de salud

En Colombia opera el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado mediante de la Ley 100 de 1993, con el propósito de proteger de manera integral las contingencias que deterioran la salud y por ende, la capacidad económica de la población residente en Colombia, garantizando el acceso a los servicios de salud mediante el esquema de aseguramiento, con base en principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Con el SGSSS se proyecta la universalidad del aseguramiento en el que toda la población residente en el Territorio Nacional debe estar afiliada mediante los regímenes contributivo o subsidiado; este último con el aporte estatal y dirigido a quienes viven en condiciones de vulnerabilidad y pobreza que no les permiten financiar el aseguramiento, es decir, afiliarse al régimen contributivo.

En tal sentido, la Secretaría Distrital de Salud (SDS), como ente rector y responsable de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud, promueve la afiliación al SGSSS de toda la población residente en Bogotá, D.C., que actualmente se encuentra cerca de lograr la cobertura universal del aseguramiento, con 7.651.561 personas afiliadas al régimen contributivo y al régimen subsidiado.

Por otra parte, en los datos estadísticos que se presentan en el Distrito Capital (cruce de Contributivo BDUA-ADRES, corte a 31 de diciembre de 2018 y Subsidiado BDUA-ADRES, corte a 31 diciembre de 2018), se estima que cerca de 34.535 personas que tienen derecho a elegir una EPS subsidiada, aún no lo han hecho. Esta población está concentrada en las localidades de Kennedy, Suba, Bosa, Engativá y Ciudad Bolívar.

Por lo anterior, la SDS hace un llamado especial a estas personas para que gestionen ante las EPS habilitadas, su afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual otorga el derecho a hacer uso de los servicios definidos en el Plan de Beneficios.

También, en el Sistema de Información y Orientación al usuario, se ha evidenciado que nuestros usuarios y la comunidad en general, en ejercicio del derecho a la salud, confunden el Sisbén con el régimen subsidiado de salud,

copago con cuota moderadora, movilidad con portabilidad, no identifican cuál es la población pobre no asegurada y no conocen su estado de afiliación en el SGSSS, situaciones que se convierten en inconvenientes en el momento de requerir atención en salud.

Por lo tanto, se realiza el lanzamiento de la segunda edición de la cartilla *La salud es, un derecho fundamental*, con el propósito de lograr el mayor porcentaje de acceso y cobertura de afiliados en salud.

Esta herramienta de fácil manejo aporta información relevante y vigente del aseguramiento en salud y orienta al usuario en las rutas de acceso a los servicios y la exigibilidad de sus derechos en salud.

A lo largo de estas páginas, se encontrarán definiciones de cada régimen y los criterios respecto a quiénes deben estar en cada uno de ellos, así como explicación sobre los subsidios que otorga el Estado y las condiciones para obtenerlos. Se enfatiza en el aseguramiento de la población especial, de la que hacen parte diversos grupos que por su condición de vulnerabilidad y características particulares tienen prelación dentro del SGSSS. En cuanto a la ruta de acceso a los servicios en salud, se explica el programa de gratuidad en salud para los residentes de Bogotá y el derecho a la portabilidad nacional como herramienta para hacer realidad la atención en salud de las personas aseguradas en el Régimen Subsidiado o en el Contributivo en cualquier lugar del país, así como la movilidad como mecanismo que garantiza la continuidad en la prestación de los servicios de salud de aquellas personas cuya condición social y económica se modifica por las contingencias de vida, en concordancia con lo propuesto en la Ley 100 de 1993.

En la parte final del documento se encuentra el directorio de la Red Integrada de Servicios de Salud del Distrito Capital y de las entidades promotoras de salud (EPS) del Régimen Subsidiado y Contributivo; así como los puntos de atención de la Personería Distrital y los Centros Locales de Atención a Víctimas (CLAV), dirigidos estos últimos a la orientación y atención integral de la población víctima del conflicto armado.



Hablemos todos el mismo lenguaje

En nuestro sistema de salud se usan muchas siglas y abreviaturas que es conveniente que usted, como ciudadano, conozca. A continuación se presentan las utilizadas en esta cartillas.

Abreviaturas utilizadas en salud	
Abreviatura	Significado
ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ARN	Agencia para la Reincorporación y Normalización
APS	Atención primaria en salud
ARL	Administradora de riegos laborales
BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
CADE	Centro de Atención del Distrito Especial
CLAV	Centro Local de Atención a Víctimas del Conflicto Armado
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EPS	Entidad Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
INPEC	Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PILA	Planilla Integrada de Liquidación de Aportes
PPNA	Población Pobre No Asegurada
PPR	Personas en Proceso de Reintegración
PYP	Promoción y Prevención
Rrom	Comunidad gitana
RUV	Registro Único de Víctimas
SDP	Secretaría Distrital de Planeación
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SDIS	Secretaría Distrital de Integración Social
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
Sisbén	Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales
SMLMV	Salario Mínimo Legal Mensual Vigente
USS	Unidad de Servicios de Salud
UARIV	Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



La salud: un derecho fundamental

1

El derecho a la salud, entendido como “el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, 2015), es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable. Así mismo, es importante precisar que la Organización Mundial de la Salud definió la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).



1.1 El derecho a la salud: más que atención médica

Con el fin de que las personas disfruten del derecho a tener el mejor nivel posible de salud física, mental y social, el Estado debe adoptar políticas para garantizar que:

- Todas las personas, sin distinción de raza, color, sexo, orientación sexual, idioma, religión, origen y lugar de nacimiento, opinión política o de otro tipo, situación social, situación económica o discapacidades físicas o mentales, puedan ejercer su derecho a la salud, sin discriminación.
- La población participe en el proceso de toma de decisiones y en los proyectos del sector de la salud.
- Las personas tengan a su disposición un número suficiente de programas, equipos, servicios de salud y centros de atención.
- Todas las personas, sin discriminación, tengan acceso a las tecnologías en salud (actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, materiales, equipos, dispositivos biomédicos, entre otros) contenidos en el Plan de Beneficios e información relacionada con su salud.

- Todos los bienes y servicios de salud se soporten en el ejercicio de la ética profesional y sean pertinentes, es decir, acordes con las necesidades de la población.

1.2 Atención de urgencias

La atención de urgencias por parte de los prestadores de servicios de salud, ya sean públicos o privados, debe brindarse de manera **obligatoria** a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago o del tipo de afiliación al sistema. Esta atención no requiere autorización por la aseguradora donde se esté afiliado ni pagos compartidos (copago, cuota moderadora).

Cuando se le niega la prestación de los servicios de salud, como la atención inicial de urgencias o entrega de medicamentos, el usuario debe solicitar el formato “negación de servicios” establecido por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS); este formato debe ser diligenciado y firmado por la institución que le negó la atención. Con el formato diligenciado informe del hecho mediante una de las siguientes opciones:

- Línea Salud para Todos, teléfono 364 9666.
- Página web: www.saludcapital.gov.co, ícono “Contáctenos”
- Superintendencia Nacional de Salud: Línea 481 7000 opción 4; Avenida Ciudad de Cali # 51-66, pisos 6-7; World Business Center, Local 10. Bogotá. Página web www.supersalud.gov.co.





Nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

2

El SGSSS es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de los que disponen los usuarios para disfrutar del derecho a la salud y a la calidad de vida, mediante el acceso a los planes y programas que se desarrollen con el fin de garantizar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica (Ley 100 de 1993). Con la Ley estatutaria (Ley 1751 de 2015) se determina que el Sistema de Salud es el mecanismo con que el Estado logra la materialización del derecho de la salud.

El actual sistema de salud establece dos regímenes:

- Contributivo
- Subsidiado

Al momento de expedirse la Ley 100 de 1993 se contemplaron excepciones para algunos sectores de la población respecto al acceso al SGSS, las cuales se rigen por normas vigentes y expedidas con anterioridad a dicha ley. Estos son conocidos como los *regímenes exceptuados* en los que se encuentran el régimen de excepción y el régimen especial.

2.1 Régimen contributivo

Todos los empleados, los trabajadores independientes y los pensionados, con ingresos totales mensuales iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente, deben estar afiliados al régimen contributivo y realizar los aportes mensuales a una entidad promotora de salud, para garantizar la atención en salud requerida por medio de la red de prestadores de servicios de salud contratada por dicha entidad, de acuerdo con lo indicado en la tabla 1.

Tabla 1. Aportes al régimen contributivo

Tipo de vinculación laboral	Aporta el afiliado cotizante	Aporta el empleador o patrón	Total
Empleado	4 % \$33.125	8,5 % \$70.390	12,5 %
Trabajador independiente	12,5 % \$103.515		12,5 %
Pensionado	12 % \$99.374		12 %

Los montos se calculan con base en el salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) para el año correspondiente 2019 (\$828.116. Decreto 2451/2018).

- Si usted es empleado
 - Su empleador es la persona responsable de afiliarlo al Régimen Contributivo en la Entidad Promotora de Salud (EPS) que usted libremente elija.

- Desde la fecha de su afiliación a la EPS, de la aplicación del traslado o de la movilidad, usted tiene derecho a la cobertura plena de los servicios de salud del Plan de Beneficios, entre los cuales se encuentra atención inicial de urgencias, actividades de promoción y prevención y a la atención integral a la materna y al recién nacido.
- Si usted es pensionado
 - La responsabilidad de su afiliación como pensionado es del correspondiente fondo de pensiones, y usted debe aportar a la EPS elegida el 12 % de la mesada pensional.
 - Los pensionados no tienen derecho al pago de prestaciones económicas de origen laboral, como la licencia de maternidad o la de incapacidad. El pago de la pensión será continuo, y no se verá interrumpido por ningún motivo.
 - En caso de vincularse nuevamente como empleado, debe informar y cotizar a la EPS donde está afiliado, sin dejar de hacer los aportes de su mesada propios de su condición de pensionado. Tendrá derecho a recibir las prestaciones económicas correspondientes por incapacidad o por enfermedad general, en caso de requerirlo. Además, el empleador debe afiliarlo al Régimen Contributivo y al Sistema de General de Riesgos Laborales y tendrá derecho a los beneficios de todo trabajador independiente o empleado.
- Si usted es independiente y gana un salario mínimo legal vigente o más
 - Debe afiliarse al Régimen Contributivo y cumplir con la cotización mensual del 12,5 % para salud, el 16 % para pensión y, de acuerdo con el riesgo, realizar aportes al sistema de riesgos laborales (ARL), sobre sus ingresos, con derecho a recibir los mismos beneficios que tienen los empleados.
 - También debe afiliar a los integrantes de su familia, quienes estarán protegidos y contarán con los servicios de salud, en calidad de beneficiarios, sin necesidad de hacer aportes adicionales.
 - Tenga en cuenta que todo su grupo familiar debe estar afiliado a la misma EPS. Además, si usted y su cónyuge cotizan, el grupo familiar beneficiario estará en cabeza de uno de los dos.

