Ruta Integral de Atención
en Salud y de Rehabilitación Funcional
para Víctimas de MAP/MUSE

Ruta Integral de Atención en Salud y de Rehabilitación Funcional para Víctimas de MAP/MUSE

El Comité de Rehabilitación
Colombia
2016

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

JUAN PABLO CORREDOR PONGUTÁ
Jefe Oficina Promoción Social

Ruta Integral de Atención en Salud y de Rehabilitación Funcional para Víctimas de MAP/MUSE

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL:

JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE / Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
ÁLVARO ROJAS FUENTES / Dirección de la Administración de Fondos de la Protección Social
FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO / Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud
FERNANDO RAMIREZ CAMPOS / Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud
LUIS FERNANDO CORREA SERNA / Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (USAID)

PETER NATIELLO / Director Misión en Colombia
JOHN ALLELO / Director de la Oficina de Poblaciones Vulnerables
ANGELA SUÁREZ / Gerente del Programa de Fortalecimiento Institucional para las Víctimas

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM)

ALEJANDRO GUIDI / Jefe de Misión Colombia
KATHLEEN KERR / Jefe de Misión Adjunta
FERNANDO CALADO / Director de Programas
CAMILO LEGUÍZAMO / Coordinador de Programa de Fortalecimiento Institucional para las Víctimas
OLGA REBOLLEDO / Gerente de Rehabilitación
YENNY ALVARADO / Especialista en Rehabilitación Física

EQUIPO TÉCNICO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CLEMENCIA NIETO ALZATE / Coordinadora Grupo de Gestión en Discapacidad-Oficina de Promoción Social
ALEJANDRO CEPEDA PÉREZ / Coordinador Grupo de Asistencia y Reparación a Víctimas del Conflicto Armado
CLAUDIA SUSANA CASTAÑO GONZÁLEZ / Referente, Oficina de Promoción Social
DIANA MARCELA SÁNCHEZ ALARCÓN / Referente, Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres
DIEGO MAURICIO MARTHAN VARGAS / Referente, Subdirección Operación del Aseguramiento en Salud
GIANNA HENRÍQUEZ MENDOZA / Referente, Grupo de Asistencia y Reparación a Víctimas del Conflicto Armado
LIGIA ANDREA FLÓREZ CUBILLOS / Referente, Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social
LIGIA PATRICIA REYES SARMIENTO / Referente, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
MARCELA SANTOS NAVAS / Referente, Oficina de Promoción Social
MARÍA DEL CARMEN COUTIN CASTRO / Referente, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
MARLENY MONTENEGRO GUERRERO / Referente, Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud
SANDRA EUGENIA GALLEGO MEJÍA / Referente, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

DIRECCIÓN PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL

LUCY JOHANA SALGADO SÁNCHEZ / Asesora Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM)

YENNY MARITZA ALVARADO ROJAS / Especialista en Rehabilitación Física Programa de Fortalecimiento Institucional para las Víctimas

EL COMITÉ DE REHABILITACIÓN

ZORAIDA RÍOS OSORIO / Líder de Proyectos y Rehabilitación Comunitaria
ALEJANDRA MARÍA BOTERO ZAPATA / Profesional en salud
CLAUDIA YANNETH MURCIA BRAVO / Profesional en rehabilitación

Ruta de Atención Integral en Salud y de Rehabilitación Funcional para Víctimas de MAP/MUSE
©Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
Bogotá, 2016
1.ª edición: abril de 2016

El Comité de Rehabilitación
Cra. 50A n.º 63-108, Medellín
Conmutador: (4) 3202160
Página web: http://www.elcomite.org.co/

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
Cra. 14 n.º 93B-46, Bogotá
Conmutador: (1) 6397777
Página web: http://www.oim.org.co/

Diseño, diagramación e Ilustración
Luisa Fernanda Castillo Henao

Depósito legal hecho
ISBN: 978-958-8909-53-0
Impreso por Dígitos y Diseños, calle 11 n.º 28-81 http://www.digitosydisenos.com

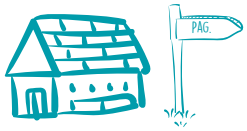
Impreso en Colombia.

Aviso legal y reserva de derechos:
Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación para fines educativos u otros fines no comerciales, siempre que se cite la fuente.

Esta cartilla contó con el apoyo de un equipo técnico conformado por referentes del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal.

Esta publicación fue posible gracias al apoyo del Gobierno de los Estados Unidos de América a través de su Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID). Sus contenidos son responsabilidad de sus autores y no necesariamente reflejan las opiniones de Usaid, del Gobierno de los Estados Unidos de América o de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

CONTENIDO



INTRODUCCIÓN 1

1 Actores claves 4

2 Ruta Integral de Atención en Salud y de Rehabilitación Funcional para Víctimas de MAP/MUSE 5

- Etapa 1. Atención prehospitalaria 7
- Etapa 2. Atención de urgencias 9
- Etapa 3. Atención hospitalaria 11
- Etapa 4. Rehabilitación funcional 14
- Etapa 5. Rehabilitación integral-inclusión 20

3 Atención integral en salud 21

4 Acciones diferenciales para niños, niñas y adolescentes 23

5 Consideraciones generales 24

6 Recomendaciones para familiares de víctimas fallecidas 25

6 ANEXOS

Anexo 1. Inscripción en el Registro Único de Víctimas (RUV) 27

Anexo 2. Solicitud de indemnización por muerte y gastos funerarios. Decreto 056/2015 28

Anexo 3. Financiamiento y pago de la atención en salud para víctimas de MAP/MUSE 29

Anexo 4. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud 31

Anexo 5. Solicitud de la ayuda humanitaria a la Unidad para las Víctimas 32

Anexo 6. Información requerida en la historia clínica 33

Anexo 7. Indemnización por vía administrativa 34

Anexo 8. Provisión de tecnologías ortopédicas externas (prótesis-órtesis u otras ayudas técnicas) 36

Anexo 9. Provisión de dispositivos médicos sobre medida de ayuda auditiva, visual, oral y otras ayudas técnicas 38

Anexo 10. Víctimas de MAP/MUSE con discapacidad 39

Anexo 11. Indemnización por lesiones que causen incapacidad permanente. Decreto 056/2015 41

- Referencias bibliográficas 42
- Normograma actualizado 44
- Glosario 49
- Glosario de siglas y acrónimos 55
- Directorio telefónico nacional 56
- Directorio telefónico territorial 57

Introducción

Esta cartilla es el fruto del proyecto 'Revisión y fortalecimiento de la Ruta de Atención Integral en Salud y Rehabilitación Funcional para las Víctimas de Minas Antipersonal (MAP) y Municiones Sin Explotar (MUSE), en el marco del Sistema General de Seguridad Social en salud, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (Papsivi) y la política de atención integral a víctimas'. Este proceso fue desarrollado por El Comité de Rehabilitación en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), y fue financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (Usaid), a través de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Para la elaboración de esta publicación fue un insumo primordial la Ley 1448 de 2011 y sus decretos reglamentarios. Asimismo, se efectuó la revisión de la legislación existente en el marco del Sistema de Salud colombiano, los lineamientos propuestos en el Papsivi y la Política Pública de Discapacidad. En tal sentido, se tuvo en cuenta la identificación de las principales barreras que presentan las víctimas de MAP/MUSE para acceder a los servicios de atención integral en salud y rehabilitación funcional, las cuales fueron referidas por ellas y por los funcionarios públicos y el personal del área de salud y rehabilitación.

La metodología implementada para el proceso de construcción de esta cartilla estuvo basada en el desarrollo de mesas de trabajo con un comité técnico en el que participaron las diferentes dependencias del MSPS, proceso complementado con el resultado de entrevistas individuales con actores claves, entre ellos integrantes de la Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal y de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Esta cartilla es una herramienta para guiar a los servidores públicos y al personal del área de la salud en las acciones que se requieren desde la activación de la ruta de atención a las víctimas de MAP/MUSE hasta llegar

al desarrollo de procesos de inclusión. También permite obtener elementos para orientar a las víctimas, sus familiares y la comunidad en general frente a las acciones que se deben implementar en las diferentes etapas de la ruta.

Asimismo, incluye orientaciones en varios frentes, como la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); el financiamiento y pago de la atención en salud; el reconocimiento de gastos de transporte, la ayuda humanitaria e indemnización por vía administrativa o lesiones que causen incapacidad o muerte; la inscripción en el Registro Único de Víctimas y el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) y los directorios (nacional y territorial), los cuales posibilitan acceder a las entidades competentes durante las diferentes etapas de la ruta de atención en salud y rehabilitación.

En esta publicación se explica la ruta de atención en salud y rehabilitación en cada una de sus cinco (5) etapas e incluye definiciones de conceptos claves, así como los actores responsables de los procesos y otras notas de interés relacionadas con el tema.

Las primeras tres etapas que componen la ruta se describen de manera secuencial y cronológica; la cuarta etapa (rehabilitación funcional) no responde a dicha cronología en su implementación cotidiana, dado que la rehabilitación funcional es un proceso que requiere proyectarse desde las primeras etapas de atención, de manera que las acciones que se efectúan en estas faciliten el posterior proceso de rehabilitación e inclusión de la víctima. Con cierta frecuencia se inician las intervenciones terapéuticas de rehabilitación desde la etapa de atención hospitalaria; sin embargo, los pasos descritos en la etapa de rehabilitación funcional de la presente cartilla están referidos a las acciones requeridas posteriores al egreso de la hospitalización.

Cada una de las etapas de la ruta descrita en la presente edición incluye un esquema con los pasos para desarrollar y unas recomendaciones o aspectos para tener en cuenta como parte de la etapa específica que se aborda. Algunos de los puntos descritos remiten a procedimientos precisos, los cuales son incorporados como anexos.

La primera etapa, denominada 'Atención prehospitalaria', contiene la orientación acerca de las instancias que se deben contactar para coordinar el rescate y evacuación de la víctima, la información que debe darse y quién será el responsable del pago del traslado, así como el proceso que debe efectuar para el mismo. También se describen las indicaciones para tener en cuenta en caso de que la víctima no sobreviva.

En la segunda etapa, denominada 'Atención de urgencias', se halla información acerca de dónde debe ser atendida la víctima en el momento de la urgencia y qué hacer en caso que le sea negada la atención. De forma similar, brinda orientación acerca de los trámites administrativos que deben efectuar los prestadores del servicio de salud cuando atiendan a una víctima de MAP/MUSE.

En la tercera etapa, correspondiente a la 'Atención hospitalaria', esta cartilla indica qué servicios se les debe prestar a las víctimas por el hecho de tener esta condición, qué hacer en caso de requerir referencia a un hospital o clínica de mayor nivel de complejidad y quién será el responsable del pago de las atenciones en salud.

En la cuarta etapa, llamada 'Rehabilitación funcional', se incluye información acerca del desarrollo del proceso de habilidades para ser promovidas con la víctima a través de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), la atención psicosocial, las tecnologías ortopédicas externas, los dispositivos médicos sobre medida y el procedimiento que se debe llevar a cabo para su acceso.

En la quinta etapa, denominada 'Rehabilitación integral-inclusión', se enuncian los demás procesos para ser desarrollados y lograr la inclusión de las víctimas de MAP/MUSE.

En el apartado 'Atención integral en salud', se hace referencia a las características que se deben garantizar de manera transversal en todas

las etapas de la ruta, cumpliendo con los atributos de la atención en salud. Allí se retoman aquellos procedimientos que son importantes para asegurar que esta se brinde de manera continua, independientemente de si la víctima cambia de lugar de residencia, (municipio/departamento/distrito) o el tipo de afiliación que presente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Luego de la descripción de las etapas de la ruta de atención, se incluyen generalidades relacionadas con los casos en los cuales la víctima es un niño, niña o adolescente y otras recomendaciones dirigidas a los familiares para tener en cuenta cuando la persona no sobrevive.

Al final de la cartilla se encuentran los anexos, que incorporan aquellos procesos que son relevantes para la atención, tales como: la afiliación a salud, la inscripción en el Registro Único de Víctimas y en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), entre otros. Asimismo, se explica qué hacer para proceder con la reclamación de la indemnización, bien sea por incapacidad temporal o permanente (discapacidad) y finalmente se incluye un normograma actualizado que permite el conocimiento de artículos específicos que sustentan algunos de los procesos y en esta medida aportan en la reclamación de derechos.

Con todo lo anterior, se espera brindar una herramienta de utilidad para el personal de salud y rehabilitación y los diferentes agentes gubernamentales y no gubernamentales que sirva para facilitar el acceso a los servicios, mejorar las condiciones de salud, el bienestar y la inclusión de las personas con discapacidad que han sido víctimas de MAP/MUSE en Colombia.

1

Actores claves involucrados en la ruta

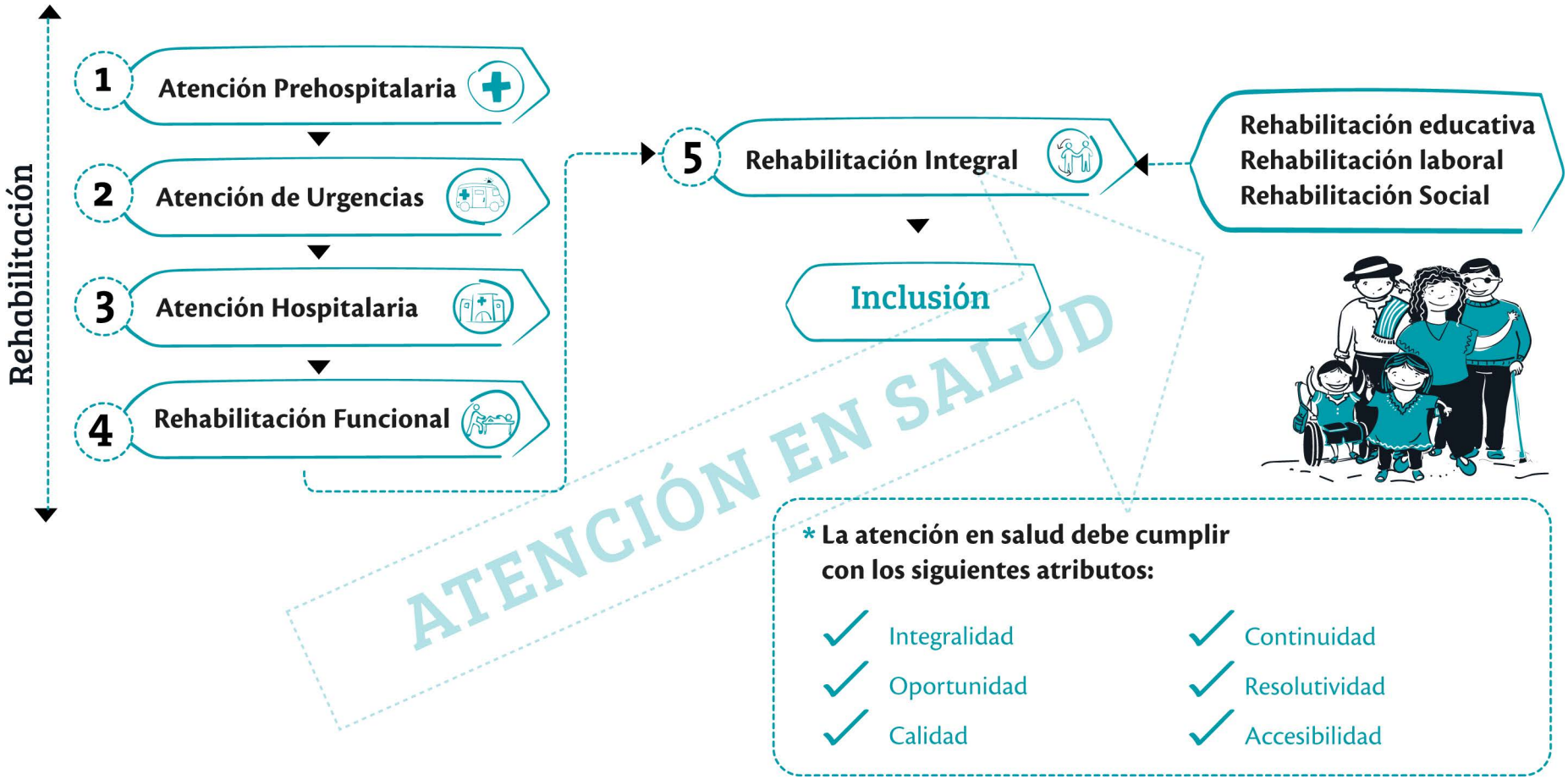
Para una mejor comprensión de las competencias para el acceso a la ruta integral de atención en salud y de rehabilitación funcional, en este apartado se incluyen los principales actores de la ruta, los cuales se encuentran representados por una imagen que permite identificar las responsabilidades (de cada actor) en el proceso de atención a las víctimas de MAP/MUSE.

2

Ruta Integral de Atención en Salud de Rehabilitación Funcional para Víctimas de MAP/MUSE

El proceso de atención en salud y rehabilitación para víctimas de MAP/MUSE* se compone de cinco (5) etapas, cada una de ellas integrada por una variedad de pasos los cuales conforman en su conjunto la ruta integral de atención en salud y de rehabilitación para víctimas de MAP/MUSE.

La Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) y de Rehabilitación funcional (RF) comparte las estructuras de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en sus aspectos estratégicos, como son la Atención primaria en salud, con enfoque familiar y comunitario, la gestión integral del Riesgo a cargo de la EAPB, el autocuidado y el enfoque poblacional y diferencial, en el marco de la atención en Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RISS), dentro de sus dos componentes, el componente primario y el componente complementario.



Ruta Integral de Atención en Salud y de Rehabilitación Funcional para Víctimas de MAP/MUSE

Las tres (3) primeras etapas de la ruta se describen de manera secuencial y cronológica; la cuarta etapa (rehabilitación funcional) no responde a dicha cronología en su implementación cotidiana, dado que la rehabilitación funcional es un proceso que requiere proyectarse desde las primeras etapas de atención, de manera que las acciones que se efectúan en estas faciliten el posterior proceso de rehabilitación e inclusión de la víctima.

Cada una de las etapas se encuentra transversalizada por los atributos de la atención en salud, definidos como:

- Calidad: el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia[1].

- Continuidad: las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido súbitamente por razones administrativas o económicas antes de la recuperación o estabilización del paciente[2].

- Integralidad: los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

  En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada[3].

- Oportunidad: es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud[4].

- Resolutividad: es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona[5].

- Accesibilidad: Son los servicios y tecnologías de salud que deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información[6].

[1] Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, artículo 153.
[2] Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015 (Colombia, 16 de febrero de 2015), articulo 6.
[3] Congreso de Colombia. Ley 1751, articulo 8.
[4] Congreso de Colombia. Ley 1751, articulo 6.
[5] Adoptado Servicio de Salud del MAULE, Chile.
[6] Congreso de la República. Ley 1751 de 2015, artículo 6 Literal c.

Etapa 1
Atención prehospitalaria

Esta etapa incluye las actividades que se implementan en el sitio de ocurrencia del evento y durante el traslado de la persona hasta su admisión en una Institución prestadora de servicios de salud. Acciones que se llevan a cabo con el fin de preservar la vida, disminuir complicaciones y riesgos que puedan generar discapacidad o muerte.

Pasos a desarrollar en esta etapa:

SI → **Primeros Auxilios** → **Rescate y evacuación** → **Transporte**

NO → Levantamiento del cadáver (en caso de fallecimiento en el lugar del accidente) y certificado de defunción → **Declaración del hecho victimizante** → Inscripción en el Registro Único de Víctimas (RUV) (ver anexo1) → Solicitud de indemnización por muerte y gastos funerarios (Dec.056/2015)

(Ver anexo 2: Solicitud de indemnización por muerte)

Reporte del evento a:

- **Linea 123**
- Centro Regulador de Urgencias y Emergencias -CRUE-
- Centro de Salud/Hospital Local en caso de que sea un nino, niña o adolescente (NNA), se deberá informar al defensor de familia/ICBF o comisario
- Dirección para la Acción Integral Contra Minas Antipersonal

PARA TENER EN CUENTA

Al momento de presentarse un accidente por MAP/MUSE, es importante establecer comunicación con:

- El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) o
- El hospital local o
- El número único de emergencias 123

La comunidad debe contar con el directorio de las autoridades locales competentes con las que se puede comunicar en caso de emergencias. Al final de esta publicación se encuentra un directorio telefónico para ser completado por los usuarios de la cartilla, con los datos de contacto suministrados por la Entidad Territorial.

Al reportar la emergencia es importante procurar dar la información lo más clara posible acerca del sitio de la ocurrencia, los datos completos (nombre, número de cédula y localización) de quién sufrió el accidente y de quién está realizando la llamada.

En ocasiones, por cuestiones del terreno o de seguridad, no es posible que la ambulancia llegue hasta el sitio del accidente. Sin embargo, cuando esto suceda, la persona con quien se establezca comunicación telefónica brindará los apoyos requeridos para coordinar la ambulancia hasta donde sea posible recoger a la víctima.

Es importante conocer que el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), o quien haga sus veces, reconoce (a través de la subcuenta ECAT) el gasto de transporte efectuado para la movilización de la víctima de MAP/MUSE desde el lugar de ocurrencia del evento hasta el sitio de la primera atención (centro asistencial).[7]

El reconocimiento se realiza a la persona o entidad que haya prestado dicho servicio de transporte y corresponde a un valor de hasta diez (10) Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes (SMLDV) al momento del acaecimiento del accidente. El plazo para efectuar la reclamación es de tres años.[8]

Los requisitos para realizar la reclamación son:

- Formulario suscrito por la persona designada por la Institución
- Prestadora de Servicios de Salud, para el trámite de admisiones.
- Copia de la cédula de ciudadanía del reclamante.
- Cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia, se requiere copia de la factura.

Diligenciados los requisitos, deben ser presentados únicamente ante la sede de la Unión Temporal Nuevo FOSYGA ubicada en la calle 32 n.º 13-07 de Bogotá D. C.

En caso de requerir mayor información consulte el link: http://fosyga.gov.co/Tr%C3%A1mites/ProcesosyProcedimientos/ECAT/ECATReclamacionesNuevas/tabid/323/Default.aspx o puede comunicarse con la firma auditora de recobros y reclamaciones ECAT Unión Temporal Fosyga 2014 (ver datos en el directorio nacional al final de la cartilla).

[7] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 056 de 2015 (Colombia, Diario Oficial n.º 49.394 de 14 de enero de 2015), artículo 19.
[8] Congreso de la República. Ley 1753 de 2015 (Colombia, Diario Oficial n.º 49.538 de 9 de junio de 2015), artículo 73.

Etapa 2
Atención de urgencias

La víctima tiene derecho a acceder a la atención de urgencias de manera inmediata, con independencia de la capacidad socioeconómica y sin exigir condición previa para su admisión en las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas[9].

Pasos a desarrollar en esta etapa:

Triage

Atención de urgencias y estabilización

Reporte de valoración de todos los órganos y sistemas

Verificación de derechos (**Ver anexo 3:** Ruta de financiación para atención en salud a víctimas del conflicto armado interno)

¿Requiere ser referenciado a otro nivel de atención?

NO → **Etapa Hospitalaria**

SI → **Coordinación**

EAPB para que determine la atención a través de su red integral de prestadores (en el caso de afiliados a sistema de salud)

Entidad Territorial de Salud municipal para que coordine la atención a través de su red integral de prestadores (en el caso de no afiliados a salud)

Con orientación y apoyo de la IPS, la persona víctima (o su familia, según la situación) debe gestionar:

- ✓ Afiliación ante la Entidad Territorial de Salud, en caso de no estar afiliado (ver anexo 4: Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud)
- ✓ Declaración del hecho victimizante ante el Ministerio Público (ver anexo 1: Inscripción en el Registro Único de Víctimas (RUV))

Resposabilidad de la IPS

- ✓ La IPS reporta el evento diligenciando la ficha SIVIGILA No. 452

[9] Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Ley 1448 de 2011. (Colombia, Diario Oficial 48.096 de junio 10 de 2011), artículo 47, parágrafo 2 y artículo 53.

PARA TENER EN CUENTA

La atención de urgencias se debe garantizar en cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) del territorio nacional y no necesita autorización previa de la EAPB o referencia.

La atención a la víctima debe realizarse en la Institución Prestadora de servicios de Salud (IPS) más cercana, independientemente de si se encuentra inscrita a una EAPB o no.

No podrá negarse la atención de urgencias a la víctima con el argumento de que no es una urgencia vital. Es importante obtener la valoración del médico en la cual se debe especificar la condición de víctima de MAP/MUSE.

La persona será valorada inicialmente por la atención de urgencias. Se le efectuará un examen físico completo con revisión detallada –entre otros– de oídos, ojos y boca[10].

En el caso que la víctima no esté inscrita en una EPS, se realizará la atención y se procederá a gestionar la afiliación con apoyo de la Entidad Territorial (ver anexo 4: Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Como el accidente por MAP/MUSE es de interés en salud pública, la IPS que realiza la atención deberá diligenciar el reporte de notificación obligatoria, ficha de Sivigila 452, para tener información más completa que ayude en un futuro a ajustar las políticas existentes.

En ningún caso se realizará cobro de copago o cuotas moderadoras a las víctimas atendidas[11]. Tampoco podrán exigirle fotocopias o autenticaciones de documentos.

Es responsabilidad del prestador de servicios de salud la atención oportuna a la víctima, lo que incluye la apropiada referencia cuando no cuenten con la tecnología necesaria para ello.

Las intervenciones realizadas por el personal de salud deben tener en cuenta los protocolos pertinentes, lo que posibilitará un adecuado proceso de recuperación y rehabilitación posterior.

Si la IPS niega la atención de urgencias sin posibilidad de una valoración posterior, la víctima debe solicitar el motivo de la negación por escrito. Este debe ser elaborado y firmado por la propia institución de salud.

Con la negación del servicio por escrito, la víctima puede interponer la queja ante la Superintendencia de Salud, la Secretaría de Salud, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría o la Personería.

[10] Ministerio de Salud. Ley 23 de 1981 (Colombia, Diario Oficial n.º 35.711, de 27 de febrero de 1981), artículo 1, parágrafo 2.
[11] Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 016 de 2014 (Colombia, Diario Oficial n.º 49.103 de 25 de marzo de 2014), numeral 7.

Etapa 3
Atención hospitalaria

Esta etapa está referida a las acciones de salud (médicas, quirúrgicas, de rehabilitación u otras) que se requieren llevar a cabo con la víctima de MAP/MUSE en una condición de hospitalización.

Pasos a desarrollar en esta etapa:

Atención con un enfoque psicosocial

- **Traslado a hospitalización**
- **Plan de atención integral (físico y mental)**
- **Servicios médicos y quirúrgicos**
- **Plan de egreso, seguimiento y manejo ambulatorio**

¿Requiere rehabilitación funcional?

- **SI** → Referencia para valoración por el equipo interdisciplinario
- **NO** → Autorización de ordenes ambulatorias y de seguimiento

¿Se encuentra afiliado a salud?

- **SI** → EAPB autoriza → Solicitud de cita en la IPS
- **NO** → La persona víctima o su familia, con apoyo de la IPS, debe solicitar afiliación a salud a través de la Entidad Territorial de Salud municipal o distrital

Es importante recordar:

- ✓ Autorización de servicios posteriores a la urgencia (por parte de la EAPB)
- ✓ Autorización de servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC (Por parte de la EAPB)
- ✓ Entrega de epicrisis, copia de la historia clínica y referencia para nuevas valoraciones requeridas por la víctima

Tener en cuenta

- Anexo 1: Inscripción en el RUV
- Anexo 4: Afiliación al SGSSS
- Anexo 5: Solicitud de la ayuda humanitaria a la unidad para las víctimas
- Anexo 6: Información requerida en la historia clínica
- Anexo 7: Indemnización por vía administrativa

Los servicios de salud que deben brindarse a las víctimas comprenden:[12]

- Atención de urgencias.
- Atenciones ambulatorias intramurales.
- Atenciones con internación.
- Suministro de dispositivos médicos y material médico-quirúrgico.
- Osteosíntesis, órtesis y prótesis.
- Suministro de medicamentos.
- Tratamientos y procedimientos quirúrgicos.
- Traslado asistencial de pacientes.
- Transplantes.
- Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Rehabilitación física.
- Rehabilitación mental.
- Rehabilitación sensorial.
- Rehabilitación bucal.
- Examen de VIH/sida y de enfermedades de transmisión sexual, en los casos en que la persona haya sido víctima de acceso carnal violento.
- Servicio de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la jurisprudencia de la Corte Constitucional y/o la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima.
- La atención para los derechos sexuales y reproductivos de las personas víctimas.

[12] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 056 de 2015, artículo 7. //Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Ley 1448, artículo 54.

En caso de requerir alguna ayuda diagnóstica, especialidad médica o servicio que no esté disponible en la institución de salud donde está siendo atendida la víctima, esta deberá ser remitida acorde a sus necesidades en salud.

Para la referencia médica, será la EAPB en la cual se encuentra afiliada la víctima o la Entidad Territorial de Salud municipal o distrital quien decida a qué institución de salud deberá ser trasladada, de acuerdo con la red integral de prestadores contratada.