- Como trabajador independiente, una vez afiliado y ya habiendo pagado su primera cotización, usted tiene derecho a la cobertura plena de los servicios de salud del Plan de Beneficios, entre los cuales se encuentra atención inicial de urgencias, actividades de promoción y prevención y a la atención integral a la materna y al recién nacido.

2.1.1 ¿Cómo afiliarse al Régimen Contributivo?

- Escoja la EPS donde quiere ser atendido y comuníquelo a su empleador. Diligencie el formulario de afiliación a la EPS junto con su empleador. Incluya a todos los beneficiarios y anexe la copia de los documentos requeridos: documento de identidad, registro civil, acta de matrimonio o certificado de convivencia, según el caso (tabla 2).

Tabla 2. Documentos requeridos para afiliación al sistema de salud

Tipo de documento	Características de la población
Registro civil de nacimiento o certificado de nacido vivo	Hasta los 3 meses de edad
Registro civil	Entre los 3 meses y los 7 años de edad
Tarjeta de identidad	Mayores de 7 y menores de 18 años de edad
Cedula de ciudadanía	Mayores de edad
Cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático, salvoconducto de permanencia o permiso especial de permanencia (PEP), según corresponda	Extranjeros
Pasaporte de la ONU	Refugiados o asilados

- Si es trabajador independiente, empleador o persona con capacidad de pago, diríjase a la EPS que elija, y diligencie el formulario de afiliación anexando los documentos antes mencionados.
- Recuerde que el empleador y el trabajador independiente deben hacer los aportes de salud, pensiones y riesgos profesionales a través del pago asistido (PILA), por vía telefónica o por internet. Solicite mayor información a la EPS que usted elija, o al fondo de pensiones al que pertenece.

2.1.2 ¿Quiénes son beneficiarios del régimen contributivo y con qué documento se acredita?

En la tabla 3 se relacionan los beneficiarios del régimen contributivo y los documentos con los cuales se acredita dicha condición, para obtener el derecho.

Tabla 3. Beneficiarios del régimen contributivo y forma de acreditación

Beneficiarios	Documento
El cónyuge	Registro civil de matrimonio
Compañero permanente del afiliado, incluyendo a las parejas del mismo sexo, cuando conviven en unión libre.	Escritura pública elevada ante un notario por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes. Por sentencia judicial, con base en los medios ordinarios de prueba consagrados en el Código de Procedimiento Civil, con reconocimiento de los jueces de Familia de primera instancia.
Los hijos menores de 25 años que dependen económicamente del afiliado.	La calidad de hijos o padres se acreditará con los registros civiles correspondientes.
Los hijos de cualquier edad, si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.	La incapacidad permanente de los hijos mayores de 25 años se acreditará mediante el dictamen emitido por la EPS en la cual se encuentre afiliado o por la entidad competente cuando se trate de la calificación invalidez.
Los hijos menores de veinticinco (25) años y los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente que, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de estos, se encuentren, hasta el tercer grado de consanguinidad, con el cotizante y dependan económicamente de este.	Documento en el que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
Los hijos del cónyuge o del compañero permanente del afiliado menores de 25 años que dependen económicamente del afiliado y los hijos de cualquier edad, si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.	La calidad de hijos o padres se acreditará con los registros civiles correspondientes.

Beneficiarios	Documento
Los hijos de los beneficiarios, es decir, los hijos de los hijos menores de 25 años que dependen económicamente del afiliado y/o los hijos de los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante, hasta que dichos beneficiarios conserven tal condición.	La calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, se acreditará con los registros civiles correspondientes.
A falta del cónyuge o del compañero permanente y de hijos, el cotizante puede incluir a los padres que no estén pensionados y dependan económicamente de él.	La calidad de hijos o padres se acreditará con los registros civiles correspondientes.
Los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal por la autoridad competente.	Los menores en custodia legal con la orden judicial o acto administrativo expedido por la autoridad competente.

Pueden incluirse como beneficiarias a personas diferentes de las del grupo familiar básico, como afiliados adicionales, siempre y cuando el cotizante haga un pago mensual adicional, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas personas pueden ser hasta de tercer grado de consanguinidad (abuelos, sobrinos, nietos, hermanos) que dependan económicamente del cotizante.

2.1.3 Lo que debe saber del régimen contributivo

No existen los “periodos de carencia”, que eran los periodos a lo largo de los cuales el afiliado debía cotizar para que la EPS garantizara el cubrimiento parcial o total de algunos tratamientos. Ahora las EPS deben garantizar y cubrir la prestación de los servicios y tecnologías en salud, sin excepción, desde el mismo día de la afiliación.

Las preexistencias, es decir, la exclusión del tratamiento o del manejo de las enfermedades que hayan comenzado o hayan sido diagnosticadas antes de la afiliación del usuario, se tienen en cuenta solo en la medicina prepagada; dicho concepto no se aplica en el actual SGSSS.

El recién nacido hijo de padres afiliados al régimen contributivo quedará automáticamente afiliado a la EPS donde se encuentra la madre, sin perjuicio del cumplimiento de la responsabilidad de la madre o del padre de registrar al recién nacido dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su nacimiento.

Estar afiliado al régimen contributivo le da derecho al beneficiario del reconocimiento en dinero del 66,6 % del salario básico de cotización por los primeros 90 días en caso de una incapacidad temporal derivada de alguna enfermedad general, y al reconocimiento económico del 100 % por licencia de maternidad.

Los aportes mensuales que debe hacer la persona afiliada al régimen contributivo deben pagarse antes del día 10 de cada mes, conforme al cronograma previsto en la norma y de acuerdo con el tipo de afiliación. Para tener derecho a los servicios de salud, usted debe estar al día en los aportes mensuales que debe hacer a la EPS elegida.

Si usted es empleador y no cumple con los aportes de sus empleados deberá asumir la totalidad de los costos que genere la atención en salud tanto de ellos como de los beneficiarios. Además, si usted no ha hecho la afiliación a un fondo de pensiones, deberá asumir los costos de jubilación, invalidez o muerte de su empleado.

2.1.4 Derechos del usuario afiliado al régimen contributivo

- Elegir libremente la EPS que quiera, y cambiarse a otra EPS una vez haya cumplido 360 días de permanencia mínima.
- Elegir libremente la IPS de la red contratada por la EPS, y solicitar su cambio si así lo desea.
- Afiliar como beneficiarios a los miembros del grupo familiar.
- Formar parte de las asociaciones de usuarios, con el fin de velar porque los servicios de salud contenidos en el Plan de Beneficios se presten con calidad.
- Recibir buen trato y atención humanizada por parte de los profesionales y del resto del personal de las IPS y las EPS.
- Acceder, excepto en el caso de los pensionados, al reconocimiento de las incapacidades generadas por enfermedad general, así como al reconocimiento de licencias de maternidad y de paternidad, siempre y cuando se hayan cumplido los requisitos establecidos en la ley para ello.

2.1.5 Responsabilidades sociales o deberes del empleador

- Afiliar a una EPS a todas las personas con quienes tenga vinculación laboral verbal o escrita, temporal o permanente.

- Respetar la libre elección de la EPS por parte del trabajador.
- Pagar cumplidamente los aportes correspondientes a las EPS donde están afiliados sus empleados.
- Descontar de los ingresos laborales el porcentaje correspondiente que debe aportar el empleado a la EPS, pagarle oportunamente a la EPS donde está afiliado el empleado e informar a los trabajadores sobre las garantías que tiene en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- Asumir el costo completo de la atención del trabajador y de su núcleo familiar cuando se le suspenda la afiliación por no pagar de manera oportuna los aportes correspondientes.
- Pagar el valor total de las cotizaciones atrasadas de sus trabajadores.
- Tramitar el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general y las licencias de maternidad o de paternidad, de manera directa ante las EPS. Por tanto, en ningún caso puede trasladársele al afiliado el trámite para obtener dicho reconocimiento. Estos pagos debe recibirlos el empleado por medio del empleador.
- Comunicar a la EPS las novedades del cotizante, y solicitar su retiro cuando este ha dejado de trabajar en su empresa.

2.2 El régimen subsidiado

El régimen subsidiado de salud fue creado para la población que no tiene recursos económicos suficientes para aportar al sistema o no cumple ninguna de las condiciones descritas para pertenecer al régimen contributivo o al régimen de excepción.

2.2.1 ¿Quiénes son beneficiarios del régimen subsidiado?

La población beneficiaria del régimen subsidiado en salud está conformada por las personas que sin tener las calidades para ser afiliados del régimen contributivo o del régimen de excepción o especial, cumplan las siguientes condiciones:

- Personas identificadas en los niveles I y II del Sisbén, de acuerdo con los puntos de corte que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Personas identificadas en el nivel III del Sisbén que, a la vigencia de la Ley 1122 de 2007, se encontraban afiliadas al régimen subsidiado.