En el caso que la víctima esté sin afiliación, el prestador del servicio de salud informará a la Entidad Territorial de Salud municipal o distrital para que proceda a adelantar los trámites de afiliación.

El traslado en ambulancia está reconocido en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Para el ingreso a la institución de salud que continuará prestando los servicios, la víctima o su familia deben llevar un resumen de la historia clínica[13], junto con los resultados de los exámenes practicados. Este resumen será entregado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) donde fue atendida la víctima inicialmente.

En caso de que la víctima requiera de alguna amputación, es importante que el médico tratante tenga en cuenta las características que esta debe cumplir para posibilitar la posterior adaptación de la prótesis cuando llegara a ser necesaria.

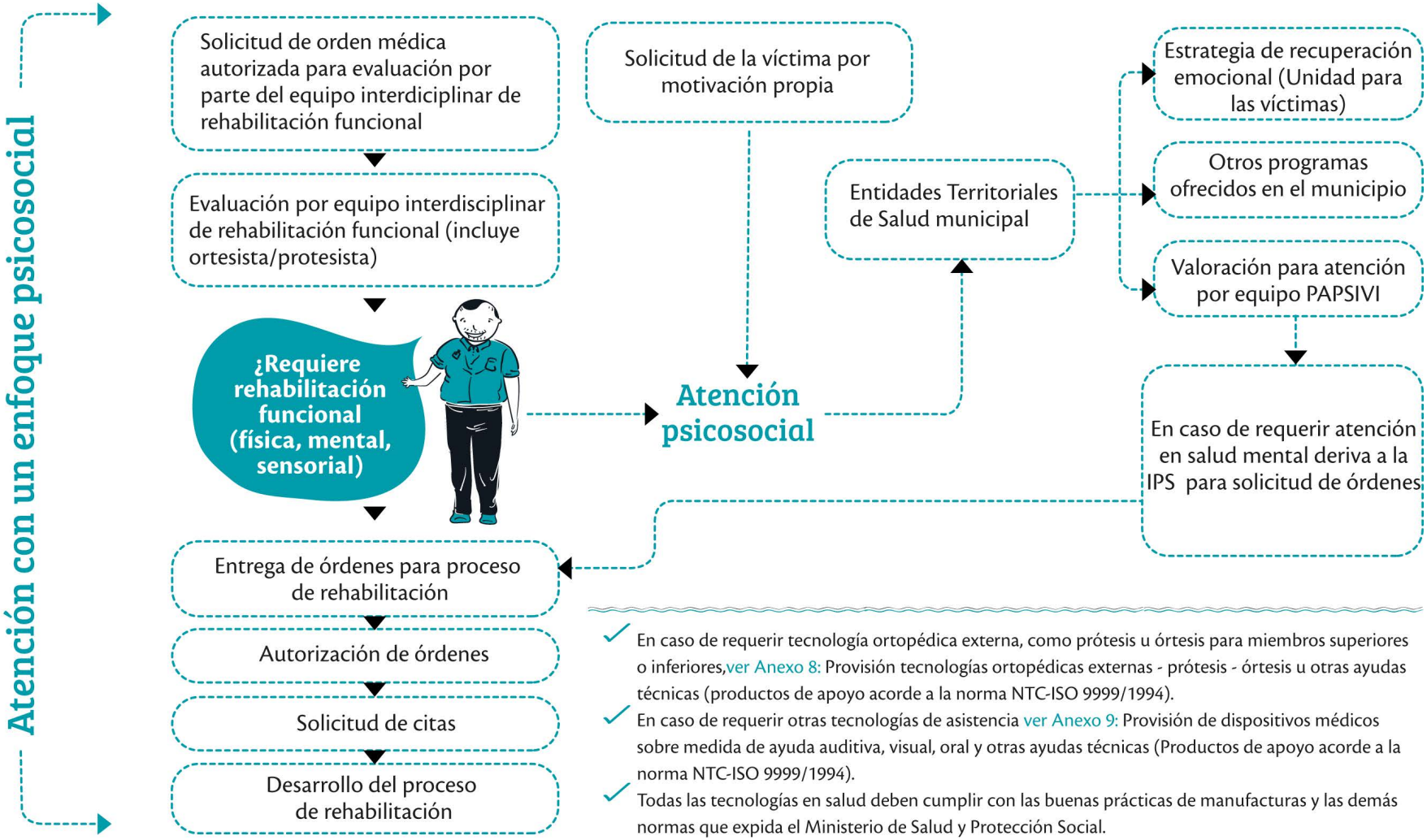
Dado el caso de que la víctima requiera rehabilitación posterior a la hospitalización, el médico tratante deberá entregar la orden para ser valorada por el equipo interdisciplinar de rehabilitación funcional. Esta orden –y las demás que entregue el médico tratante– deberán ser autorizadas por la EAPB.

[13] Ver anexo 6: Información requerida en la historia clínica.

Etapa 4
Rehabilitación funcional

Con cierta frecuencia se inician las intervenciones terapéuticas de rehabilitación desde la etapa de atención hospitalaria; sin embargo, los pasos descritos en esta etapa de rehabilitación funcional están referidos a las acciones requeridas posteriormente al egreso de la hospitalización. Para llevar a cabo tales acciones, se solicita la orden entregada en la etapa anterior por el médico tratante, donde se prescribe la evaluación por el equipo interdisciplinar de rehabilitación funcional. Orden que requiere ser autorizada por la EAPB.

Pasos a desarrollar en esta etapa:



- ✓ En caso de requerir tecnología ortopédica externa, como prótesis u órtesis para miembros superiores o inferiores, ver Anexo 8: Provisión tecnologías ortopédicas externas - prótesis - órtesis u otras ayudas técnicas (productos de apoyo acorde a la norma NTC-ISO 9999/1994).
- ✓ En caso de requerir otras tecnologías de asistencia ver Anexo 9: Provisión de dispositivos médicos sobre medida de ayuda auditiva, visual, oral y otras ayudas técnicas (Productos de apoyo acorde a la norma NTC-ISO 9999/1994).
- ✓ Todas las tecnologías en salud deben cumplir con las buenas prácticas de manufacturas y las demás normas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARA TENER EN CUENTA

En la etapa anterior, el médico tratante debió entregar la orden para valoración por el equipo interdisciplinar de rehabilitación funcional. Con esta orden autorizada se realiza la valoración referida, a través de la cual se determina el tipo de intervenciones y de órtesis, prótesis o ayudas técnicas (productos de apoyo) que podrá necesitar la víctima. Para acceder a los nuevos procesos requeridos, el médico tratante (líder del equipo interdisciplinar) entregará nuevas órdenes, tanto para las terapias como para las órtesis, prótesis, ayudas técnicas (productos de apoyo) o valoraciones por otros especialistas.

Las órdenes entregadas por el médico tratante posibilitarán que se desarrollen las acciones que requiere la víctima para mejorar su independencia y autonomía en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y su posterior inclusión al medio educativo, laboral y social según sea el caso.

La rehabilitación funcional se realizará sin el pago de cuotas moderadoras o copagos[14].

La víctima tiene derecho a un plan integral en salud, el cual debe garantizar, entre otros, la prestación del servicio, órtesis, prótesis y las ayudas técnicas (productos de apoyo) que requiera, independientemente de que se encuentren o no incluidas en el POS.

En caso de que la víctima sea un niño, niña o adolescente, un funcionario del ICBF estará contactando a la familia y personal que interviene en la atención, para iniciar el proceso de restablecimiento de derechos.

Es importante recordar la solicitud –al médico de la Institución Prestadora de Servicios de Salud– de la constancia de incapacidad médica para tramitar la ayuda humanitaria (ver anexo 5: Solicitud de la ayuda humanitaria a la Unidad para las Víctimas).
La constancia de incapacidad médica debe contener:

- ✓ Datos personales y de identificación de la víctima (quien estuvo incapacitada).
- ✓ El nombre de la institución que respalda el documento (no se aceptan constancias de incapacidad u otros documentos suscritos por médicos no autorizados por la EAPB).
- ✓ Nombre, firma y número de tarjeta profesional de quien expide el certificado de incapacidad médico o psicológico tratante.
- ✓ El periodo de incapacidad.
- ✓ El código diagnóstico relacionado con la incapacidad. (CIE vigente)

En caso de adquirir una discapacidad se deben llevar a cabo otros procedimientos, entre ellos:

- ✓ Solicitar a la Entidad Territorial de Salud de su municipio o distrito ser incluido en el RLCPD (ver anexo 10: Víctimas de MAP/MUSE con discapacidad).

[14] Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 016 de 2014, numeral 8.

- Realizar las gestiones para solicitar ante la Unidad para las Víctimas indemnización por vía administrativa (ver anexo 7), o ante el FOSYGA o quien haga sus veces, indemnización por lesiones que causen incapacidad permanente (ver anexo 11). Es de anotar que los requisitos solicitados por cada entidad son diferentes y que en cualquiera de los dos casos la Unidad para las Víctimas o el FOSYGA descontarán el monto de la indemnización que se haya aprobado la otra entidad.

  Para mayor información en relación con los trámites requeridos para la indemnización a través de la subcuenta ECAT del FOSYGA, visite el enlace:
  http://fosyga.gov.co/Tr%C3%A1mites/ProcesosyProcedimientos/ECAT/ECATReclamacionesNuevas/tabid/323/Default.aspx

La atención psicosocial es importante en este proceso de rehabilitación y para ello se han implementado una serie de programas que se desarrollan en diferentes instancias, según las particularidades de cada municipio.

Pregunte por la atención psicosocial en su IPS, en la Unidad para las Víctimas de su municipio y con la Entidad Territorial de Salud; entidades donde le ampliarán la información sobre los programas del municipio (Papsivi y otros).

Desarrollo del proceso de habilidades

En el marco de la ruta de rehabilitación funcional es fundamental el rol del equipo interdisciplinario, en el que, independientemente de cuál sea la condición de salud de las personas, toda la atención ofrecida debe cumplir con los estándares de calidad, oportunidad y pertinencia. Adicionalmente, se busca evitar el fraccionamiento de la atención y favorecer la integración a través de las redes de servicios de salud, permitiendo el desarrollo del sector y mejorando la accesibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en lo referente a las acciones de salud pública, promoción, habilitación y rehabilitación para la población con discapacidad.

De esta manera, el equipo interdisciplinario debe estar involucrado en la atención de las personas desde la identificación del caso hasta alcanzar los objetivos de funcionalidad propuestos con la persona con discapacidad y su familia, en las siguientes fases:

1. Evaluación inicial: necesidades y expectativas (planteamiento de Actividades de la Vida Diaria –AVD– potencial).

2. Definición de la intervención: por un equipo interdisciplinario.

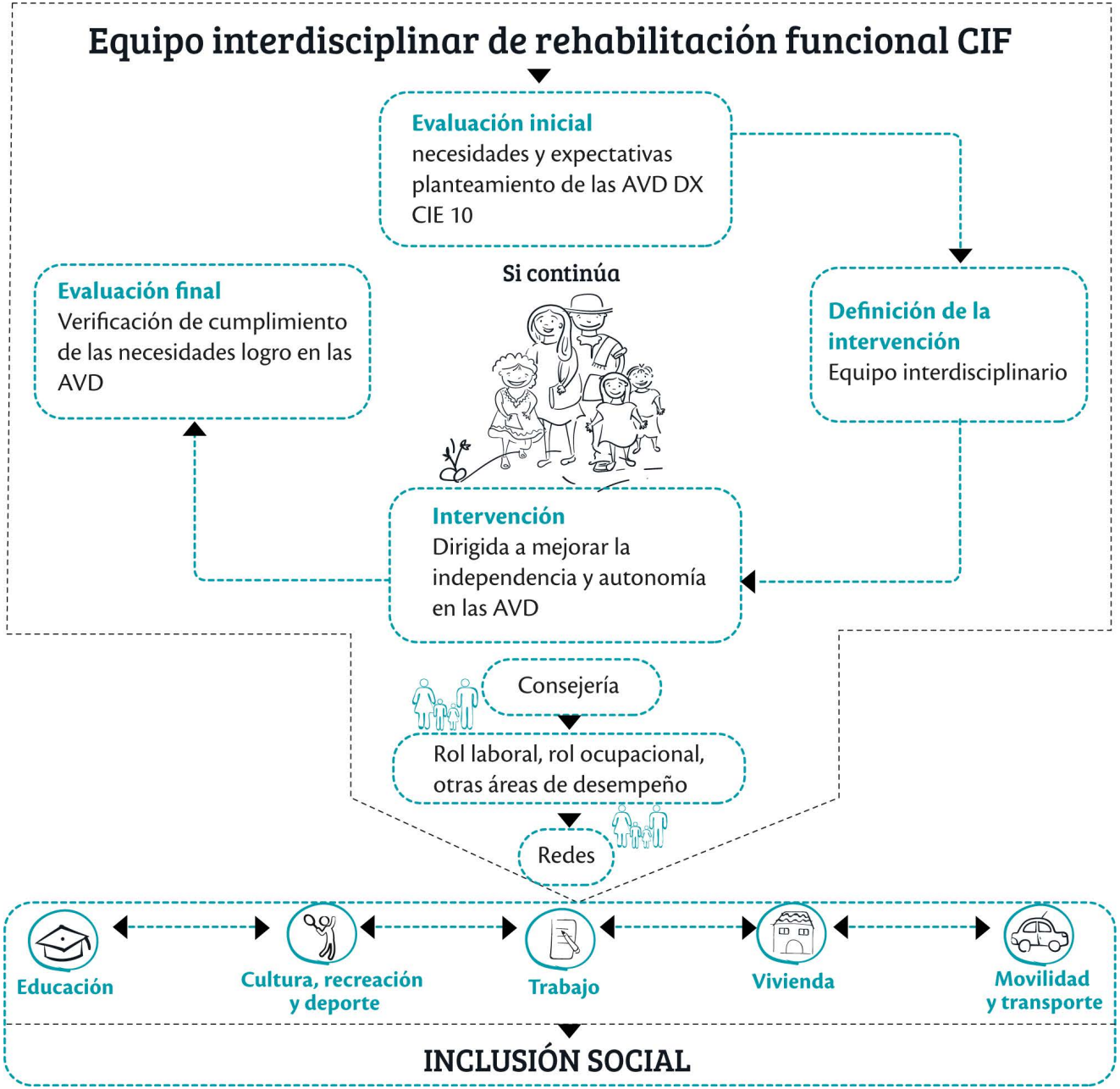
3. Intervención: dirigida a mejorar la independencia y autonomía en las AVD.

4. Evaluación final: del logro en independencia en las AVD, y se verifica el cumplimiento de sus necesidades y expectativas.

Todo esto implica el recorrido de la ruta que inician de acuerdo con la complejidad o necesidades de la persona quien demanda los servicios, acorde con su condición de salud a partir de los resultados de una evaluación funcional realizada por un equipo interdisciplinario, que se concentra en definir el diagnóstico funcional con base en las deficiencias, limitaciones, restricciones, potencialidades y expectativas de la persona con discapacidad y su familia. Tanto la definición de la intervención como la intervención en sí misma está acompañada por el equipo interdisciplinario que desde el enfoque biopsicosocial se conforma e interactúa con la persona con discapacidad y su familia de acuerdo con los resultados de la evaluación inicial. Tales equipos interdisciplinarios podrán actuar en los ámbitos hospitalario, ambulatorio, domiciliario, comunitario o a través de la telerrehabilitación/telemedicina. La ruta finaliza con las actividades de mantenimiento, así como de seguimiento domiciliario y en servicios ambulatorios que sean requeridos según el caso.

Finalmente, en el rol de consejería a la persona con discapacidad, su familia y personas cuidadoras, el equipo interdisciplinario de rehabilitación funcional garantizará que cada uno de esos actores sociales adquieran conocimientos y habilidades en el marco de los derechos, en torno a los roles laborales, ocupacionales, y de otras actividades del desempeño que garantizan la preparación de las personas para hacer el tránsito esperado hacia la inclusión social; igualmente, se pondrán a las personas con discapacidad, familias y personas cuidadoras en contacto con aquellas redes sociales del ámbito educativo, del trabajo, de cultura, recreación y deporte, y relativas al transporte y la movilidad, que en ese sentido faciliten el tránsito por la rehabilitación funcional a la rehabilitación integral con miras a la inclusión social.

El desarrollo del proceso de habilidades se efectúa a través de los siguientes pasos:



En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se encuentran incluidos:[15]

- Valoraciones por médicos especialistas.
- Evaluaciones e intervenciones por los diferentes profesionales de rehabilitación.
- Prótesis ortopédica interna (endoprótesis ortopédica), por ejemplo: implante coclear, lente intraocular, entre otros.
- Prótesis ortopédica externa (exoprótesis) para miembros inferiores y superiores, por ejemplo: prótesis y órtesis.
- El proceso protésico incluye adaptación y recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones físicas.
- Para personas víctimas que requieran psicoterapia ambulatoria, esta será hasta por sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual y hasta sesenta (60) terapias grupales familiares por parte del psicólogo y médico especialista durante el año.
- En caso de requerir atención con internación de salud mental, puede darse hasta por 180 días, continuos o discontinuos, por año. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad propia o de otros, la internación será durante el periodo que consideren necesario los profesionales tratantes.

Estos procesos terapéuticos se complementan con las atenciones en salud ya referidas en la etapa de atención hospitalaria.

[15] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592 de 2015.

Etapa 5
Rehabilitación integral*- inclusión

La rehabilitación integral es posible cuando, una vez superado el proceso de rehabilitación funcional, la persona se incorpora a su ámbito familiar, escolar, laboral y social y reedifica su proyecto de vida.

Pasos a desarrollar en esta etapa:

4 Rehabilitación funcional ▶ **5 Rehabilitación integral**

- Rehabilitación Educativa
- Rehabilitación Laboral
- Rehabilitación Social

▼

Inclusión

Ten en cuenta

✓ *En caso de requerir más información sobre los programas y proyectos que puedan facilitar el desarrollo de esta etapa, puede dirigirse a la Unidad para las Víctimas, los Comités Territoriales de Discapacidad y/o de Justicia Transicional de su municipio.*

*** La atención en salud debe cumplir con los siguientes atributos**

- ✓ Integralidad
- ✓ Oportunidad
- ✓ Calidad
- ✓ Continuidad
- ✓ Resolutividad
- ✓ Accesibilidad

3

Atención integral en salud

La atención integral en salud con sus atributos debe ser transversal a todas las etapas de la ruta de atención descrita. Uno de los atributos de tal atención está referido a la continuidad. En esta medida, la víctima podrá solicitar las atenciones acordes con sus necesidades.

Para mantener continuidad e integralidad en las atenciones en salud, es importante tener en cuenta los siguientes pasos:

- Atención ambulatoria (control y seguimiento de las secuelas)
- Derivación del equipo PAPSIVI
- Consulta externa para la valoración de nuevos síntomas relacionados con el evento
- Atención de urgencias sobrevinientes

→ Evaluación inicial

↓ Plan de atención integral

↓ Intervención dirigida a mejorar la salud, la independencia y la autonomía en las AVD

↓ Plan de egreso, manejo ambulatorio y citas de control

↓ Garantía de la atención en salud con sus diferentes atributos

La víctima acude a la Institución Prestadora de Servicios de Salud más cercana en caso de presentar requerimientos, complicaciones o cambio de prótesis u órtesis. Según la valoración que el médico realice, efectuará referencia para exámenes, tratamientos u otros especialistas que requiera.

Las entidades responsables del pago de servicios (EAPB) deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de autorización de servicios, tanto ambulatorios como hospitalarios, sin trasladar la responsabilidad del trámite de autorización al usuario o al acudiente[16].

Se recomienda a la víctima solicitar siempre copia de la historia clínica en los centros de salud, hospitales y/o centros de rehabilitación donde sean atendidas (ver el detalle de la información requerida en el anexo 6: Información requerida en la historia clínica).

El Ministerio de Salud enviará una solicitud a la Entidad Territorial de Salud, EPS e IPS con el fin de garantizar la atención integral en salud con enfoque psicosocial, teniendo en cuenta los lineamientos del PAPSIVI.

Es importante tener presente que la víctima tiene derecho a acceder nuevamente a servicios de asistencia en salud por hechos sobrevinientes relacionados con accidentes por MAP/MUSE[17]

[16] Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007 (Colombia, Diario Oficial 46.835 de diciembre 07 de 2007).
[17] Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Ley 1448 de 2011, artículo 59.

4

Acciones diferenciales para niños, niñas y adolescentes

Todos los niños, niñas y adolescentes víctimas de MAP/MUSE tendrán derecho a la reparación integral[18].

La atención en salud y rehabilitación funcional de las niñas, niños y adolescentes víctimas de MAP/MUSE se debe cumplir de acuerdo con la ruta anteriormente descrita y recordando lo siguiente:

- Los menores de 18 años podrán acceder de forma directa a la consulta especializada pediátrica, sin requerir referencia por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita[19].

- Ningún hospital, clínica, Centro de Salud y demás instituciones dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño o niña que requiera atención en salud[20].

- Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitos, sin importar el régimen de afiliación.

- Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores[21].

- El restablecimiento de derechos es responsabilidad del Estado en conjunto con las autoridades públicas, quienes tienen la obligación de informar, oficiar o conducir ante la policía, las defensorías de familia, las comisarías de familia o, en su defecto, los inspectores de policía o las personerías municipales o distritales, sobre los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en condiciones de riesgo o vulnerabilidad. Cuando esto ocurra, la autoridad competente deberá asegurarse de que el Sistema Nacional de Bienestar Familiar garantice su vinculación a los servicios sociales[22].

[18] Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Ley 1448 de 2011, artículo 189.
[19] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592 de 2015, artículo 10.
[20] Congreso de la República. Ley 1098 de 2006 (Colombia, Diario Oficial n.º 46.446 de 8 de noviembre de 2006), artículo 27.
[21] Congreso de la República. Ley 1098, artículo 27.
[22] Congreso de la República. Ley 1098, artículo 51.

5

Consideraciones generales

Es importante tener en cuenta que:

- En caso de cambio temporal de residencia, es pertinente hacer uso de la portabilidad en salud. Este proceso le posibilita la continuidad de las atenciones en salud, y rehabilitación en el sitio de residencia temporal.

- En caso de cambio de domicilio hacia otro departamento y/o municipio distinto de donde se tenía la inscripción a la EAPB, se debe solicitar traslado de la misma. Para ello, es necesario enviar la solicitud a la Institución Prestadora de Servicios de Salud a la que se **desea inscribir** la persona, la cual puede realizar a través de la página web de la entidad o personalmente en las oficinas de atención al público de la misma.

- Las personas afiliadas al Régimen Subsidiado que adquieran capacidad de pago y que estén en la obligación de afiliarse en el Régimen Contributivo podrán continuar inscritas a la misma EAPB y recibir los beneficios junto con su núcleo familiar, aplicando la movilidad en salud.

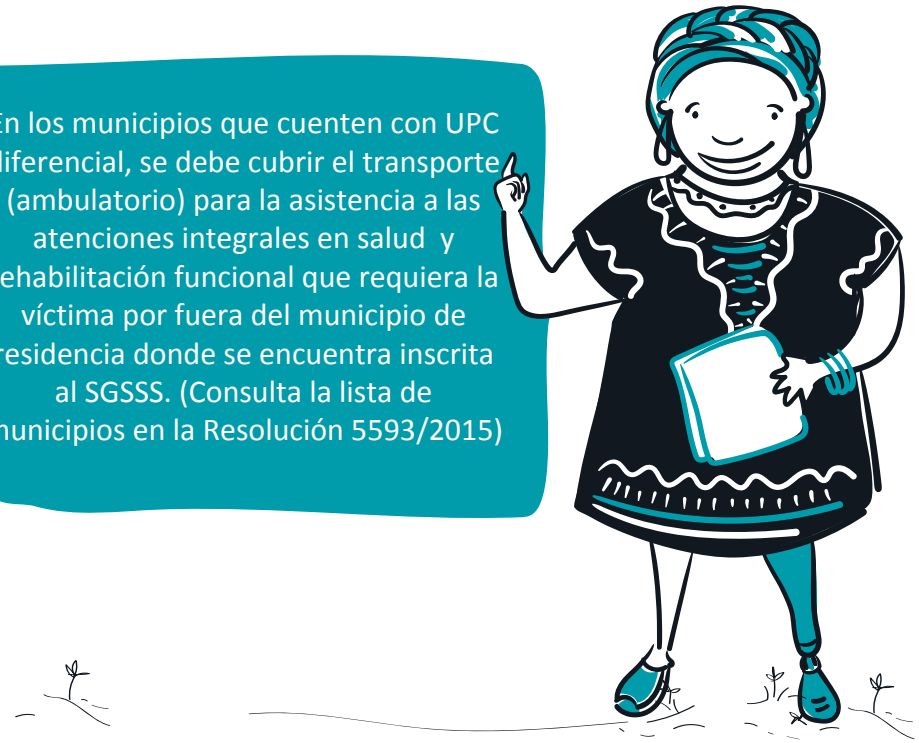
- En caso de cambio del Régimen Subsidiado al Contributivo, el afiliado debe solicitar a la EAPB la movilidad en salud con el fin de no perder la continuidad en la prestación del servicio.

- Lo anterior también aplica para quienes estando en el Régimen Contributivo pierden capacidad de pago y requieren afiliarse en el Régimen Subsidiado, siempre y cuando cumplan con las condiciones establecidas en el Decreto 3047 de 2013, de las personas focalizadas en los niveles 1 y 2 del Sisbén y poblaciones especiales de acuerdo con la Resolución 1236 de 2014.

- Las EAPB deberán pagar el transporte ambulatorio cuando la persona deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia para recibir los servicios del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y cuando existiendo estos en su municipio, la EAPB no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red integral de prestadores.

- La población indígena afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá cobertura de los hogares de paso y guías bilingües.

En los municipios que cuenten con UPC diferencial, se debe cubrir el transporte (ambulatorio) para la asistencia a las atenciones integrales en salud y rehabilitación funcional que requiera la víctima por fuera del municipio de residencia donde se encuentra inscrita al SGSSS. (Consulta la lista de municipios en la Resolución 5593/2015)



6

Recomendaciones para familiares de víctimas fallecidas

En ocasiones se presentan situaciones en las cuales la víctima de MAP/MUSE no sobrevive. En estos casos, es importante tener en cuenta:

Los familiares de la víctima que no cuenten con recursos para sufragar los gastos para el entierro tienen derecho a recibir, inmediatamente o en el menor tiempo, asistencia funeraria solicitándola a la Entidad Territorial municipal o distrital.

Cuando la víctima muere en un lugar diferente al que residía, los familiares tienen derecho a que los costos de la asistencia funeraria sean asumidos por partes iguales entre el municipio donde ocurrió el accidente y el municipio donde residía la víctima[23].

Los familiares tienen derecho a acceder a una indemnización individual por vía administrativa por homicidio hasta de 40 SMLMV, indemnización reconocida por la Unidad para las Víctimas[24] (ver anexo 7: Indemnización por vía administrativa); o pueden solicitar indemnización por muerte y gastos funerarios al FOSYGA o quien haga sus veces, la cual corresponde a 750 SMLDV[25] (ver anexo 2: Solicitud de indemnización por muerte).

En cualquiera de los dos casos, la Unidad para las Víctimas o el FOSYGA –o quien haga sus veces– descontarán el monto de la indemnización que se haya aprobado por la otra entidad.

Para mayor información en relación con los trámites requeridos para la indemnización por incapacidad permanente a través de la subcuenta ECAT del FOSYGA, visite el enlace http://fosyga.gov.co/tr%C3%A1mites/ProcesosyProcedimientos/ECAT/ ECATReclamacionesNuevas/tabid/323/Default.aspx

La persona familiar de la víctima fallecida tiene derecho a ser incluida en el Registro Único de Víctimas y acceder a todas las medidas de reparación.

Los familiares tienen derecho a acceder a capacitación en el manejo de recursos recibidos a título de indemnización, cuando esta se recibió por medio de la Unidad para las Víctimas.

"...Son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente"[26].

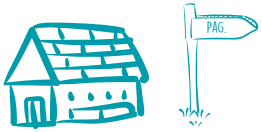
[23] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 4800 de 2011 (Colombia, Diario Oficial n.º 48.289 de 20 de diciembre de 2011), artículo 101.

[24] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 4800, artículo 149.

[25] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 056, artículo 17.

[26] Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Ley 1448, artículo 3.