- Las personas que fueron madres comunitarias o madres sustitutas y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, según lo dispuesto en el artículo 164 de la Ley 1450 de 2011.
- Población infantil abandonada y menores desvinculados del conflicto armado bajo protección del ICBF.
- Adolescentes y jóvenes pertenecientes al Sistema de Responsabilidad Penal.
- Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
- Comunidades indígenas.
- Población rrom.
- Población desmovilizada, hoy denominada *personas en proceso de reintegración (PPR)*.
- Las personas mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección.
- Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
- Víctimas del conflicto armado interno, plenamente identificados en el Registro Único de Víctimas elaborado por la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.
- Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal.
- La población de nacionalidad colombiana migrante de la República Bolivariana de Venezuela.
- Población habitante de calle.
- La composición del núcleo familiar para afiliarse al régimen subsidiado, es la misma descrita en la composición familiar del régimen contributivo, como se indica en la tabla 3, teniendo en cuenta que quien ejerce como cabeza de familia se asimila al cotizante.

2.2.2 ¿Cómo afiliarse al Régimen Subsidiado?

Para que usted pueda afiliarse al régimen subsidiado, le deben aplicar la encuesta del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales del Estado (Sisbén, actualmente Metodología III) y tener un puntaje menor o igual a 54,86. La encuesta Sisbén es la herramienta mediante la cual se determina la vulnerabilidad de la población y, por consiguiente, establece si puede ser

beneficiaria de los programas establecidos en los diferentes sectores para esta población. En el sector salud define el acceso al subsidio en salud.

También pueden afiliarse al régimen subsidiado quienes están certificados como población especial en los listados censales elaborados por las respectivas entidades encargadas, como: personas en proceso de reintegración (PPR), indígenas, habitantes de la calle, niños, niñas y adolescentes (NNA) en protección, persona mayor, gitanos y víctimas del conflicto armado, entre otros.

- Pasos para tramitar su afiliación al Régimen Subsidiado
 - El jefe del hogar o cabeza de familia debe acercarse a uno de los puntos de atención al usuario de la entidad promotora de salud del régimen subsidiado (EPS) elegida, que esté habilitada en Bogotá.
 - Presente su documento de identidad y copia de los documentos de identidad del grupo familiar, que sean legibles y estén actualizados.
 - Diligencie el Formulario Único de Afiliación y Traslados; tome en cuenta que si tiene una dirección de vivienda diferente de la reportada en la encuesta es necesario actualizarla (dependiendo de ello, le asignan una IPS cercana a su lugar de residencia). Así mismo, se requiere actualización si algún miembro del grupo familiar cambia de tipo y de número de documento de identidad.
 - Firme el listado de conocimiento de los procesos de atención en salud y el recibido de su carta de derechos del afiliado y del paciente. La EPS deberá entregar el carné de la persona y de cada uno de los miembros del núcleo familiar. No obstante lo anterior, desde el 1° de junio de 2013 el acceso a la atención de salud se obtiene con la cédula de ciudadanía o cualquier otro documento de identidad. No es necesario presentar el carné para que los servicios de salud sean prestados.
- ¿No tiene encuesta Sisbén?
 - Para el Distrito Capital, la encuesta Sisbén es administrada por la Secretaría Distrital de Planeación (SDP) y, por tanto, es necesario solicitar su aplicación en uno de los puntos de atención de que dispone dicha Secretaría en los centros de atención distritales especializados (CADE) o los SuperCADE más cercanos a su lugar de residencia. Presente una fotocopia de un recibo reciente de servicio público y del documento de identidad de la persona cabeza de familia o jefe del hogar.

- Existen tres versiones de la encuesta Sisbén; en la actualidad, la que está en uso es la versión Metodología III. Por eso, si a usted y a su grupo familiar no les han aplicado la última versión de encuesta Sisbén es necesario que la soliciten lo más pronto posible.
- Una vez aplicada la encuesta Sisbén, la SDP la procesa y la envía al Departamento Nacional de Planeación (DNP), instancia que la valida y la certifica. Posteriormente, el resultado quedará registrado en la base nacional del Sisbén, y esa información hará parte del listado de potenciales beneficiarios, para que usted pueda elegir la EPS de su preferencia, en caso de obtener el puntaje requerido.
- Encuesta Sisbén Metodología III

Para salud, los puntos de corte de la encuesta Metodología III se encuentran definidos en la Resolución 3778 de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social, y se aplican únicamente para las nuevas afiliaciones, lo cual permite que si usted no estaba afiliado al Régimen Subsidiado se pueda afiliarse, siempre y cuando tenga los puntajes que se indican en la tabla 4.

Tabla 4. Puntajes del Sisbén Metodología III

Nivel del Sisbén	Puntaje
Nivel 1	De 0 hasta 47,99
Nivel 2	De 48,00 hasta 54,86

La población que ya se encontraba afiliada al Régimen Subsidiado como producto de la encuesta Sisbén Metodología II continuará afiliada con el puntaje y el nivel Sisbén con los que ingresó.

2.2.3 Novedades que usted debe presentar como afiliado al régimen subsidiado

Para evitar que usted o su grupo familiar tengan inconvenientes en el acceso a los servicios de salud, es necesario que informe a la EPS donde estén afiliados, tan pronto como se presenten los acontecimientos o novedades que se relacionan en la tabla 5.

Tabla 5. Novedades que el afiliado debe informar a la EPS

No.	Novedad	En qué situación	Soportes o documentos para presentar
1	Actualización del tipo de documento, el número de documento o la fecha de nacimiento.	Cuando al menor le expiden tarjeta de identidad o cédula de ciudadanía.	Documento de identidad.
2	Actualización de nombres.	Cuando cambia de nombres o requiere corregirlos o ampliarlos.	Documento de identidad.
3	Actualización de apellidos.	Cuando cambia de apellidos o requiere corregirlos o ampliarlos.	Documento de identidad.
4	Actualización de la dirección de residencia y del teléfono.	Cuando se cambia de sitio de vivienda.	Tener precisa la dirección de su residencia.
5	Fallecido.	Cuando fallece un miembro del grupo familiar.	En caso de muerte natural, certificado de defunción expedido por el médico tratante. En caso de muerte violenta, certificado de defunción expedido por la Fiscalía General de la Nación. En caso de muerte presunta, sentencia judicial.
6	Activación por inconsistencia de documento.	Inconsistencia en el documento de identidad.	Documento de identidad.
7	Activación por supervivencia.	Cuando, por error, la persona fue registrada como fallecida.	Documento de identidad.
8	Retiro del régimen subsidiado por traslado al régimen especial.	Cuando es incluido como cotizante o beneficiario del régimen especial o de excepción.	Solicitud de retiro del régimen subsidiado firmada por el usuario, o en caso de ser menor de edad, firmada por la madre o el padre; o bien, con carta expedida por la entidad del régimen especial, donde manifieste que para su afiliación debe estar retirado del régimen subsidiado.

2.2.4 Lo que usted debe saber del régimen subsidiado

- La población afiliada al régimen subsidiado no debe hacer aportes mensuales.
- Todo recién nacido hijo de un afiliado al régimen subsidiado quedará afiliado automáticamente a la EPS a la que pertenezca la mamá, quién tiene el deber de informar la novedad en la EPS anexando el registro civil de nacimiento. La afiliación se hace efectiva a partir de la fecha de nacimiento, y, por tanto, la cobertura de servicios se entiende desde el nacimiento.
- Para el caso de los menores de 18 años que tengan a uno de los padres en el régimen subsidiado, y que por cualquier razón no hayan sido incluidos en el grupo familiar como afiliados, los padres deben afiliarlos a su EPS, aun cuando no se les haya aplicado la encuesta Sisbén Metodología III (Decreto 780 de 2016).

2.2.5 Derechos en el régimen subsidiado de salud

Como afiliado al Régimen Subsidiado, usted tiene derecho a:

- Recibir de manera inmediata atención de urgencias.
- Elegir libremente la IPS e, igualmente, solicitar el cambio.
- Recibir los medicamentos formulados después de que finalice la consulta.
- Recibir educación para el cuidado de su salud y la de su familia.
- Formar parte de las asociaciones de usuarios, con el fin de velar por que los servicios de salud contenidos en el Plan de Beneficios se brinden con calidad.
- Recibir buen trato y atención humanizada por parte de los profesionales y de todo el personal de las IPS y de las EPS.
- Recibir por parte de la EPS la Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el SGSSS y la Carta de Desempeño.
- La EPS elegida debe informarle permanentemente sobre: los copagos que debe hacer; la red de IPS; el trámite para recibir los servicios, y, en general, sobre el acceso a los servicios a los que tiene derecho.

2.3 Lo que aplica para los dos regímenes

- La afiliación de los recién nacidos se entenderá como efectiva a partir de la fecha de nacimiento, y, por tanto, la cobertura de servicios ampara al menor desde su nacimiento, sin que sea admisible la imposición de barreras de acceso a la afiliación del recién nacido, ni la exigencia o la verificación de ningún documento o requisito adicional.
- Todo recién nacido quedará inscrito en la EPS en la que esté inscrita la madre, incluso cuando el padre esté inscrito en otra EPS o en un Régimen Especial o de Excepción, salvo en los casos de fallecimiento de la madre al momento del parto, evento en el cual quedará inscrito en la EPS del padre o en la EPS de quien tenga a su cargo el cuidado personal o de la persona que lo tenga bajo su custodia.
- La EPS debe garantizar desde el mismo día de la afiliación la prestación de todas las atenciones incluidas en el Plan de Beneficios (servicio de urgencias, atención integral a la materna, al recién nacido, actividades de promoción y prevención, entre otros).
- Como afiliado, usted puede verificar la calidad de los servicios de salud por medio de los diferentes mecanismos de participación del usuario. No olvide que la calidad de los servicios de salud que recibe, también depende de usted.
- La atención es preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia, a través del plan de beneficios.

2.3.1 Plan de Beneficios en Salud

El Plan de Beneficios se fundamenta sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad lo que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud, para que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud.

Mediante la Resolución 5857 de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social aprobó el nuevo Plan de Beneficios en salud para todos los colombianos, el cual es actualizado cada año y, en síntesis, contiene los servicios relacionados en el cuadro 1.