ANEXOS



Anexo 1. Inscripción en el Registro Único de Víctimas (RUV)

Anexo 2. Solicitud de indemnización por muerte y gastos funerarios. Decreto 056/2015

Anexo 3. Financiamiento y pago de la atención en salud para víctimas de MAP/MUSE

Anexo 4. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Anexo 5. Solicitud de la ayuda humanitaria a la Unidad para las Víctimas

Anexo 6. Información requerida en la historia clínica

Anexo 7. Indemnización por vía administrativa

Anexo 8. Provisión de tecnologías ortopédicas externas (prótesis-órtesis u otras ayudas técnicas)

Anexo 9. Provisión de dispositivos médicos sobre medida de ayuda auditiva, visual, oral y otras ayudas técnicas

Anexo 10. Víctimas de MAP/MUSE con discapacidad

Anexo 11. Indemnización por lesiones que causen incapacidad permanente. Decreto 056/2015

Anexo 1

Inscripción en el Registro Único de Víctimas (RUV)

- La víctima debe presentarse ante una oficina del Ministerio Público (Personerías municipales, Defensorías regionales y Procuradurías provinciales o regionales) y contarle al funcionario que realice la atención, las circunstancias de tiempo, modo y lugar que originaron el accidente.

- Esta información será consignada en el Formato Único de Declaración que deberá llevar la firma y huella del solicitante y la firma del funcionario que realiza la atención.

- Una vez presentada la solicitud de registro ante el Ministerio Público, será remitida a la Unidad para las Víctimas, donde realizarán la verificación de la veracidad de los hechos y adoptarán una decisión en el sentido de otorgar o denegar el registro, en un término máximo de sesenta (60) días hábiles.

- La víctima debe asegurar el suministro de los datos de contacto (dirección y teléfonos) donde pueda ser ubicada fácilmente. Esto facilitará a la Unidad para las Víctimas mantenerla al tanto del acceso a los programas de atención, asistencia y reparación contemplados en la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras.

- Una vez reconocida como víctima, tendrá acceso a las medidas de atención, asistencia y reparación consagradas en la mencionada ley.[27]

[27] Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Ley 1448 de 2011.

Anexo 2

Solicitud de Indemnización por Muerte y gastos funerarios. Decreto 056/2015[28]

Otorgado mediante procedimiento de reclamación a la subcuenta ECAT del FOSYGA o quien haga sus veces. (Se realizará de acuerdo al Artículo 37 del presente Decreto el que lo modifique o sustituya).

La indemnización por muerte y gastos funerarios equivale a 750 SMLDV[29]

Requisitos:

- Formulario de reclamación debidamente diligenciado acorde con la reglamentación vigente (hasta tanto se designen nuevos formularios se diligencia el FURPEN).
- Epicrisis o resumen clínico de atención, en caso de que la persona haya sido atendida antes de su muerte (emanado por la Institución de Servicios de Salud donde fue atendida).
- Certificado (hasta tanto se designen nuevos formularios se diligencia el FURCEN) emitido por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, o quien se designe acorde a las modificaciones realizadas al decreto 056/2015, en el que conste que la persona atendida fue víctima de un evento terrorista.
- Registro Civil de Defunción de la víctima (entregado en registraduría), el Certificado de inspección técnica del cadáver (Medicina Legal, CTI, Fiscalía, Unidades Básicas de Investigación Criminal, SIJIN, Policía Judicial) o certificado emanado de la Fiscalía General de la Nación.
- Copia del Registro Civil de Matrimonio o certificado de notaría en el caso de compañero(a) permanente que hayan expresado su voluntad de formar una unión marital de hecho o sentencia judicial en donde se declare la unión marital de hecho.
- Copia de los registros civiles de nacimiento, cuando sean los hijos de la víctima los reclamantes o hagan parte de los mismos.
- Copia del registro civil de nacimiento de la víctima, cuando sean los padres de la víctima los reclamantes.
- Copia de los registros civiles de nacimiento de la víctima y de sus hermanos, cuando estos sean los reclamantes.
- Copia del documento de identificación de los reclamantes.
- Manifestación (ante notaría) en la que se indique si existen o no otros beneficiarios con igual o mayor derecho que los reclamantes para acceder a la indemnización.
- Sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador del menor(es) de edad

Para mayor información en relación a los trámites requeridos para la indemnización por muerte a través de la subcuenta ECAT del FOSYGA, visite el link http://fosyga.gov.co/tr%C3%A1mites/ProcesosyProcedimientos/ECAT/ECATReclamacionesNuevas/tabid/323/Default.aspx

[28] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 056 de 2015.
[29] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 056. artículo 19.

Anexo 3

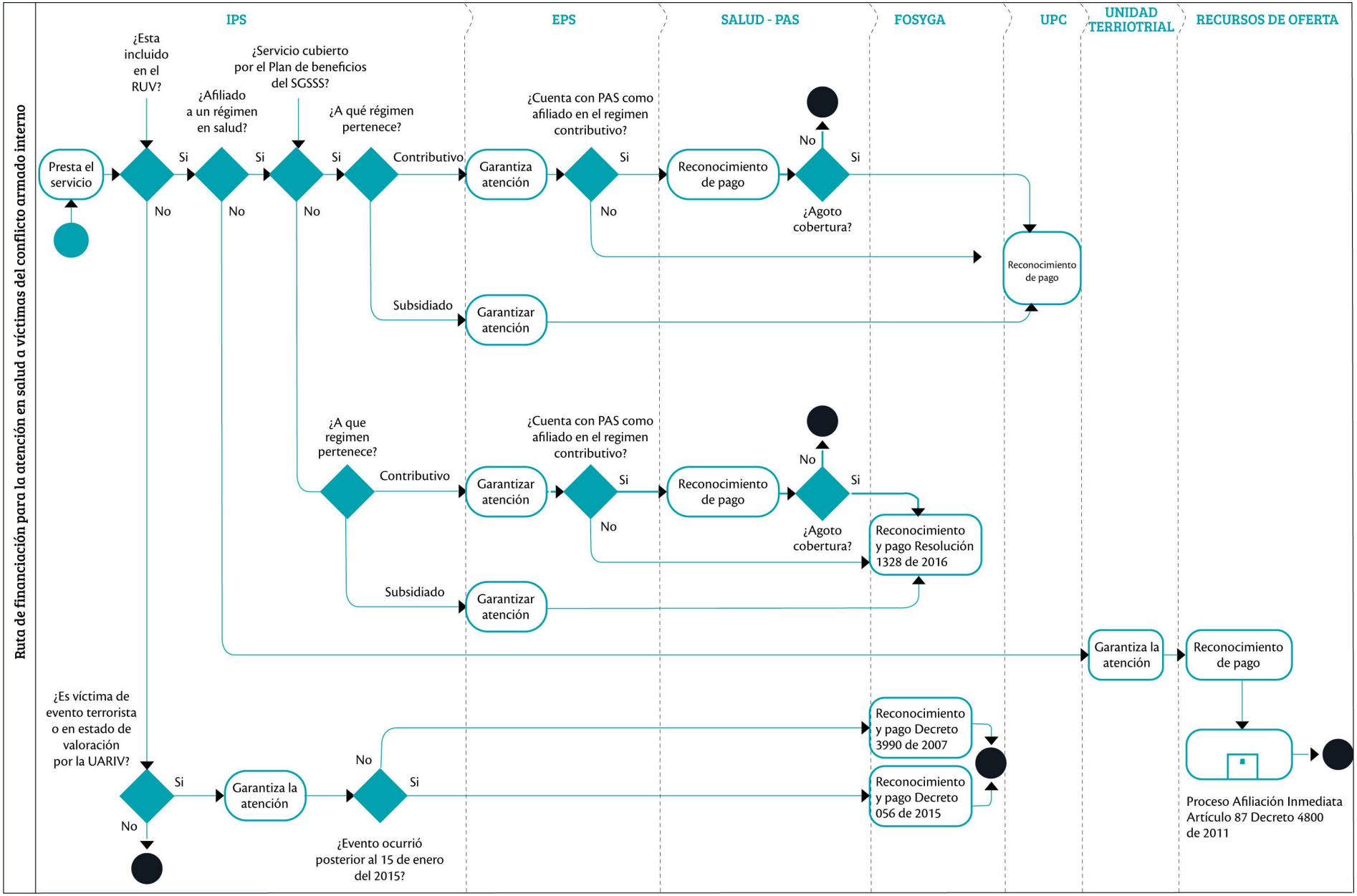
Financiamiento y pago de la atención en salud para víctimas de MAP/MUSE

- Se debe verificar si la víctima de MAP/MUSE ya se encuentra en el RUV.
- En caso de NO estar en el RUV, la IPS que atiende a la víctima deberá realizar la reclamación de acuerdo con lo establecido en el Decreto 056/2015, hasta tanto se incluya a la víctima en el RUV o se excedan los topes de cobertura establecidos, los cuales corresponden a 800 SMLDV desde el momento de la ocurrencia del evento[30].
- Al momento de sobrepasar el monto máximo de cobertura (800 SMLDV), la IPS solicita autorización a la EAPB a la que se encuentra afiliada la víctima o a la Entidad Territorial de Salud, para continuar con la atención o remitirla a una IPS de la red integral de prestadores de la EAPB.
- En caso de estar inscrito en el RUV, la atención debe garantizarse a través de la EPS a la cual se encuentra afiliada la víctima. En caso de que la víctima cuente con un plan adicional de salud que cubra las atenciones será este el que las reconozca. En el evento de que estas no estén cubiertas será remitida a su EPS para la atención[31].
- Dado el caso de estar inscrito en el RUV y no estar afiliado a una EPS, se realizan las atenciones con cargo a la Entidad Territorial y se debe proceder a la afiliación inmediata de la víctima.
- En caso de requerir una tecnología en salud no incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la víctima inscrita en el RUV, se realiza prescripción de acuerdo al criterio del médico tratante[32].

El siguiente esquema posibilita identificar la ruta de financiación para la atención en salud a víctimas del conflicto armado interno, según cada caso.

[30] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 056 de 2015, artículo 9, numeral 3.
[31] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 056, artículo 9.
[32] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1328 de 2016 (Colombia, Diario Oficial No.49.845 de 15 de abril de 2016) artículo 12.

Ruta de financiación para la atención en salud a víctimas del conflicto armado interno



Anexo 4

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

La siguiente información aplica para las víctimas que ya se encuentran incluidas en el RUV.

- Si aún no se ha aplicado (a la víctima y su familia) la encuesta Sisbén, se debe acudir al punto de atención (ubicado generalmente en la Alcaldía) con el documento de identidad -preferiblemente del jefe de hogar-, y un recibo de servicio público del lugar de residencia. Con estos documentos se solicita la aplicación de la encuesta.

- Para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, se debe estar identificado en los niveles 1 o 2 del Sisbén o hacer parte de poblaciones especiales como: desmovilizados, indígenas, niños en protección.

- La víctima o su familia debe dirigirse a la EPS de su elección, donde verificarán si cumple con los requisitos (puntaje 1 y 2 certificada por el DNP en página web).

- Si la víctima cumple con los requisitos, la EPS consulta en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) para identificar afiliación activa en otra EPS. En caso de que no figure, la persona diligencia el formulario de inscripción y lo radica ante la EPS de su elección, quien entregará la cartilla de deberes - derechos y carta de desempeño.

- En caso de que la víctima figure inscrita en el RUV, el Ministerio de Salud y Protección Social cruzará el RUV con la Base de Datos Única de Afiliados -o la que haga sus veces- y con la base de datos de los regímenes especiales. La población que se identifique como no afiliada, será reportada a la Entidad Territorial de Salud departamental o distrital de manera inmediata para que se proceda con la gestión para su inscripción a la EPS del Régimen Subsidiado, preservando la libre escogencia por parte de la víctima[33], siempre y cuando cumpla con las condiciones para ser beneficiaria de dicho régimen.

[33] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 4800 de 2011, artículo 87.

Anexo 5

Solicitud de la ayuda humanitaria a la Unidad para las Víctimas

Las Entidades Territoriales deben garantizar ayuda inmediata a las víctimas de hechos diferentes al desplazamiento forzado durante los últimos tres (3) meses, cuando estas se encuentren en situación de vulnerabilidad acentuada como consecuencia del hecho[34].

- La ayuda humanitaria debe cubrir los componentes de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimiento, utensilios de cocina, atención médica y psicológica de emergencias, transporte de emergencia y alojamiento transitorio.

- Las Entidades Territoriales deben suministrar esta ayuda a las víctimas que la requieran hasta por (1) mes. Este plazo puede ser prorrogado hasta por un mes adicional en los casos en que la vulnerabilidad derivada del hecho victimizante lo amerite.

- El monto para heridas leves que otorguen una incapacidad mínima de 30 días se otorgará por una (1) sola vez, por persona, hasta una suma máxima equivalente a dos (2) SMLMV al momento del pago. (Artículo 105, Decreto 4800/2011).

Documentos necesarios para reconocimiento de ayuda humanitaria para víctimas de afectación médica, psicológica y física que generen incapacidad mínima de treinta (30) días:

- Certificación o constancia médica expedida por la Institución Prestadora de Servicio de Salud que atendió la emergencia médica. Este documento debe contar con información clara y legible acerca de la víctima, diagnóstico relacionado con la afectación directa del hecho victimizante, tiempo de incapacidad otorgado y fecha de expedición. De igual forma, se debe identificar claramente el nombre del médico tratante y su número de tarjeta profesional o del funcionario responsable de la emisión de dicha certificación.

- En caso de no contar con la valoración médica, la víctima o su familia podrá entregar el informe, el certificado o la valoración realizada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía de la víctima (en caso de ser mayor de edad).

- En caso de que el afectado sea menor de edad, fotocopia de la cédula de ciudadanía del padre sobreviviente, o copia del acto administrativo o decisión judicial por medio del cual se establece la representación, cuidado o custodia del menor de edad, conforme las reglas del Código de Infancia y Adolescencia.

[34] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 4800 de 2011, artículo 102.

Anexo 6

Información requerida en la historia clínica

La historia clínica es un documento de importancia relevante durante el proceso que requieren las víctimas de MAP/MUSE dado que posibilita conocer las características que generaron la situación, las intervenciones realizadas y los procesos que se requieren realizar con la víctima. Adicionalmente permite validar información requerida de manera posterior, ya sea para el desarrollo de nuevos procesos de salud relacionados con el accidente (que pueden evidenciarse finalizadas las atenciones en las etapas de urgencias y hospitalaria) o de procesos administrativos como son el pago de incapacidad o de indemnización.

A partir de lo anterior es necesario que el resumen de la historia clínica que se entrega a la víctima cuente con los siguientes datos:

- Primer nombre y primer apellido de la persona atendida.
- Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.
- Edad y sexo de la persona atendida.
- Datos de contacto
- Servicio de ingreso.
- Fecha de atención.
- Motivo de consulta.
- Enfermedad actual (donde debe indicarse):
  - ✓ Condición evidenciada
  - ✓ La relación con el evento que originó la atención.
  - ✓ Interpretación médica del paraclínico facturado (en caso de la
- prestación de servicios de ayudas diagnósticas).
  Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó la atención.
- Antecedentes.
- Examen físico.
- Diagnóstico.
- Plan de tratamiento.
- Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.
- Cuando se hayan suministrado medicamentos, deberá indicarse presentación, dosificación, frecuencia y tiempo de tratamiento.

Anexo 7

Indemnización por vía administrativa (Se solicita a la Unidad para las Víctimas)

GENERALIDADES:

- A la víctima de lesiones físicas y/o sensoriales que causen discapacidad (incapacidad permanente) se les reconocerá 40 SMLMV sin recurrir a tablas de indemnización[35].

- A la víctima de lesiones físicas que causen incapacidad (no discapacidad) se les reconocerá indemnización de acuerdo con los días de incapacidad.

- La víctima deberá aportar copia de la incapacidad expedida por la EAPB o constancia de la incapacidad donde se incluya nombre, periodo de incapacidad y diagnóstico[36].

- No se admitirán certificaciones elaboradas por médicos no autorizados por la EAPB y deberá estar firmada con el número de la tarjeta profesional del médico o psicólogo que realice el diagnóstico.

- Una vez quede incluida en el RUV, un enlace de la Unidad para las Víctimas, contactará telefónicamente a la víctima y le informa que su reparación ha sido priorizada. Por eso la citará a una entrevista, en la que se le brindará la información acerca de las medidas de reparación integral a las que tiene derecho.

- Si la víctima recibió indemnización por muerte o incapacidad permanente por parte del FOSYGA- o quien haga sus veces- este valor será descontado del monto de la indemnización administrativa a que tenga derecho[37].

- En ese mismo momento se elabora el Plan de Atención Asistencia y Reparación Integral (PAARI) en su módulo de Reparación.

- Una vez elaborado el PAARI en su componente de reparación, se activa el acceso a las estrategias de acompañamiento de la Unidad para las Víctimas, como los talleres del Programa Indemnizaciones Transformadoras, la Estrategia de Recuperación Emocional, las acciones dignificantes y de satisfacción, entre otros. Para mayor información visite la página Guía de Trámites y Servicios en el link: http://www.unidadvictimas.gov.co/index.php/en/servicio-ciudadano/guia-de-tramites-y-servicios/1523-ruta-de-atencion-asistencia-y-reparacion-integral-individual

- Quienes adjunten documentos que evidencien enfermedades o trastornos de difícil pronóstico (descritos en el literal b, del Numeral 2, Artículo 6, Resolución 00848/2014), serán indemnizados con un monto máximo de 40 SMLMV.

[35] Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Resolución 00848 de 2014. Colombia, 30 de diciembre de 2014, artículo 4, numeral 1.
[36] Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Resolución 00848, artículo 4.
[37] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 4800 de 2011, artículo 154.

- A quienes adjunten documentos que evidencien enfermedades o trastornos cuyo pronóstico es favorable (descrito en el literal c del Numeral 2, Artículo 6, Resolución 00848/2014), pero que pueden repercutir en alguna de las áreas del funcionamiento, se les reconocerá indemnización por cuatro (4) SMLMV.

- A través de la Unidad para las Víctimas se reconocen hasta 30 SMLMV por lesiones que no causen incapacidad permanente.

- A través de la Unidad para las Víctimas se reconocen máximo 40 SMLMV.

Para reclamaciones -ante la Unidad para las Víctimas- relacionadas con discapacidad se debe presentar el certificado de discapacidad o en su defecto, un documento (certificación médica) que contenga:

- Diagnóstico médico o concepto psicológico emitido por la EAPB.

- El diagnóstico debe estar relacionado con la CIE vigente.

- Se debe describir el nivel de afectación, asociando esta a la funcionalidad de la persona y en relación con el diagnóstico clínico.

Anexo 8

Provisión de tecnologías ortopédicas externas (Prótesis - órtesis u otras ayudas técnicas)

En la provisión de tecnologías ortopédicas externas (prótesis - órtesis u otras ayudas técnicas) intervienen diferentes actores:

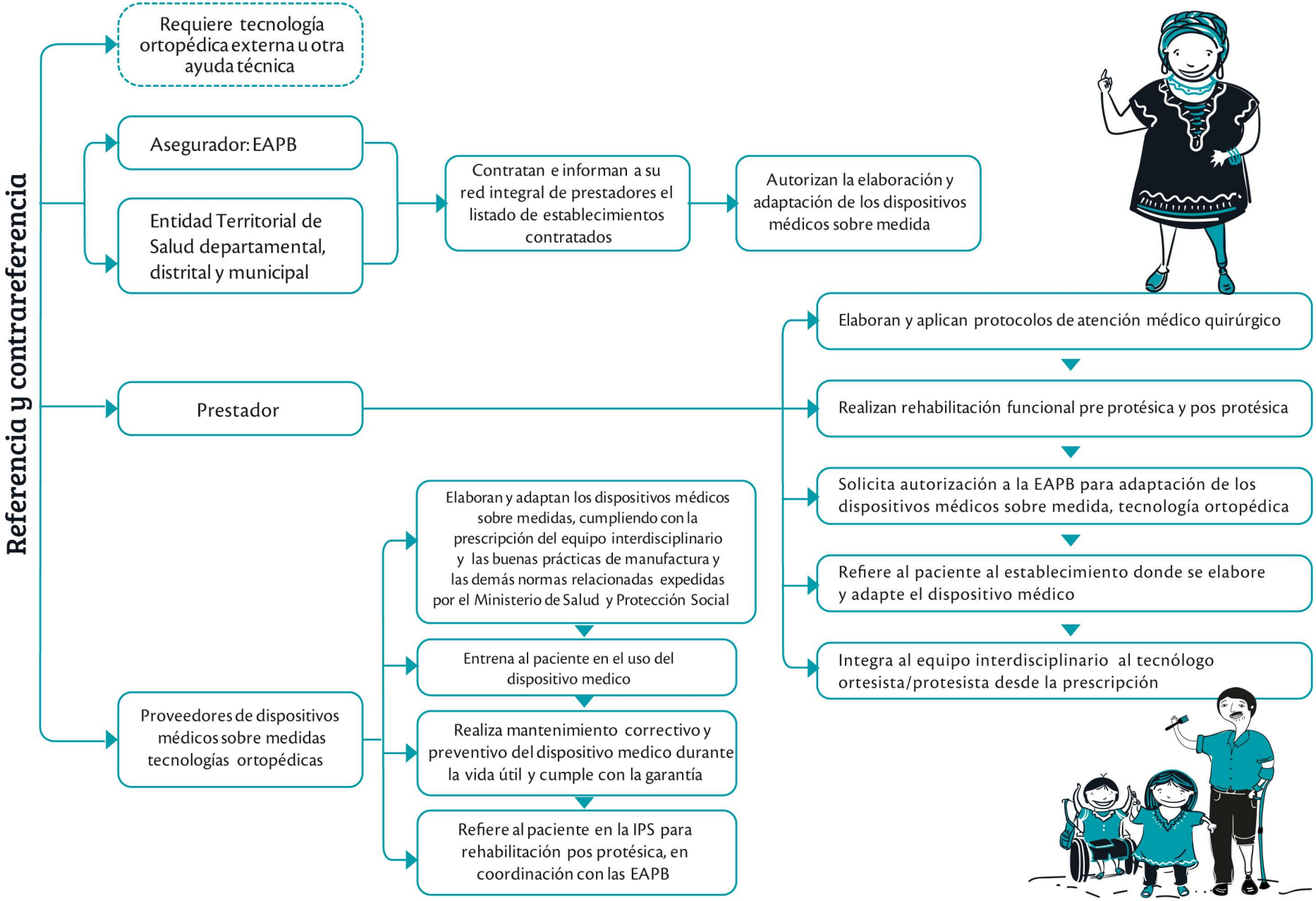
- El asegurador (EAPB) o la Entidad Territorial de Salud (según sea el caso), es quien autoriza la elaboración y adaptación de las tecnologías ortopédicas requeridas por la persona, articulando para esto su red integral de prestadores con los establecimientos proveedores de tecnologías para la referencia y contrareferencia.

- Los prestadores de servicios de salud y específicamente los médicos especializados son quienes determinan la necesidad de la tecnología ortopédica externa y entregan la orden con las indicaciones de la misma acorde a las necesidades personales y contextuales de la víctima. En esta parte del proceso, podrá identificarse la necesidad de apoyo del equipo interdisciplinario de rehabilitación previo a la adaptación de la tecnología ortopédica, condición que también es definida por los médicos especialistas.

- Los proveedores de los dispositivos médicos sobre medida son los encargados de la elaboración y adaptación de las tecnologías ortopédicas externas; proceso que se complementa con el equipo interdisciplinario de rehabilitación de la red integral de prestadores.

El siguiente esquema que encontrará en la siguiente pagina describe en detalle el proceso a desarrollar:

Provisión de tecnologías ortopédicas externas prótesis- órtesis u otras ayudas técnicas

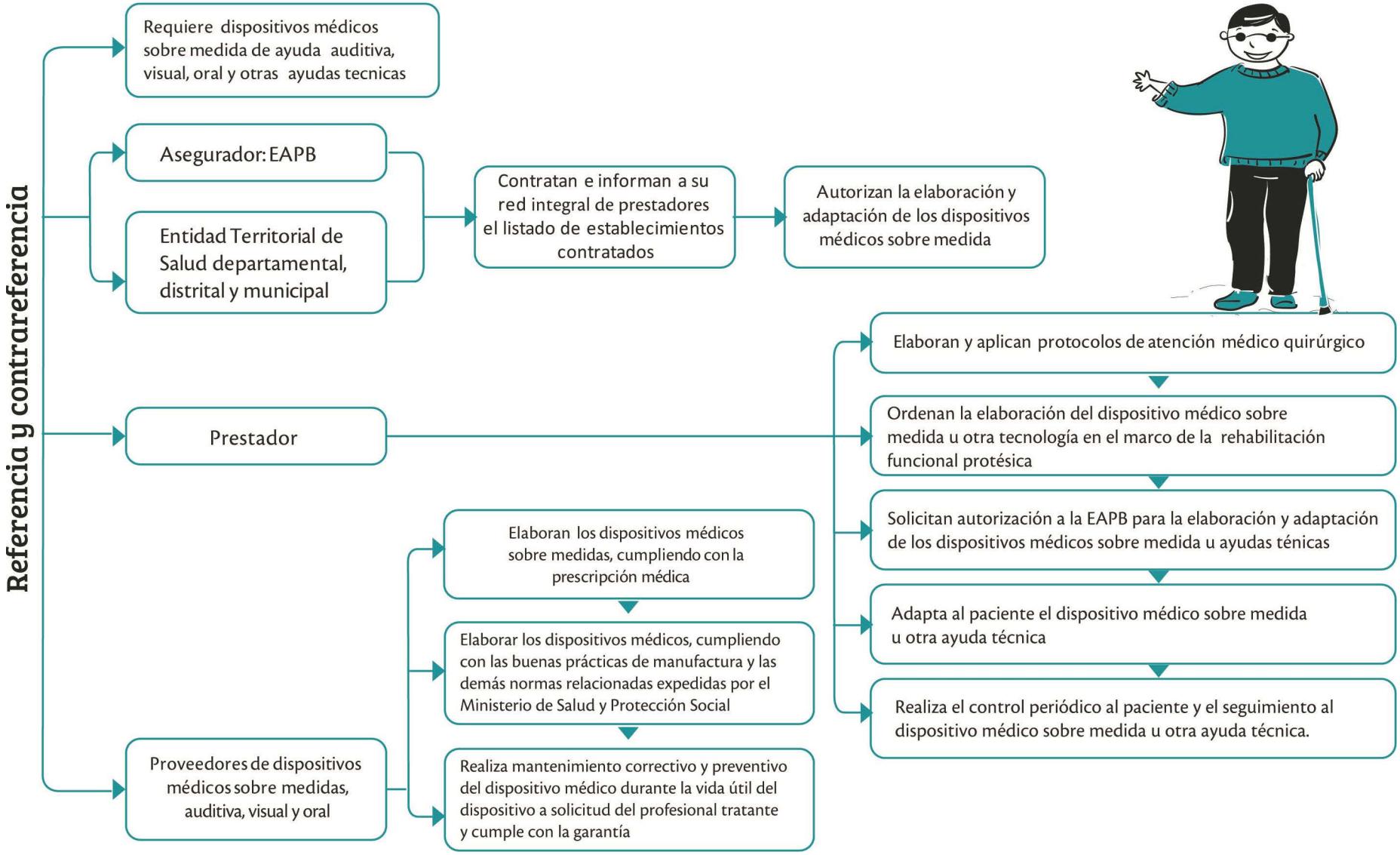


Anexo 9

Provisión de dispositivos médicos sobre medida de ayuda auditiva, visual, oral y otras ayudas técnicas

Este proceso se desarrolla de forma similar al descrito en el anexo 8; sin embargo, es de anotar que los médicos especializados para la prescripción de los dispositivos que se requieren dependen de los órganos afectados, por lo cual podrán intervenir diferentes especialistas en el proceso.

El siguiente esquema describe en detalle el proceso a desarrollar:



Anexo 10

Víctimas de MAP/MUSE con discapacidad

¿Se generó discapacidad?

NO → Solicitar certificado de Incapacidad → Indemnización a través de la Unidad para las Víctimas por lesiones personales que no generaron incapacidad permanente. Se pagará en función a los días de incapacidad hasta 30 SMLMV

SI*

- Certificado médico de discapacidad → Indemnización por incapacidad permanente a través de la Unidad para las Víctimas (40 SMLMV)
- Certificado de perdida de la capacidad laboral y ocupacional → Indemnización por incapacidad permanente a través del FOSYGA o quien haga sus veces (180 SMLDV)

*Solicitud de certificación de discapacidad ante el médico de la EAPB

Solicitud del certificado de discapacidad ante los equipos interdisciplinarios de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con el servicio (posterior a la publicación por parte del MSPS del acto administrativo que a si lo determine).

Ten en cuenta :

*"No serán beneficiarios de la indemnización por incapacidad permanente a cargo del FOSYGA o quien haga sus veces, quienes a la fecha de la ocurrencia del evento se encuentren afiliados en estado "activo" al Sistema General de Riesgos Laborales y el evento que ocasionó el estado de invalidez se trate de un accidente de trabajo o quienes hayan obtenido una pensión de invalidez o una indemnización sustitutiva de la pensión de invalidez por parte del Sistema General de Pensiones" Art. 14 Dec. 056/2015"

PARA TENER EN CUENTA

En caso de que se genere discapacidad es importante:

- Contar con la certificación de discapacidad.
  Hasta tanto el MSPS adopte (mediante acto administrativo) la certificación de discapacidad, la víctima podrá solicitar a su médico tratante adscrito a su EAPB un certificado que consigne:
  - ✓ Diagnóstico clínico relacionado a las "limitaciones" ocasionadas por la discapacidad[38].
  - ✓ Relacionar el diagnóstico anterior con las CIE vigente.
- Realizar la inscripción en el RLCPD.