Cuadro 1. Cobertura del Plan de Beneficios

- Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Acciones de detección temprana y protección específica.
- Acciones para la recuperación de la salud, como el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de todas las enfermedades, las condiciones clínicas y los problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad.
- Atención inicial de urgencias en cualquier parte del territorio nacional sin autorización previa de la EPS o remisión, y sin el pago de cuotas moderadoras.
- Atención de urgencias del paciente con trastorno o enfermedad mentales, incluyendo la observación en urgencias.
- Hospitalización en los casos en que el afiliado así lo requiera, en los servicios y las unidades habilitados según los indicadores del criterio profesional tratante.
- Hospitalización en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados, según el criterio del médico tratante.
- Atención domiciliaria como alternativa de la atención hospitalaria institucional, solo en los casos en los que el médico tratante lo considere pertinente.
- Atención integral del proceso de gestación, parto y puerperio.
- Atención en salud oral.
- Prótesis dentales mucosoportadas totales, de acuerdo con la indicación clínica determinada por el odontólogo tratante.
- Lentes correctores externos de vidrio o de plástico (incluye policarbonato) en las siguientes condiciones: 1) para los afiliados al régimen contributivo, una vez cada año en las personas de 12 años de edad o menos; y una vez cada 5 años, en los mayores de 12 años. 2) Para los afiliados al régimen subsidiado, a las personas menores de 21 años y mayores de 60 años, una vez al año, y para las personas mayores de 21 años y menores de 60 años, una vez cada 5 años.

2.3.2 Deberes de las EPS

- Garantizar la prestación de servicios y tecnologías de manera integral, que incluya la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas para salvaguardar el derecho a la salud de sus afiliados.
- Entregar a los afiliados la *Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el SGSSS*, que permita contar con información adecuada y suficiente para el ejercicio de los derechos.

- Entregar a los afiliados la *Carta de Desempeño* que contenga información adecuada y suficiente para que los afiliados a los regímenes contributivo o subsidiado puedan ejercer su derecho de libre escogencia de su EPS y de su IPS dentro de la red de prestación definida por el asegurador, y la cual, a su vez, debe contener:
 - Información sobre indicadores de calidad de atención.
 - Posición en el ordenamiento (*ranking*).
 - Situación frente a la habilitación y acreditación de dichas entidades, dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.
 - Indicadores financieros de las EPS.
 - Sanciones que le hayan sido aplicadas a la entidad a lo largo del último año.

2.3.3 Responsabilidades como afiliado a los regímenes subsidiado y contributivo

- Usar los servicios de salud cuando realmente sean necesarios.
- Aportar la información de identificación y residencia de manera oportuna y veraz.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre usted mismo y su núcleo familiar respecto al estado de salud.
- Acudir y participar en las campañas orientadas a crear un medio saludable sin riesgos para la salud.
- Cuidar su propia salud y la de su familia procurando que el hogar, el trabajo, la recreación y el medio ambiente sean saludables.
- Cumplir con las citas solicitadas, los controles que requiera y las indicaciones que le haga el personal de salud de la IPS donde recibe los servicios.
- Acudir oportunamente a una entidad de salud en caso de enfermedad, para recibir atención y evitar complicaciones o consecuencias graves.
- Afiliar a su familia en la misma EPS donde está afiliada la persona que se identifica como cabeza de familia.
- Registrar a sus hijos durante los primeros 30 días posteriores a su nacimiento, con el fin de actualizar el número de documento del registro civil en la EPS donde está afiliado.

- Informar y actualizar a la EPS donde está afiliado sobre las novedades relacionadas con nacimientos, fallecimientos, cambios de dirección, tipo de documento o número del documento de identidad de los integrantes del grupo familiar.
- Cumplir las normas y los procedimientos de las instituciones de salud donde reciba los servicios.
- Solicitar siempre los servicios de salud en la IPS que eligió como puerta de entrada, a excepción de las urgencias, caso en el cual puede solicitarlos en la institución más cercana.
- Respetar al personal de salud que lo atiende.
- Notificar a su EPS si se traslada de manera temporal de municipio de residencia, para que se garantice su derecho a la portabilidad.
- Notificar a su EPS si fija su residencia en otro municipio de manera permanente o definitiva, y elegir una nueva EPS que opere en el municipio a donde se trasladó.
- Notificar a su EPS los cambios en su situación socioeconómica y laboral, para que se garantice su derecho a la movilidad.

2.4 Aportes que se deben hacer al SGSSS

2.4.1 El copago

Es el aporte en dinero de una parte del valor del servicio, y tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Para el régimen subsidiado se cobra copago por los servicios del Plan de Beneficios. Para el régimen contributivo, se cobra copago solo al beneficiario en todos los servicios donde no se cobra cuota moderadora.

Los copagos para los afiliados al régimen subsidiado deben efectuarse de acuerdo con el nivel de la encuesta Sisbén, y corresponden a un porcentaje del valor del servicio que se vaya a utilizar, tal como se indica en la tabla 6.

Tabla 6. Copagos que debe hacer la población afiliada al régimen subsidiado en 2019

Según identificación en la encuesta Sisbén	Monto del pago	Monto máximo por año
Nivel 1	No tiene copago (Ley 1122 de 2007)	0 %.
Nivel 2	El copago es del 10 % del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda la mitad de un SMLMV (\$414.058).	El valor máximo por año calendario será de un SMLMV (\$828.116)

Fuente: Ley 1122 de 2007 y Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Copagos que debe hacer la población afiliada al régimen contributivo

Los copagos para los afiliados al régimen contributivo deben ser hechos únicamente por los beneficiarios, según el ingreso base de cotización del cotizante según los rangos establecidos por la ley, y corresponden a un porcentaje del valor del servicio que se vaya a utilizar, según lo descrito en la tabla 7.

Tabla 7. Copagos que debe realizar la población afiliada al régimen contributivo en 2019

Según el ingreso base de cotización del cotizante	Porcentaje del copago	Valor y porcentaje de tope máximo por un mismo evento al año	Valor y porcentaje de tope máximo de copagos por año calendario
Hasta dos salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV)	11,5 % de un SMLMV	\$237.669	\$476.167 (57,5 % de un SMLMV)
De dos a cinco SMLMV	17,3 % de un SMLMV	\$952.333	\$1.904.667 (230 % de un SMLMV)
Más de cinco SMLMV	(23,0 % de un SMLMV)	\$1.904.667	\$3.809.334 (460 % de un SMLMV)

Fuente: Tabla formulada con base en el SMLMV de 2019 (\$828.116. Decreto 2451/2018).

En la tabla 8 se presentan los servicios de salud incluidos sin copagos.

Tabla 8. Servicios de salud sin copagos para la población afiliada al régimen subsidiado

Servicios	Copago
Control prenatal y atención del parto y de sus complicaciones.	0 %
Servicios de promoción y prevención.	
Programas de control en atención materno-infantil.	
Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.	
La atención inicial de urgencias.	
Personas mayores de edad en la práctica de la vasectomía o de ligadura de trompas.	
Menores de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina tengan sospecha de cáncer o de aplasia medular y síndromes de falla medular, trastornos hemorrágicos hereditarios, enfermedades hematológicas congénitas, histiocitosis y trastornos histiocitarios.	
Atención de enfermedades de alto costo; trasplantes de riñón, corazón, hígado, médula ósea y córnea; diagnóstico y manejo del pacientes con VIH/sida; reemplazos articulares, entre otros (Resolución 5857 de 2018).	
Servicios de rehabilitación física y mental de niños, niñas y adolescentes (NNA) víctimas de maltrato físico, sexual u otras formas de maltrato certificadas por la autoridad competente.	
Servicios de salud física y mental a las mujeres víctimas de violencia física, sexual y otras formas de maltrato certificadas por la autoridad competente.	
Las personas víctimas de lesiones personales causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y algún tipo de deformidad o disfuncionalidad.	

2.4.2 Cuota de recuperación

Es el dinero que debe pagar la población afiliada al régimen subsidiado por la prestación de los servicios de salud que no están cubiertos en el plan de beneficios y la población pobre que aún no está asegurada. El valor de la cuota de recuperación depende del nivel obtenido en la encuesta Sisbén, según lo descrito en la tabla 9.

Tabla 9. Cuotas de recuperación de acuerdo con el nivel de la encuesta Sisbén

Según identificación en la encuesta Sisbén	Cuota de recuperación	Cuota máxima por año
Nivel 1	0 %	No aplica
Nivel 2	10 %	Sin exceder dos SMLMV por evento al año.

Fuente: Artículo 2.4.20 del Decreto 780 de 2016.

El cobro de copago y la cuota de recuperación se aplican sobre conceptos diferentes: el primero (el copago), sobre servicios incluidos en el Plan de Beneficios de la población afiliada al régimen subsidiado o al contributivo, y el segundo (la cuota de recuperación), sobre servicios no incluidos en el Plan de Beneficios para los afiliados al régimen subsidiado.

2.4.3 La cuota moderadora

Se entiende dicha cuota como el aporte económico que debe pagar la población afiliada al régimen contributivo por la prestación de algunos servicios de salud, la cual tiene como fin regular su utilización y estimular su buen uso.

Este aporte en dinero debe ser pagado por los afiliados cotizantes y los beneficiarios, en los siguientes servicios:

- Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
- Consulta externa por médico especialista.
- Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. Se cobra una por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta (el formulario contiene, mínimo, tres casillas).
- Se cobrará por la totalidad de una orden expedida en una misma consulta de exámenes de diagnóstico: por laboratorio clínico (como mínimo, cuatro casillas), por imagenología (el formulario contiene, como mínimo, tres casillas); todos ellos, ordenados de forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.

Los programas de atención integral están exentos del cobro de cuotas moderadoras. Se cobrará a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos, como se indica en la tabla 10.

Tabla 10. Cuota moderadora que debe pagar la población afiliada al régimen contributivo, 2019

Según el ingreso base de cotización del cotizante	Valor y porcentaje de la cuota moderadora
Hasta dos SMLMV.	\$3.200 (11,7 % de un SMLDV)
De dos a cinco SMLMV.	\$12.700 (46,1 % de un SMLDV)
Más de cinco SMLMV.	\$33.500 (121,5 % de un SMLDV)

Fuente: Tabla formulada con base en el SMLMV de 2019 (\$828.116. Decreto 2451/2018).