Inscripción y/o actualización en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD)

- Para tener acceso al registro solo es necesario acercarse a una Unidad Generadora de Datos (UGD).
- Es importante consultar con la Entidad Territorial de Salud municipal o distrital, las direcciones y horarios de la UGD más cercana a su residencia.
- Se requiere disponer de aproximadamente 40 minutos para responder a las preguntas del formulario electrónico.
- Registrarse no tiene costo para la persona con discapacidad, ni para sus familiares.
- Se sugiere portar el documento de identidad en el momento del registro.
  Para conocer más sobre el RLCPD, consulte el link http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCapacidad_RLCPD.aspx

[38] Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Resolución 00848 de 2014 (Colombia, 30 de diciembre de 2014), artículo 4.

Anexo 11

Indemnización por lesiones que causen incapacidad permanente. Decreto 056/2015[39]

Otorgado mediante procedimiento de reclamación a la subcuenta ECAT del FOSYGA o quien haga sus veces.

Se tiene derecho a un máximo de 180 SMLDV a través del FOSYGA o quien haga sus veces.

REQUISITOS

- Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional en el que se especifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral[40].
- Formulario de reclamación debidamente diligenciado.
- Epicrisis o resumen clínico de atención expedido por el Prestador de Servicios de Salud.
- Certificado (hasta tanto se designen nuevos formularios se diligencia el FURCEN) emitido por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, o quien se designe acorde a las modificaciones realizadas al decreto 056/2015, en el que conste que la persona atendida fue víctima de un evento terrorista.
- Cuando la reclamación se presente ante el FOSYGA (o quien haga sus veces), se requiere declaración por parte de la víctima en la que indique que no se encuentra afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales y que no ha recibido pensión de invalidez o indemnización sustitutiva de la misma por parte del Sistema General de Pensiones.
- Sentencia judicial ejecutoriada en la que se designe el curador, cuando la víctima requiera de curador o representante.
- Copia del registro civil de la víctima, cuando esta sea menor de edad, en el que se demuestre el parentesco con el reclamante en primer grado de consanguinidad.
- En los casos en que la reclamación sea realizada por otra persona debe anexar el poder -en original- mediante el cual la víctima autoriza a una persona natural para que presente la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad.
- Para ampliar información en relación a los trámites requeridos para la indemnización por lesiones que causen incapacidad permanente a través de la subcuenta ECAT del FOSYGA, visite el link http://fosyga.gov.co/tr%C3%A1mites/ProcesosyProcedimientos/ECAT/ECATReclamacionesNuevas/tabid/323/Default.aspx

[39] Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 056 de 2015.

[40] La calificación -en primera oportunidad- del porcentaje de la capacidad laboral y ocupacional, y el estado de "invalidez"* corresponde a la Administradora Colombiana de Pensiones (COLPENSIONES), a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), a las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de acuerdo a lo establecido en el Artículo 142 del Decreto 19/2012. (Congreso de Colombia. Ley 1562 de 2012. Colombia, Diario Oficial No. 48.488 de 11 de julio de 2012).
En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. (Presidente de la República de Colombia. Decreto 19 de 2012. Colombia, Diario Oficial No. 48.308 del 10 de enero de 2012, artículo 142).
*En el contexto actual, conservan el término "invalidez" las Juntas Regionales y la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Referencias bibliográficas

- Congreso de Colombia. Ley 1098 de 2006. Colombia, Diario Oficial No. 46.446 de 8 de noviembre de 2006.
- Congreso de Colombia. Ley 1562 de 2012. Colombia, Diario Oficial No. 48.488 de 11 de julio de 2012.
- Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015. Colombia, 16 de febrero de 2015.
- Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Colombia, Diario Oficial 41.148 del 23 de Diciembre de 1993.
- Congreso de la República. Ley 1618 de 2013. Colombia, Diario Oficial No. 48.717 de 27 de febrero de 2013.
- Congreso de la República. Ley 1753 de 2015. Colombia, Diario Oficial No. 49.538 de 09 de junio de 2015.
- Cruz Roja Colombiana. Manual de Primeros Auxilios. (2007). Docencia Nacional, http://docencianacional.tripod.com/primeros_auxilios/index1.htm
- Defensa Civil Colombiana. Glosario. Colombia. Recuperado de: www.defensacivil.gov.co/loader.php?lServicio=Glosario&letra=R
- El Comité de Rehabilitación. Sistematización de la experiencia en la implementación del modelo de Actividades de la Vida Diaria –AVD. Medellín, 2011.
- Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. "Lesiones por artefactos explosivos, pólvora y minas antipersonal". Colombia, 2015. Recuperado de http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/SubdireccionVigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Lesiones%20por%20artefactos%20explosivos.pdf
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 4800 de 2011. Colombia, Diario Oficial 48.289 de diciembre 20 de 2011.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 056 de 2015. Colombia, Diario Oficial 49.394 de enero 14 de 2015.
- Ministerio de Hacienda y Crédito, Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de 2011. Colombia, Diario Oficial 47.957 de Enero 19 de 2011.
- Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Ley 1448 de 2011. Colombia, Diario Oficial 48.096 de junio 10 de 2011.
- Ministerio de la Protección Social. Cartilla Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia, 2004. Recuperado a partir de: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/ASL/cartilla__%20movilidad.pdf
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 1018 DE 2007. Colombia, Diario Oficial No. 46.586 de 30 de marzo de 2007.
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007. Colombia,

Referencias bibliográficas

- Diario Oficial 46.835 de diciembre 07 de 2007.
- Ministerio de la Protección Social. Guía informativa. Sistema de Seguridad Social en Salud. Colombia, 2004. Recuperado de: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf
- Ministerio de Salud. Ley 23 de 1981. Colombia, Diario Oficial No. 35.711, del 27 de febrero de 1981.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 016 de 2014. Colombia, Diario Oficial No. 49.103 de 25 de marzo de 2014.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1983 de 2013. Colombia, Diario Oficial 48.870 de agosto 2 de 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 3047 de 2013. Colombia, Diario Oficial No. 49.016 de 27 de diciembre de 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1328 de 2016. Colombia, Diario Oficial No. 49.845 de 15 de abril de 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592 de 2015. Colombia, Diario Oficial No. 49.739 de 28 de diciembre de 2015.
- Ministerio de Salud y Protección Social; Universidad de Antioquia. Guías básicas de atención médica prehospitalaria. Colombia, 2012.
- Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York, 13 de diciembre de 2006.
- Personería de Bogotá. Deberes y Derechos. Individuo y Sociedad. (2011). Recuperado de: http://personeriabogota.gov.co/programas-especiales/%C2%BFque-es-la-ley-de-victimas-y-restitucion-de-tierras
- Presidente de la República de Colombia. Decreto 19 de 2012. Colombia, Diario Oficial No. 48.308 del 10 de enero de 2012.
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Resolución 00848 de 2014. Colombia, 30 de diciembre de 2014.

Normograma actualizado

TEMA	NORMA	AÑO	Artículo relacionado con la atención integral en salud para víctimas de MAP/MUSE
Población Indígena.	Resolución 5592	2015	Artículo 133. La población indígena afiliada tendrá cobertura en salud incluyendo hogares de paso y guías bilingües.
Acceso a consulta especializada Pediatría Niños, Niñas y Adolescentes.	Resolución 5592	2015	Artículo 10. Menores de 18 años podrán acceder de forma directa a consulta especializada pediátrica o medicina familiar sin requerir remisión.
Atención en salud mental de personas menores de edad.	Resolución 5592	2015	Artículos 64, 65, 66, 67, 91, 92, 107, 108, 109, 123, 124. Numero de sesiones de psicoterapia individual y terapias grupales.
Atención a personas menores con discapacidad.	Resolución 5592	2015	Artículo 86. Derecho a las evaluaciones y atenciones pertinentes por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud (incluidas en la presente resolución) para personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años con discapacidad física, sensorial o cognitiva.
Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS (Ayudas técnicas-productos de apoyo según la norma NTC-ISO 9999/1994).	Resolución 5592	2015	Artículos 6, 7, 8. Descripción de la cobertura de los procedimientos, terminología, glosario (órtesis, prótesis, psicoterapia, tecnologías en salud y telemedicina). Artículo 61 Ayudas técnicas cubiertas (prótesis ortopédicas internas, externas, audífonos, órtesis, muletas, caminadores, bastones).
Pago de transporte.	Resolución 5592	2015	Artículo 127. Transporte del paciente ambulatorio. Determina los casos en los cuales se tiene acceso a transporte con cargo a la UPC y aquellos en los cuales deben ser pagados por la EPS o quien haga sus veces.

Normograma actualizado

TEMA	NORMA	AÑO	Artículo relacionado con la atención integral en salud para víctimas de MAP/MUSE
Municipios con UPC diferencial para pago de transporte	Resolución 5593	2015	Artículo 12. Unidad de pago por capitación para zonas especiales por dispersión geográfica.
Requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa.	Resolución 2968	2015	Artículos 3, 4, 6, 7. Definiciones, elaboración y adaptación de dispositivos médicos. Inscripción INVIMA.
Servicios médico quirurgicos. Reconocidas a víctimas de eventos terrorista en la subcuenta ECAT del FOSYGA	Decreto 056	2015	Artículo 7 Los servicios de salud que deben ser brindados a las víctimas: atención de urgencias y atención de urgencias, ambulatorias intramulares, atenciones con internación, suministro de dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos, traslado asistencial de pacientes, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, rehabilitación física y mental.
Certificación de Discapacidad.	Resolución 00848	2014	Artículo 4. Reglas para tasación de la indemnización en casos de lesiones físicas.
Indemnización e Incapacidad Permanente (UARIV).	Resolución 00848	2014	Artículo 4. Numeral. 1. A las víctimas de lesiones físicas y/o sensoriales que causen discapacidad (incapacidad permanente) se les reconocerá indemnización por via administrativa por el monto máximo previsto en el artículo 149 del Decreto 4800 de 2011.
Copagos de la Población con Discapacidad.	Circular 00016	2014	Numeral 4, 7 y 8. Se exceptúan del copago de cuotas moderadoras y copagos a: Niños, Niñas, Adolescentes (NNA) de SISIBÉN I y II, con discapacidad física, sensorial y cognitiva, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante.

Normograma actualizado

TEMA	NORMA	AÑO	Artículo relacionado con la atención integral en salud para víctimas de MAP/MUSE
Copagos de la Población con Discapacidad.			Víctimas del conflicto armado interno que se encuentran registradas en el Sisbén 1 y 2 Las personas con cualquier tipo de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional, cuando se haya establecido el procedimiento requerido.
	Ley 1618	2013	Artículo 9. Derecho a la habilitación y rehabilitación integral. Numeral 9. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces garantizará la rehabilitación funcional de las personas con discapacidad cuando se haya establecido el procedimiento requerido, sin el pago de cuotas moderadoras o copagos, en concordancia con los artículos 65 y 66 de la Ley 1438 de 2011.
	Ley 1448	2011	Artículo 52. Parágrafo 2. Las víctimas que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2 quedarán exentas de cualquier cobro de copago o cuota moderadora, en todo tipo de atención en salud que requieran.
Procedimientos del recobro ante el FOSYGA o quien haga sus veces.	Resolución 1328	2016	Artículo 12, numeral 5. Parágrafo. Procedimiento para la aprobación y desaprobación de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Cuando exista una urgencia manifiesta o tecnologías en salud no incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, requeridas para las víctimas según artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, el médico tratante tiene la posibilidad de decidir sobre la tecnología a utilizar. Numeral 5. Implementar mecanismos para mantener actualizado el RLCPD, integrados en el sistema de información de la Protección Social, administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social. ARTÍCULO 76. SERVICIOS BRINDADOS A LAS VÍCTIMAS DE QUE TRATA LA LEY 1448 DE 2011. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), tramitarán por el

Normograma actualizado

TEMA	NORMA	AÑO	Artículo relacionado con la atención integral en salud para víctimas de MAP/MUSE
Procedimientos del recobro ante el FOSYGA	Resolución 1328	2016	procedimiento de recobro previsto en la presente resolución los servicios de salud de que trata el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, cuando no estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud ni en regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular la víctima.
Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).	Ley 1618	2013	Artículo 5. Numeral 5. Implementar mecanismos para mantener actualizado el RLCPD, integrados en el sistema de información de la Protección Social, administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Cubrimiento de servicio de la atención en salud.	Decreto 4800	2011	Artículo 89. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Subcuenta ECAT del FOSYGA o quien haga sus veces, cubrirá el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria en los términos del parágrafo del Artículo 54 de la ley 1448/2011 que no estén cubiertos por los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni por regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud que sea titular o beneficiara la víctima.
Atención gratuita a Niños, Niñas y Adolescentes	Ley 1438	2011	Artículo 19. Servicios para la rehabilitación física y mental serán totalmente gratuitos sin importar el régimen de afiliación.
	Ley 1448	2011	Artículo 189. Derecho a recibir de manera gratuita y por el tiempo definido según criterio técnico-científico, tratamiento médico, prótesis, órtesis y asistencia psicología para la rehabilitación de los NNA víctimas de MAP/MUSE
Manual de condiciones técnicos sanitarias para establecimientos que elaboren y comercialicen dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular	Resolución 4396	2008	Garantiza en su conjunto los dispositivos seguros y de calidad. Artículo 1. Adopción del Manual con anexo técnico 1.

Normograma actualizado

TEMA	NORMA	AÑO	Artículo relacionado con la atención integral en salud para víctimas de MAP/MUSE
Reglamento Técnico sobre los requisitos que deben cumplir dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular y los establecimientos en los que se elabore y comercialicen dichos insumos.	Decreto 1030	2007	Garantiza en su conjunto los dispositivos seguros y de calidad. Artículo 2. Definiciones, características y contenido de la prescripción.
Atención en salud para Niños, Niñas y Adolescentes.	Ley 1098	2006	Artículo 27. Derecho a la salud. Ninguna Institución Prestadora de Servicios de Salud (pública o privada) podrán abstenerse de atender a un NNA. Podrá incurrir en multa de hasta 50 SMLMV.
Restablecimiento de derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes	Ley 1098	2006	Artículo 51. Las Autoridades públicas tienen la obligación de informar a Defensorías de Familia, Comisarías, Inspector de Policía o personerías municipales a los NNA que se encuentren en condición de vulnerabilidad.