Portabilidad

3

La Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016 incluyen disposiciones que garantizan la accesibilidad a los servicios de salud en todo el territorio nacional para la población afiliada a los regímenes subsidiado y contributivo, y que emigra desde su municipio de domicilio de afiliación o del municipio donde habitualmente recibe los servicios de salud a otro municipio.



3.1 La emigración y tipos de emigración

La emigración consiste en dejar el lugar de origen para establecerse en otro municipio o región.

- *Emigración ocasional*: Cuando la persona se va de manera transitoria (hasta por un mes) de su lugar de origen a otro municipio, y en ese municipio receptor tendrá derecho a la atención de urgencias.
- *Emigración temporal*: Consiste en que la persona se va de manera transitoria (desde un mes hasta un año) de su lugar de origen a otro municipio, y, por tanto, tendrá derecho a la atención de urgencias y a la adscripción a una IPS primaria autorizada por la EPS, así como acceso a los servicios de salud acordes con el nivel de complejidad que requiera.
- *Emigración definitiva*: Consiste en que la persona fija de manera permanente su residencia en otro municipio, y, por tanto, si la EPS no tiene sede en el municipio receptor, debe solicitar el traslado de EPS.
- Cuando la emigración temporal supere los doce (12) meses, esta se considerará permanente y el afiliado deberá trasladarse de EPS o solicitar una prórroga por un año más, si persisten las condiciones de temporalidad del traslado.

3.2 Responsabilidades de las EPS

- Garantizar el acceso a los servicios de salud en el municipio a donde se traslada el usuario de manera temporal, por medio de sus redes de atención o mediante acuerdos de prestación de servicios en salud.
- Informar de manera clara y precisa al usuario sobre el derecho a la portabilidad.
- Garantizar la atención en una IPS primaria o de primer nivel de atención en el municipio receptor, cuando el usuario se traslada a otro municipio por un periodo superior a un mes e inferior a doce meses.
- Garantizar la continuidad del aseguramiento en los casos en los que el usuario se traslade de forma permanente a otro municipio de residencia tramitando la respectiva solicitud presentada por el usuario ante la EPS de origen.
- Disponer de un sitio en su página web y contar con un correo electrónico, como canales de comunicación, para que el usuario pueda informar sobre su actual condición de migración, solicitar su derecho a la portabilidad e, incluso, recibir información de la EPS sobre la autorización de servicios. En todo caso, frente al derecho de la portabilidad es obligatorio que las EPS, contributivas o subsidiadas, procuren los mecanismos idóneos para que el afiliado pueda acceder a la información y al trámite de su requerimiento de *portabilidad*.
- Responder al usuario sobre la solicitud de portabilidad dentro de los diez días hábiles siguientes a su presentación, e informarle en cuál IPS del municipio receptor ha sido adscrito, y sobre las opciones que podría tener en caso de quererse cambiar.

3.3 Requisitos del usuario para acogerse a la portabilidad

- Realizar la solicitud de portabilidad a través de los diferentes medios dispuestos para ello: telefónico, correo electrónico, comunicación escrita o presencial (esta última es opcional, y no un requisito ni una exigencia para acceder a su derecho de portabilidad).
- Informar en su solicitud a la EPS de origen la actual condición de migración, y solicitar su derecho a la portabilidad, con los siguientes datos mínimos:
 - Nombre completo del solicitante.
 - Tipo y número del documento de identidad.
 - Municipio al que se dirige.
 - Fecha de la solicitud del trámite.
 - En lo posible, el tiempo estimando de estadía (información básica, pero no definitiva, para que la EPS efectúe el trámite).
 - La población víctima del conflicto armado puede hacer uso de este derecho hasta por un año, en tanto define su lugar de residencia permanente.



Movilidad

4

Es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS. Es decir, una persona afiliada al régimen contributivo puede continuar afiliada en la misma EPS, aun en el caso en el que requiera trasladarse al régimen subsidiado y viceversa.

Se hace efectiva la movilidad entre regímenes, siempre que se cumplan los requisitos para pertenecer a cada uno de ellos.

Para el régimen subsidiado, la población debe estar focalizada en los niveles I y II del Sisbén (para la Metodología III) o caracterizado como población especial, como en el caso de las víctimas del conflicto armado o la población en proceso de reintegración, entre otros.

Es necesario que, cuando el empleador reporte la novedad de retiro laboral del trabajador dependiente, el afiliado reporte inmediatamente la novedad de movilidad.





Programa de gratuidad

5

La población del régimen subsidiado residente en Bogotá y que cumpla los requisitos del Sisbén, podrá gozar de los beneficios del Programa de Gratuidad en Salud, según lo contemplado en el Acuerdo 308 de 2008 del Concejo de Bogotá y el Decreto 345 de 2008 del Distrito.

5.1 ¿Qué es el Programa de Gratuidad en Salud?

Es un programa que busca mejorar en el Distrito Capital la calidad de vida y la salud de la población infantil, de las personas mayores y de las personas en condición de discapacidad severa, afiliados al régimen subsidiado de salud y considerados altamente vulnerables.

Con este programa se eliminan las barreras económicas de acceso a los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable que no cuenta con los recursos suficientes para asumir cobros de copagos o cuotas de recuperación, ya que se subsidia el 100 % de los servicios de salud que requiera.

5.2 Requisitos para beneficiarse de la gratuidad

Que esté afiliado al régimen subsidiado en una EPS habilitada en la ciudad, con nivel 2 de la encuesta Sisbén, que resida en Bogotá, D.C., y que pertenezca siquiera a uno de los siguientes grupos poblacionales:

- Niños o niñas de 1 a 5 años de edad.
- Personas de 65 años y más.
- Personas en condición de discapacidad severa.

5.3 ¿Cómo recibir los servicios de salud con gratuidad?

La población beneficiada, en el momento de acceder a los servicios de salud que requiera, debe presentar su documento de identidad, con el fin de corroborar que cuenta con los rangos de edad establecidos (niños de 1 a 5 años y mayores de 65 años), quienes no tienen que hacer ningún trámite adicional.

Las personas en condición de discapacidad severa deberán estar identificadas como tal, mediante el instrumento denominado *Registro para localización y caracterización de la población con discapacidad*. Para su aplicación, el acu-

diente puede inscribir a la persona con discapacidad en los puntos de registro de caracterización de personas con discapacidad en las subredes integradas de servicios de salud (SISS), con el profesional referente de vigilancia en salud pública o el referente de discapacidad.

5.4 Beneficios del programa de gratuidad

- Se eliminan los copagos y las cuotas de recuperación. Esto quiere decir que la población beneficiada tendrá el subsidio del 100 % en los eventos cubiertos y no cubiertos por el Plan de Beneficios.
- El Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) asumirá con recursos propios estos copagos o cuotas de recuperación provenientes de atenciones de salud a la población objeto de la gratuidad.
- Para los afiliados al régimen subsidiado del nivel 2 del Sisbén, la gratuidad consiste en no efectuar pago por los servicios y tecnologías en salud del Plan de Beneficios; por ejemplo: consulta general, medicamentos, ayudas diagnósticas, tratamientos y rehabilitación; así mismo, los no incluidos en el Plan de Beneficios. Anteriormente estos usuarios pagaban el 10%.







Poblaciones especiales

6

Son las personas que, por sus condiciones de vulnerabilidad, marginalidad, discriminación o en situación de debilidad manifiesta y según lo dispuesto por la ley, deben pertenecer al régimen subsidiado (Decreto 780 de 2016).

Para ser beneficiarias del régimen subsidiado, las poblaciones especiales deben ser identificadas a través de los listados censales. Estos son diligenciados por la entidad responsable dentro de sus facultades legales y reglamentarias, sin que sea exigible para ello la aplicación de la encuesta Sisbén (Decreto 780 de 2016).

En la tabla 11 se relacionan los tipos de población y las entidades responsables de identificarlas.

Tabla 11. Tipos de población especial y entidad responsable

Tipo de población especial	Entidad que la identifica
Población infantil abandonada, menores desvinculados del conflicto armado y aquella perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del ICBF.	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.	Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS).
Víctimas del conflicto armado, que estén caracterizados en el Registro Único de Víctimas.	Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas (UARIV).
Población desmovilizada.	Agencia para la Reincorporación y Normalización (ARN).
Persona mayor en centros de protección.	Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS).
Comunidades indígenas: muisca de Suba, muisca de Bosa, inga, ambika-pijao y kichwa.	Autoridad tradicional y legítima de cada pueblo indígena reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia.
Población rrom.	Autoridad legítimamente constituida (She-roRom o el portavoz de cada kumpania), reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia.
Personas incluidas en el Programa de Protección a Testigos.	Fiscalía General de la Nación.
Habitantes de calle	Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS).
Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal	El listado censal de esta población será elaborado por las gobernaciones o las alcaldías distritales o municipales
Migrantes colombianos repatriados que han retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados de territorio extranjero.	Alcaldías municipales o distritales

Tipo de población especial	Entidad que la identifica
Las personas que dejen de ser madres comunitarias y madres sustitutas, que sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en los términos de lo dispuesto en el artículo 164 de la Ley 1450 de 2011	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
Personas en prisión domiciliaria a cargo del INPEC que no pertenecen al régimen contributivo o a un régimen especial o de excepción.	INPEC
Miembros de los grupos armados al margen de la ley que celebren acuerdos de paz con el Gobierno Nacional.	Oficina del Alto Comisionado para la Paz o la entidad que el Gobierno Nacional defina.

Una vez las poblaciones especiales se encuentren plenamente identificadas por la entidad responsable, harán parte del listado nacional de población elegible y se podrán afiliar al régimen subsidiado; siempre y cuando no tengan afiliación al régimen contributivo, de excepción o especial.

Existen dos tipos de afiliación para las poblaciones especiales: La afiliación individual, aplica cuando el cabeza de familia realiza directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no por medio de otras personas, entidades o instituciones. La afiliación institucional, aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

Para las poblaciones especiales indígenas, las afiliaciones se efectuarán de conformidad con lo previsto en el artículo 5 de la Ley 691 de 2001 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Para las comunidades gitanas rrom las afiliaciones se efectuarán de conformidad con lo previsto en el Decreto 2957 de 2010 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. El listado deberá ser registrado y verificado por la alcaldía del municipio o distrito en donde se encuentren las *kumpanias*.

El acceso a los servicios de salud para las poblaciones especiales se garantiza a través de la Red de IPS de la EPS, con subsidio del 100 %, siempre que no cuenten con los recursos económicos para cotizar al régimen contributivo.





Población víctima del conflicto armado interno

7

Se entiende por atención integral en salud “las actividades esenciales para satisfacer las necesidades de salud de la población beneficiaria, que son brindadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) e incluyen la totalidad de los servicios, intervenciones y procedimientos en sus componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que permitirán a la población afectada recuperar su integridad física, emocional y psicológica”.

La atención integral en salud a las personas víctimas deberá observar los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud consagrados en el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 y los principios de atención a víctimas señalados en este Programa.

7.1 ¿Quiénes son víctimas?

Se consideran víctimas las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno (Ley 1448 de 2011).

Dentro de los hechos *victimizantes* contemplados en la mencionada ley se encuentran:

- Desaparición forzada.
- Secuestro.
- Despojo de tierras.
- Delitos contra la integridad sexual.
- Desplazamientos.
- Minas antipersona.
- Actos terroristas.
- Reclutamiento ilícito.
- Homicidios, masacres.

Con la expedición de la Ley 1448 de 2011 se amplía el universo de personas que son consideradas víctimas del conflicto armado interno. El artículo 52 de la mencionada ley indica que todas las personas que sean incluidas en el registro único de víctimas, accederá por ese hecho a la afiliación y se considera elegible para el subsidio en salud, salvo en los casos en que se demuestre capacidad de pago.

Esta población es reportada por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas a través de la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación, de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

También son víctimas el cónyuge, el compañero o compañera permanente, las parejas del mismo sexo y los familiares en primer grado de consanguinidad, o primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de los familiares anteriormente mencionados, serán víctimas quienes se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. Igualmente, son víctimas las personas que han sufrido un daño cuando intervinieron para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización (Ley 1448 de 2011).

7.2 ¿Quiénes son desplazados?

Toda persona víctima del conflicto armado que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, a abandonar su lugar de residencia y sus actividades económicas habituales porque su vida, su integridad física, su seguridad o su libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas por razones del conflicto armado interno, disturbios y tensiones, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias que puedan alterar o alteren el orden público (Ley 387 de 1997, artículo 1º).

7.2.1 Pasos para ejercer el derecho a la salud de la población víctima del conflicto armado

El interesado debe dirigirse a cualquiera de las siguientes entidades, para relatar los hechos victimizantes:

- Puntos de atención de la Personería ubicados en los Centros Locales de Atención a Víctimas del Conflicto Armado (CLAV).
- Procuraduría General de la Nación.
- Personería.
- Defensoría del Pueblo.

Si requiere atención en salud y aún no se encuentra afiliado a una EPS, puede acceder a través de las unidades de servicios de salud (USS) de la red pública adscrita del Distrito Capital, donde será atendido respetando su condición de población especial, mientras se da su afiliación al SGSSS, con la presentación de la constancia de declaración.

En el momento en el que la UARIV haga la valoración correspondiente, y si cumple los requisitos, será incluido en el Registro Único de Víctimas (RUV) y en el comprobador de derechos del Régimen Subsidiado de la SDS de Bogotá, y, por consiguiente, podrá adelantar el proceso de afiliación ante la EPS.

Cabe aclarar que si usted se encuentra afiliado al régimen contributivo o al subsidiado, el acceso a los servicios de salud se garantiza mediante la red de IPS contratada por la EPS donde se encuentra afiliado.

En caso de que usted establezca su lugar de residencia en Bogotá y no pueda seguir cotizando al régimen contributivo, a través de cualquier medio, debe informar a la EPS sobre su traslado de régimen, para permitir su vinculación de manera oportuna al régimen subsidiado. Si usted estaba afiliado al régimen contributivo antes del desplazamiento, la EPS debe garantizar su atención en el municipio al que llegue.

Si está afiliado al régimen subsidiado y ha decidido fijar su residencia en Bogotá, usted debe informar, por cualquier medio disponible (carta, fax, teléfono, otros), a la EPS de origen, de su cambio de lugar de residencia y tramitar de inmediato el traslado de EPS diligenciando el formulario único de afiliación y traslados en la EPS elegida en esta ciudad. Si se encuentra residiendo de manera transitoria, en tanto define su situación, y hasta por un año, podrá hacer uso de su derecho de atención en salud a través del mecanismo de portabilidad.

Si requiere servicios de salud de urgencia, debe dirigirse a la IPS más cercana. Si no está afiliado al régimen subsidiado o al contributivo o al régimen de excepción o especial, recibirá los servicios como persona no asegurada.

La atención de urgencias por parte de las IPS, sean públicas o privadas, debe ser obligatoria para todas las personas, independientemente de la capacidad de pago o del tipo de afiliación al sistema de salud, y no requiere autorización ni copagos.

El acceso a la prestación de los servicios de salud de consulta externa o ambulatoria debe solicitarse en cualquiera de las unidades prestadoras de servicios de salud de la red pública del Distrito. En caso de requerir una Unidad de Servicios de Salud de mayor complejidad, será remitido de acuerdo con el mecanismo de referencia y contrarreferencia de pacientes que se halle vigente.



Mujer víctima de violencia

8

Según los principios contenidos en la Constitución Política y en los tratados o los convenios internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, los cuales expresan que las mujeres tienen derecho a una vida digna, a la integridad física, sexual y psicológica, a la intimidad, a no ser sometidas a tortura o a tratos crueles ni degradantes, a la igualdad real y efectiva, a no ser sometidas a forma alguna de discriminación, a la libertad y a la autonomía, al libre desarrollo de su personalidad, a la salud, a la salud sexual y reproductiva y a la seguridad personal, el Estado les garantiza a las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público-social como en el privado-familiar, y el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y su atención (Ley 1257 de 2008).

8.1 Derechos de las mujeres víctimas de violencia

La Ley 1257 de 2008 estipula que son derechos de las mujeres víctimas de violencia:

- Recibir atención integral (por parte de las diferentes instituciones) mediante servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad.
- Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal, de manera gratuita, inmediata y especializada, tan pronto como la situación de violencia sea puesta en conocimiento de la autoridad.
- Recibir información en relación con los derechos y con los mecanismos y los procedimientos contemplados en las normas que promulgan su protección.
- Dar el consentimiento a la realización de los exámenes médico-legales, en los casos de violencia sexual, y escoger el sexo del profesional de la salud para la práctica de dichos exámenes, dentro de las posibilidades ofrecidas por la IPS.
- Recibir información en relación con la salud sexual y reproductiva.
- Ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o bien, la asistencia social respecto de los datos personales, los de sus descendientes o los de cualquier otra persona que esté bajo su guarda o su custodia.
- Recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral para ella y sus hijos.
- Acceder a los mecanismos de protección y atención para ella y sus hijos.
- La reparación y las garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia.
- La estabilización de la situación; es decir, recuperar, reponer o restituir el proyecto de vida.
- Decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo que sean del caso.

Adicionalmente, ordena la misma ley que toda persona que en su contexto familiar sea víctima de daño físico, psíquico o en su integridad sexual, o víctima de amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de

otro miembro del grupo familiar, podrá pedir, sin perjuicio de las denuncias penales a que hubiere lugar, al comisario de familia del lugar donde ocurrieren los hechos (y a falta de este, al juez civil municipal o al promiscuo municipal), una medida de protección inmediata que ponga fin a la violencia, el maltrato o la agresión o evite que ello suceda cuando fuere inminente.

8.2 Medida de atención

Las medidas de atención son parte integral de la restitución de los derechos de las mujeres que han sido vulnerados como consecuencia de los hechos violentos vividos y de las diversas discriminaciones por motivos de género, pertenencia étnica, discapacidad, orientación sexual, situación de desplazamiento, entre otras. Por tanto, la definición, la implementación y el seguimiento de dichas medidas, en todos los casos, debe tener como propósito fundamental la búsqueda del bienestar de las mujeres y sus hijos, dentro del marco del respeto, la promoción y la garantía de sus derechos humanos (MinSalud, Resolución 1895 de 2013, num. 10).

La Resolución 1895 de 2013 establece que las medidas de atención se deben aplicar a:

- Las mujeres mayores de 18 años víctimas de cualquier tipo de violencia, según lo dispuesto en la Ley 1257 de 2008.
- Los hijos menores de 18 años y los mayores de 18 años con discapacidad, dependientes de la mujer víctima de violencia.
- El cuidador de mujeres víctimas de violencia que presentan alguna discapacidad.

Una vez sea ordenada por la autoridad competente la medida de protección a la EPS contributiva o subsidiada donde está afiliada la víctima, esta debe garantizarle la habitación, la alimentación y el servicio de transporte, tanto de las víctimas como de sus hijos, al igual que la prestación de servicios de asistencia médica, psicológica y psiquiátrica.

En caso de que la víctima decida no permanecer en los servicios hoteleros disponibles, o si estos no han sido contratados, deberá recibir un subsidio monetario mensual de habitación y alimentación para sí misma y para sus hijos (siempre y cuando se verifique que dicho subsidio será utilizado para sufragar esos gastos en un sitio diferente del que habite el agresor).

El mencionado subsidio monetario está condicionado a la asistencia a las citas médicas, psicológicas o psiquiátricas que requiera la víctima. Para las mujeres afiliadas cotizantes al régimen contributivo, el subsidio será equivalente al monto de la cotización que hagan ellas al SGSSS. Para las mujeres afiliadas al régimen subsidiado será equivalente a un salario mínimo mensual vigente.



La Secretaría Distrital de Salud (SDS), cerca de usted

9

El compromiso de la administración distrital es prestar un servicio más amable y efectivo a la ciudadanía, racionalizando trámites y ofreciendo mejores condiciones para la prestación de los servicios en salud. Para ello se han habilitado diferentes mecanismos que facilitan la comunicación entre el ciudadano y la institución.

9.1 Oficina de Servicio al Ciudadano

Tiene como objetivo promover y apoyar los programas y los servicios del Sistema Distrital de Seguridad Social en Salud, así como facilitar el ejercicio de los deberes y los derechos, y la participación social en salud en la comunidad, por medio de diferentes canales: presencial, electrónico, telefónico y correo urbano.

La Oficina de Servicio al Ciudadano se constituye en un componente para el ejercicio pleno de la ciudadanía; es el canal de comunicación entre la administración distrital en salud y la comunidad. Ha sido creada para suministrar información sobre los múltiples aspectos del derecho a la salud, procesos de aseguramiento y procesos de atención y orientación para el acceso a los servicios de salud.

Además de lo anterior, en esta oficina se reciben, se tramitan y se les hace seguimiento a los derechos de petición o a las solicitudes en salud presentadas por la ciudadanía, las cuales permiten prevenir o reparar los actos violatorios del derecho a la salud garantizando su exigibilidad mediante la identificación de las barreras de acceso y la gestión intrainstitucional e interinstitucional de los actores responsables.

En la tabla 12 se indican los puntos de atención del Distrito Capital.

Tabla 12. Puntos de atención de la SDS

Punto de atención	Dirección	Teléfono	Sitio web	Horario
Secretaría Distrital de Salud	Carrera 32 # 12-81	364 9090, exts. 9943, 9941, 9038, 9039 y 9868 Linea Salud para Todos	www.bogota.gov.co/sdq	Lunes a viernes, 7:00 a. m. a 4:30 p. m.
Punto de Atención	Dirección	Horario		
SuperCADE Suba	Avenida Calle 145 # 103B-90	Lunes a Viernes de 7:00 a. m. a 1:00 p. m. y de 2:00 p. m. a 4:30 p. m. Sábado 8:00 a. m. a 12:00 a. m.		
SuperCADE CAD	Carrera 30 # 25-90	Lunes a Viernes de 7:00 a. m. a 1:00 p. m. y de 2:00 p. m. a 4:30 p. m. Sábado 8:00 a. m. a 12:00 a. m.		

Punto de Atención	Dirección	Horario
SuperCADE Engativá	Transversal 113B # 66-54	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:30 p.m. Sábado 8:00 a.m. a 12:00 a.m.
SuperCADE Américas	Avda. Carrera 86 # 43-55 Sur	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:30 p.m. Sábado 8:00 a.m. a 12:00 a.m.
SuperCADE Bosa	Avda. Calle 57R Sur # 72D-12	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:30 p.m. Sábado 8:00 a.m. a 12:00 a.m.
SuperCADE Veinte de Julio	Carrera 5A # 30D-20 Sur	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:30 p.m. Sábado 8:00 a.m. a 12:00 a.m.
CADE Servitá	Carrera 165 # 7-52	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.
CADE Toberín	Carrera 21 # 169-62, local 118	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.
CADE Fontibón	Diagonal 16 # 104-51	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.
CADE Plaza de las Américas	Carrera 71D # 6-94 Sur, Centro Comercial Plaza, locales 1132 y 1134	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.
CADE Candelaria	Calle 60A Sur # 28-80	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.
CADE Santa Lucía	Avda. Caracas # 41B-30 Sur	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.
CADE La Victoria	Diagonal 34 Sur # 2-00 Este	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.

9.2 Centros de orientación e información en salud (COIS)

Los ciudadanos cuentan con centros de orientación e información en salud que prestan los siguientes servicios:

1. Verificación de estado de afiliación en las base de datos.
2. Orientación de trámites en salud.
3. Gestión entre los actores necesarios para solucionar la situación en salud expuesta por el usuario.
4. Informar sobre el nuevo modelo de atención en salud.
5. Capacitación en temáticas relacionadas con la salud y la participación social.

Estos centros de orientación están distribuidos en varias localidades. En la tabla 13 se relacionan los canales de servicio COIS que operan en Bogotá.

Tabla 13. Canales de servicio (COIS)

Localidad	Dirección	Horario
Usaquén	Calle 165 # 7-38 PAS Servitá	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Chapinero	Carrera 13 # 54-74 Alcaldía Local de Chapinero	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Santa Fe	Carrera 2 # 4-10 Subdirección Local de Integración Social PAS Lourdes	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Santa Fe	Calle 10 # 17-53 Centro de Atención Integral	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
San Cristóbal	Avenida Primera de Mayo # 1-40 Sur Alcaldía Local de San Cristóbal	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Usme	Calle 91 Sur #3C-34 Este Punto de Articulación Social de Usme	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Tunjuelito	Calle 51 Sur # 7-35 Alcaldía Local de Tunjuelito	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Bosa	Carrera 80 # 61-05 Sur Alcaldía Local Bosa	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.

Localidad	Dirección	Horario
Kennedy	Transversal 78K # 41A-4 Sur Alcaldía Local Kennedy	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Fontibón	Calle 19 # 99-67 Casa de la Justicia	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Engativá	Calle 71 # 73-44 Alcaldía Local Engativá	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Suba	Calle 146B # 90-26 Casa del Deporte	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Barrios Unidos	Calle 74 A # 63-04 Alcaldía Local Barrios Unidos	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Teusaquillo	Calle 39B # 19-30 Alcaldía Local Teusaquillo	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Los Mártires	Carrera 14 Bis # 21-04 Piso tercero. Centro de Atención Integral a la diversidad sexual de Género SDIS	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Antonio Nariño	Calle 17 Sur # 18-49 Alcaldía Local Antonio Nariño, piso 6	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Puente Aranda	Carrera 31D # 4-05 Alcaldía Local Puente Aranda	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
La Candelaria	Calle 12D # 3-22 Casa Comunitaria La Candelaria	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Rafael Uribe	Avenida Caracas # 31D-13 Sur Alcaldía Local de San Cristóbal	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.
Ciudad Bolívar	Diagonal 62 Sur # 20F-20 Casa de la Justicia	Lunes a viernes 8:00 a.m.-4:00 p.m.

9.3 Línea Salud para Todos 364 9666

La línea “Salud para Todos 364 9666” es un canal telefónico que se implementó en la SDS, como una de las estrategias para disminuir las barreras, facilitar el acceso y la atención oportuna, integral y continua de los usuarios de los regímenes contributivo, subsidiado y especial, y de forma particular, a la población pobre no asegurada (PPNA). Así como informar y orientar a la ciudadanía acerca de los servicios y tramites que ofrece la Entidad.

Opción 1: Componente del Derecho a la Salud.

Opción 2: Componente de información y orientación.

9.3.1 ¿Cómo opera la línea Salud para Todos?

Este medio de comunicación sirve para que las personas expongan las dificultades que se les presentan por trámites administrativos que impiden la accesibilidad, la oportunidad y la continuidad en la prestación de los servicios de salud en Bogotá.

Opción 1: Esta línea gratuita cuenta con profesionales en salud especializados en auditoría de la SDS, quienes reciben y gestionan las quejas de los usuarios por fallas en los procesos administrativos para lograr el acceso a los servicios de salud. Usted puede hacer uso de la **Opción 1** en los siguientes casos:

- **Atención deshumanizada:** En términos generales, es aquella atención en la cual se da un trato indiferente, impersonal y se desconocen las características del paciente como ser sensitivo y dotado de dignidad.
- **Dificultad en la accesibilidad administrativa:** Es la falta de recursos físicos, logísticos, tecnológicos y de recurso humano por fallas de tipo administrativo, que interfieren de forma directa o indirecta en la prestación de los servicios; esto incluye: Inadecuada orientación, inoportunidad en las autorizaciones de servicios por parte de las EPS, problemas de contratación asegurador-prestador y problemas de recursos físicos, humanos, dotación, etc.
- **Dificultad por atención de alto costo:** Son las dificultades en el acceso a los servicios, tecnologías y tratamientos que presentan los pacientes que cursan con enfermedades consideradas de alto costo, dentro de las que están: insuficiencia renal crónica, cáncer, VIH, gran quemado, paciente con enfermedades cardíacas y del sistema nervioso central, así como los pacientes que requieren trasplantes de riñón, corazón, hígado, médula ósea, córnea, etc.
- **Dificultad por tutelas:** Son las solicitudes que realizan los usuarios del SGSSS para solicitar servicios de salud luego de interponer acciones de tipo legal, como tutelas, desacato de tutelas, derechos de petición en contra de los diferentes actores del sistema: EPS, ESE, IPS públicas, privadas o SDS, entre otros.
- **Inconsistencias en los sistemas de información-aseguramiento:** Son las dificultades para acceder al servicio de salud por inconsistencias en las diferentes bases de datos, como: comprobador de derechos y base de datos única de afiliados BDUA de la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Entre las inconsistencias se encuentran: Suspensión o retiro por duplicidad en las EPS; suspensión por inconsistencia de documento; usuarios con mayor o menor puntaje de Sisbén; menor

no incluido en la EPS donde está afiliada la progenitora y su núcleo familiar; inconsistencia en documentos de identidad; traslado no efectivo en ADRES y movilidad, entre otras.

- **Incumplimiento de portabilidad nacional:** Las EPS no aplican el Decreto 780 de 2016 título 12 parte 1 libro 2, relacionado con la Portabilidad Nacional del Aseguramiento y los diferentes tipos de portabilidad y no se hace efectiva la prestación de servicios de salud.
- **Negación de servicios:** La EPS niega la autorización de servicios de salud y/o la IPS pública o privada niega la prestación de servicios de salud a los pacientes. Incumplimiento del Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008, Resolución 4331 de 2012 y Ley estatutaria en salud 1751 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social (Circular 049 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud por la cual se reglamenta el formato de Negación de servicios y/o medicamentos).
- **No oportunidad en los servicios:** La EPS es inoportuna en la autorización de servicios de salud y/o la IPS pública o privada es inoportuna en la prestación de servicios de salud a los pacientes, se presentan dilaciones que ponen en mayor riesgo la salud y vida de los pacientes. Incumplimiento del Decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 de 2008 y Ley estatutaria en salud 1751 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social
- **No suministro de medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios y los autorizados de los no incluidos en el Plan de Beneficios:** Falta oportunidad en la realización del Comité Técnico-científico del régimen subsidiado e incorrecto diligenciamiento de la justificación técnico-científica y/o fórmula de medicamentos; demora en el suministro de los medicamentos posterior a su autorización o aprobación; suministro de fórmulas incompletas, demora en el suministro de medicamentos; farmacias lejanas del ciudadano, etc.
- **Presunto evento adverso (seguridad-pertinencia):** Problemáticas en relación con eventos adversos en el proceso de atención de salud, el no reporte y la no mitigación de sus consecuencias, no pertinencia en el grado en el cual el usuario obtuvo los servicios que requería, con base en la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y la idoneidad profesional.
- **Problemas relacionados con recursos económicos:** Carencia de recursos económicos para el pago de copagos, cuotas de recuperación o cuotas moderadoras, por prestación de servicios de urgencias, hospitalización, consulta

externa, exámenes de apoyo diagnóstico y adquisición de medicamentos, etc. Dentro de esta barrera se encuentran: cobros indebidos, falta de recursos económicos, inconformidad con el cobro de los servicios y la problemática socio-económica sin protección.

Opción 2: A través de esta línea se brinda información, se reciben derechos de petición, quejas y reclamos relacionados con el acceso y la prestación de los servicios de salud. También se adelantan campañas o mensajes de interés para los diferentes segmentos poblacionales.

9.3.2 ¿Para qué sirve esta estrategia?

Opción 1

- Reduce trámites dispendiosos y desplazamientos innecesarios.
- Genera remisiones adecuadas a los usuarios.
- Logra integralidad en la atención que requiere el ciudadano.
- Opera de forma adecuada y articulada con las redes de servicios de salud.
- Identifica y soluciona las dificultades de tipo administrativo que se presentan para acceder oportunamente a los servicios de salud.
- Contribuye a garantizar el derecho a la salud y a la disminución de barreras administrativas o asistenciales al servicio de salud.

Opción 2

Se brinda información y orientación al ciudadano sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, los trámites y servicios que presta la SDS.

9.4 Directorio

En la tabla 14 se relacionan las Oficinas de atención al usuario de las subredes integradas de servicios de salud de la red pública del Distrito

Tabla 14. Directorio de oficinas de servicio al ciudadano de las subredes integradas de servicios de salud (ESE) de la red pública del Distrito

Red	Nivel	ESE/UPSS	Dirección ESE	Teléfonos
Norte	Primer nivel	Chapinero	Calle 76 # 20C-96	488 7373, 349 9080, ext. 104
		Suba	Avenida Carrera 104 # 152C-50	662 1111, exts. 1314 y 1114
		Usaquén	Carrera 6A # 119B-14	658 3030, ext. 122
	Segundo nivel	Engativá	Transversal 100A # 80A-50	291 3300, exts. 2174, 2224 y 4025
	Tercer nivel	Simón Bolívar	Calle 165 # 7-06	676 7940, exts. 256 y 181
Suroccidente	Primer nivel	Del Sur	Carrera 78 # 35-71 Sur	452 1535 y 756 0505, ext. 1301
		Pablo VI Bosa	Carrera 78A Bis # 69B-70 Sur	779 9800, ext. 38495
	Segundo nivel	Fontibón	Carrera 99 # 16I-41	486 0033, ext. 130
		Bosa	Calle 65D Sur # 76C-90	775 8986
	Tercer nivel	Occidente de Kennedy	Avenida 1º de Mayo # 75A-19 Sur	448 0700 y 448 0030, ext. 163
Centro Oriente	Primer nivel	San Cristóbal	Calle 20 Sur # 8A-56	278 6682 y 209 1480
		Rafael Uribe Uribe	Carrera 12D # 26A-62 Sur	596 6600, ext. 1017
	Segundo nivel	Centro Oriente	Diagonal 34 # 5-43	344 4484, ext. 1102
		San Blas	Transversal 5 Este # 19-50 Sur	328 0971 y 289 1100, ext. 315
	Tercer nivel	La Victoria	Diagonal 39 Sur # 3-20 Este	596 1020 Ext 286
		Santa Clara	Carrera 14B #1-45 Sur	328 2828, ext. 241
Sur	Primer nivel	Vista Hermosa	Calle 67A Sur #18C-12	730 0000, ext. 72591 y 72592
		Nazareth	Calle 48 # 73-55	743 5905 y 295 6333, ext. 103
		Usme	Transversal 2A # 135-78 Sur	762 4861 y 766 0666, ext. 118
	Segundo nivel	Tunjuelito	Transversal 44 # 51B-16 Sur	485 6243, 485 3551, 485 2540, ext. 109
		Meissen	Calle 60G Sur #18 bis-09	790 2906 y 769 3131
	Tercer nivel	El Tunal	Carrera 20 #47B-35 Sur	742 7001, ext. 1515; 742 8585, ext. 1241



A

D

G

E

B



Otros directorios de interés

10

El compromiso de la administración distrital es prestar un servicio más amable y efectivo a la ciudadanía racionalizando trámites y ofreciendo mejores condiciones para la prestación de los servicios en salud. Para ello se han habilitado diferentes mecanismos que facilitan la comunicación entre el ciudadano y la institución.

Tabla 15. Directorio de EPS Régimen Subsidiado (EPS)

EPS	Dirección	Teléfono
Capital Salud	Carrera 30 # 45A-52	338 9650, 485 7510 Conmutador 485 7500,ext.510
Unicajas-Comfacundi	Calle 53 #10-39	348 1248-742 0555
Mallamas	Carrera 75 # 23B-92 Barrio Modelia	704 7504 - 315 224 2383 (cuenta con cupos para población indígena)

Tabla 16. Directorio de EPS Régimen Contributivo

EPS-C	Dirección	Teléfono
Aliansalud	Carrera 8 # 38-31	756 8000
Medimás	Carrera 24 # 72-92 Calle 12 # 60-36	651 0777
Compensar	Avenida 68 # 49A-47	428 0666, ext. 14501
Coomeva	Carrera 19A #78-80	743 7464
Cruz Blanca	Calle 63 # 17-68 y Carrera 14 # 6-04 Sur	756 5656
Famisanar	Carrera 13A # 77A-63	650 0200, exts. 301 y 302
Nueva EPS	Carrera 85K # 46A-66, piso 2	307 7022
Salud Total	Carrera 67 # 4G-31 Avenida Calle 80 # 89A-40 Local 301	485 4555
Sanitas	Avda. Carrera 45 # 106-76 Autopista Norte Carrera 18 # 16-46 Sur	375 9000
Sura	Calle 31 # 13A-51	489 7941, 354 0040
Saludvida	Carrera 7 # 48-32	288 2140, 208 8330
Servicio Occidental de Salud	Calle 67 # 7-65	587 6050, opción 3

Tabla 17. Centros Locales de Atención a Víctimas del Conflicto Armado

Localidad	Centro local	Información básica
2	Chapinero*	Dirección: Calle 63 # 15-58 Barrios Unidos. Teléfono: 381 3000, ext. 4624 / 346 1716
7	Bosa*	Dirección: Calle 69A Sur # 92-47. Barrio Metrovienda. Teléfono: 381 3000, ext. 4628
8	Kennedy	Carrera 87 # 5B-21 (CADE). Barrio Patio Bonito Teléfono: 381 3000, ext. 4623 / 452 0065
9	Punto de Atención Terminal de Transportes	Dirección: Calle 22C # 68F-37, módulo 5, oficina 103, barrio El Salitre Teléfono: 428 0012
10	Punto de Atención SuperCADE Engativá	Transversal 113B # 66-51
11	Suba	Dirección: Transversal 126 # 133-22, barrio La Gaitana Teléfono: 381 3000, ext. 4627
18	Rafael Uribe Uribe*	Dirección: Calle 22 Sur # 14A-99, barrio Gustavo Restrepo Teléfono: 381 3000, ext. 4631
19	Ciudad Bolívar*	Dirección: Carrera 17F # 69A-32 Sur, barrio Lucero Teléfono: 381 3000, ext. 4632

* Puntos donde la SDS tiene atención.

Referencias

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2008). *Decreto 345, por el cual se reglamenta el Proyecto Gratuidad en Salud del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito 2008 - 2012 "Bogotá positiva para vivir mejor", adoptado mediante el Acuerdo Distrital 308 de 2008" del Distrito*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=33164>

Congreso de Colombia. (1993). *Ley 100, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma>

Congreso de Colombia. (1997). *Ley 387, por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y esta estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=340>

Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

Congreso de Colombia. (2001). *Ley 691, mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4454>

Congreso de Colombia. (2007). *Ley 1122, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>

Congreso de Colombia. (2008). *Ley 1257, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34054>

Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1450, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=43101>

Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad>

Concejo de Bogotá. (2008). *Acuerdo 308, por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D.C., 2008-2012 “Bogotá positiva: para vivir mejor”*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30681>

Ministerio de la Protección Social. (2011). *Resolución 3778, por la cual se establecen los puntos de corte del Sisbén Metodología III y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=43928>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1895 de 2013, Por la cual se asignan recursos para la financiación de las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia, de que tratan los literales a) y b) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, para la vigencia fiscal 2013*. Recuperado de http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1895_2013.htm

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 5857 de 2018, por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC-*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5450

Organización Mundial de la Salud (OMS). (22 de julio de 1946). *Constitución*. Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (2013). *Decreto 1828, por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 1607 de 2012*. Recuperado de http://www.dian.gov.co/descargas/normatividad/2013/Decretos/Decreto_1828_27_Agosto_2013.pdf

Presidencia de la República de Colombia. (2010). *Decreto 2957, por el cual se expide un marco normativo para la protección integral de los derechos del grupo étnico Rom o Gitano*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=40124>

Presidencia de la República de Colombia. (2016). *Decreto 780, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65994>