GLOSARIO

Actividades de la Vida Diaria (AVD): son las actividades cotidianas que realizan las personas para satisfacer las necesidades relacionadas con el cuidado de sí mismo, y lograr así el máximo nivel de independencia, autonomía y participación, teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital, la condición de salud y los diferentes contextos[41]

Con el término de AVD se está haciendo referencia tanto a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Las ABVD "son fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar" (Christiansen y Hammercker, 2001). Las AIVD son actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad, que requieren interacciones más complejas que las anteriores[42].

Atención Psicosocial: la atención psicosocial como parte de las medidas de Rehabilitación en el marco de la Política Pública de Reparación Integral a las víctimas del conflicto armado colombiano, se define como el conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH, ofertados por las instituciones estatales con competencias definidas en el marco legal.

Mediante la atención psicosocial se facilitarán estrategias que dignifiquen a las víctimas, respetando el marco social y cultural en el que han construido sus nociones de afectación, sufrimiento, sanación, recuperación, equilibrio y alivio. Dicho así, se desarrollarán procesos orientados a incorporar el enfoque psicosocial y diferencial en la atención[43].

Atención de urgencia: modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad[44].

Atención prehospitalaria: conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y recursos encaminados a prestar atención en salud a personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental causada por trauma o enfermedad de cualquier origen. Las actividades se implementan en el sitio de ocurrencia del evento y durante el traslado de la persona hasta su admisión en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, y tiene como objetivo preservar la vida, disminuir complicaciones y riesgos que puedan generar discapacidad o muerte.

Ayudas técnicas: adaptaciones, instrumentos o dispositivos cuya finalidad es facilitar al individuo realizar actividades de la vida cotidiana. No se incluyen como ayudas técnicas las órtesis y prótesis, dado que estas son consideradas dispositivos médicos sobre medida. Las ayudas técnicas también se consideran Productos de Apoyo.

[41] El Comité de Rehabilitación. Sistematización de la experiencia en la implementación del modelo de Actividades de la Vida Diaria –AVD (Medellín, 2011), 16.

[42] Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos de rehabilitación funcional. Documento en construcción

[43] Ministerio de Salud y Protección Social y Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas. Definición conjunta construida en noviembre de 2015.

[44] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592 de 2015 (Colombia, Diario Oficial No. 49.739 de 28 de diciembre de 2015), artículo 8.

GLOSARIO

Componente primario de prestación[45]: encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad.

Componente complementario de prestación: encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario las cuales son garantizadas por prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de mediana y alta complejidad.

Contrareferencia: es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia- da al prestador que la remitió. La respuesta puede ser la contraremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información acerca de la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayudas diagnósticas.

Copago - Cuota moderadora: son los aportes en dinero que da la persona que recibe la atención en salud y corresponden a una parte del valor del servicio demandado. Tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema de salud.

Enfoque Psicosocial: perspectiva que permite contextualizar las diferentes formas de expresión del sufrimiento emocional así como del daño psicosocial de las personas, en su experiencia como víctima de violaciones graves a los DDHH e infracciones al DIH. Para incorporar el enfoque psicosocial en los procesos de atención a víctimas del conflicto armado, la Unidad de Atención y Reparación a Víctimas – UARIV- por sus siglas, propone 6 premisas[46]:

Primera: contemplar que las expresiones del sufrimiento han sobrevenido como formas de respuesta natural ante eventos anormales como los que han ocurrido en el contexto del conflicto armado, en ese sentido la fijación de la atención al considerar la condición de anormalidad no está en la persona, sino en los hechos de violencia, de manera que se naturalizan y validan las respuestas frente a las violaciones que han sufrido las víctimas, como respuestas naturales.

La segunda premisa es considerar que las personas que han sido afectadas por el conflicto armado interno no sólo están sufriendo, en su historia existen otros elementos como supervivencia, resistencia, heroísmo, desarrollo frente a la adversidad, reorganización psicológica, familiar y social. Cuentan también con recursos para afrontar la vida actual y la perspectiva de futuro, es decir cuentan con recursos que les permiten seguir afrontando la vida actual y la perspectiva de futuro…

La tercera premisa considera que todas las personas podemos hacer algo frente al sufrimiento de los otros. Cuidar y acoger el dolor de quien ha sufrido graves violaciones a los Derechos Humanos o al Derecho Internacional Humanitario, no es tarea sólo de profesionales en psicología.

[45] Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. 2016

[46] Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas. Presentación realizada al Ministerio de Salud y Protección Social. Marzo de 2016.

GLOSARIO

La cuarta premisa está orientada a comprender que el sufrimiento tiene diferentes formas de expresión, lo cual, quiere decir que hay diferentes formas de sufrir. No todas tienen expresión a través del llanto o de la tristeza; ni todas, a través de la enfermedad.

La quinta premisa busca subrayar que la representación permite la recuperación. Representar significa poner en el espacio público el dolor que ha sido invisibilizado o que no ha encontrado un lugar simbólico que cuente además con un testigo de este. En ese sentido, se puede representar en la palabra, se puede representar a través de las diferentes expresiones artísticas o en las diferentes formas de simbolización que funcionan como formas dialógicas en el espacio colectivo.

Sexta premisa: Se debe permitir el paso por el dolor. En ese sentido permitir el sufrimiento de lo que se ha perdido. Con ella se quiere señalar que los hechos victimizantes ocasionan sufrimientos y dolor que requieren de un tiempo para su comprensión y superación, momentos que son particulares para cada individuo.

- **Entidad Territorial de Salud:** con este término se hace referencia a las Secretarías de Salud, Direcciones Locales de Salud o la entidad que cumpla sus funciones en cada municipio, departamento o distrito.

- **Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB):** son las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las asociaciones mutuales en sus actividades de salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud[47].

- **Interconsulta:** es la solicitud, elevada por el profesional o institución de salud contratada, a otros profesionales o instituciones de salud contratadas para que emitan juicios y orientaciones acerca de la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.

- **Órtesis:** dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético[48].

- **Persona con discapacidad:** las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás[49].

- **Plan de beneficios:** conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, servicios, insumos y medicamentos a que tienen derecho los afiliados al sistema de salud.

- **Portabilidad en salud:** es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde

[47] Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007 (Colombia, Diario Oficial 46.835 de diciembre 07 de 2007), artículo 4.
[48] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592 de 2015, artículo 8.
[49] Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Nueva York, 13 de diciembre de 2006), artículo 1.

GLOSARIO

habitualmente recibe los servicios de salud. Cada EPS dispondrá en su página web un espacio para reportar los cambios en el municipio.

Prestadores de Servicios de Salud: termino referido a hospitales o clínicas, profesionales independientes, transporte asistencial de pacientes o entidades de objeto social diferente que prestan servicios de salud. Entidades que adoptan el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, con el fin de asegurar que los servicios se presten en condiciones que minimicen los riesgos de seguridad para el paciente.

Primeros auxilios: son los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales prestados a las personas accidentadas o con enfermedad antes de ser atendidos en un centro asistencial[50].

Productos de apoyo: se define en la norma UNE-EN ISO 9999 V212 como cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipos, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad, destinado a: facilitar la participación; proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades; o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

Esta definición incorpora la actualización de los términos teniendo en cuenta el marco conceptual contenido en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Prótesis: dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica[51].

Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud[52]: una Red Integral de Prestación de Servicios (RED) se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutiva a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud. Toda red integral deberá tener dos componentes prestacionales: Componente primario de prestación y Componente complementario de prestación.

Régimen contributivo en salud: es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador[53].

Deben afiliarse a este régimen todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, los trabajadores independientes con capacidad de pago, las madres comunitarias y los aprendices en etapa lectiva y productiva.

[50] Cruz Roja Colombiana. Manual de Primeros Auxilios. (2007). Docencia Nacional, http://docencianacional.tripod.com/primeros_auxilios/index1.htm
[51] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592 de 2015, artículo 8.
[52] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0429 de 2016. Artículo 5. Numeral 5.5.
[53] Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 (Colombia, Diario Oficial 41.148 del 23 de Diciembre de 1993), artículo 202.

GLOSARIO

Régimen subsidiado en salud: es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad[54].

En el Régimen Subsidiado en Salud deben estar afiliadas las personas pobres y vulnerables del país, es decir, las clasificadas en los niveles 1 o 2 del Sisbén, siempre y cuando no estén afiliadas al régimen contributivo, especiales o de excepción, y las poblaciones especiales prioritarias, tales como personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección a testigos; indigentes y población gitana (conocida como ROM), entre otros.

Rehabilitación funcional: proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes[55].

Rehabilitación integral: mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, por medio de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan de acuerdo con el tipo de discapacidad[56].

Referencia: es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para la atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

Referencia y Contrareferencia: conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red integral de prestadores definida por la entidad responsable del pago.

Rescate: es la aplicación de técnicas de estabilización, remoción, penetración y extracción de víctimas por causa de desastres o accidentes, que se encuentren atrapados o aprisionados por estructuras o vehículos (aéreos, terrestres o acuáticos), o perdidas en zonas de selva o nevados, así como náufragos o víctimas de inundaciones, utilizando para ello equipos especiales y adecuados[57].

Ruta Integral de Atención en salud (RIAS): son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

[54]Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, artículo 211.
[55]Congreso de la República. Ley 1618 de 2013 (Colombia, Diario Oficial No. 48.717 de 27 de febrero de 2013), artículo 2.
[56]Congreso de la República. Ley 1618, artículo 2.
[57]Defensa Civil Colombiana. Glosario. Colombia. Recuperado de: www.defensacivil.gov.co/loader.php?lServicio=Glosario&letra=R
[56]Ministerio de Salud y Protección Social; Universidad de Antioquia. Guías básicas de atención médica prehospitalaria (Colombia, 2012).

GLOSARIO

Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS): es el mecanismo por el cual el Estado brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. El SGSSS funciona en dos regímenes de afiliación: 1) Régimen Contributivo, al cual se deben afiliar las personas que tienen capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias. 2) Régimen Subsidiado en Salud, al cual deben estar afiliadas las personas pobres y vulnerables del país.

Triage: el triage es un término de origen francés (del verbo trier, cribar u ordenar). Originariamente era un término militar que significaba seleccionar, escoger o priorizar; se ha implementado en conflictos militares que datan de las guerras de Napoleón, en relación con la atención del gran número de heridos en combate. Desde ese entonces a nuestros días, el concepto de triage se ha ido adaptando a nuevas condiciones de atención médica de emergencias, y actualmente se aplica tanto a los eventos naturales como a aquellos originados por el hombre. Se entiende por triage el "Proceso de categorización de lesionados basado en la urgencia de sus lesiones y la posibilidad de supervivencia", diferente al criterio de atención en condiciones normales, en las que el lesionado más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico inmediato o a largo plazo[58].

[58]Ministerio de Salud y Protección Social; Universidad de Antioquia. Guías básicas de atención médica prehospitalaria (Colombia, 2012).

GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AVD: Actividades de la Vida Diaria.

BDUA: Base de Datos Única de Afiliados.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.

CRUE: Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres.

DAICMA: Dirección Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal.

DDHH: Derechos Humanos

DIH: Derecho Internacional Humanitario

DNP: Departamento Nacional de Planeación.

EAPB: Entidad Administradora de Planes de Beneficios.

ECAT: Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía.

FUD: Formato Único de Declaración para la solicitud de inscripción en el RUV.

FURCEN: Formulario Único de Certificación para el Censo de Víctimas-Eventos Catastróficos o Terroristas.

FURPEN: Formulario Único de Reclamación de Indemnizaciones por Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos. Personas naturales.

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

MAP: Minas Antipersonal.

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud.

MUSE: Municiones Sin Explotar.

NNA: Niñas, Niños y Adolescentes.

PAARI: Plan de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas.

PAIS: Política de Atención Integral en Salud.

PAPSIVI: Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas.

PAS: Plan Adicional de Salud.

RLCPD: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

RIAS: Ruta Integral de Atención en Salud.

RUV: Registro Único de Víctimas.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SISBÉN: Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales.

SMLDV: Salario Mínimo Legal Diario Vigente.

SMLMV: Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.

UARIV: Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

UGD: Unidad Generadora de Datos.

UPC: Unidad de Pago por Capitación.

Directorio telefónico nacional

ENTIDAD	TELÉFONO	CONTACTO	DIRECCIÓN
Administrador fiduciario de los recursos de FOSYGA-Consorcio SAYP 2011	018000 522 450 línea gratuita nacional. 4806666 Call center 24 horas	atencionalcliente.sayp@sayp.com.co	Carrera 7 No. 31ª-36 Edificio Nuevo Milenio, Bogotá.
Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal (DAICMA).	317 513 22 65 línea víctimas. (57-1) 5870599 en Bogotá. /5629300	accioncontraminas@presidencia.gov.co	Carrera 8 No. 12b-61, Bogotá. Calle7 # 6-54 Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.
Firma auditora de recobros y reclamaciones ECAT Unión Temporal FOSYGA 2014	018000 522 2450 línea gratuita nacional. (57-1) 742 3996.	servicioalcliente@utfosyga2014.com	Calle 32 No. 13-07 piso 1, Bogotá.
Ministerio de Salud y Protección Social	018000 960020 Línea gratuita (57-1) 5893750 Centro de contacto. (57-1) 330 5000 Conmutador	www.minsalud.gov.co Solicitudes, sugerencias, quejas o reclamos	Carrea 13 No. 32-76 Piso 1, Bogotá.
Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud)	01800051378 línea gratuita nacional. (57-1) 4837000 línea Call Center.	www.supersalud.gov.co Formulario de peticiones, quejas y reclamos	Avenida Ciudad de Cali No. 51-66 Edificio World Bussines Center Local 10, Bogota.
Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV)	018000 911 119 línea nacional de atención. (57-1) 426 1111 en Bogotá.	solicitudesuv@unidadvictimas.gov.co	Calle 16 No. 6-66 Edificio Avianca Piso 19, 21 y 32, Bogotá.

Directorio Telefónico Territorial

(Para ser diligenciado por el usuario de esta cartilla)

ACTOR RUTA DE ATENCIÓN	NOMBRE	CARGO	TELÉFONO
Alcaldía Municipal			
Bomberos			
Centro de Rehabilitación			
Centro de Salud			
Comisaria de Familia			
Cruz Roja			
CRUE			
Defensa Civil			
Defensoría de Familia			
Defensoría del Pueblo			
Dirección Local de Salud o Secretaria de Salud			
Ejército Nacional			
Enlace Víctimas			
EPS			
Hospital Local			
ICBF			
IPS			
Lider Comunitario			
Lider Comunitario			
ONG			
ONG			
Personería Municipal			
Policía Nacional			
Promotor de Salud			
Secretaría de Gobierno			
Taller Aparatos Ortopédicos			
Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas (UARIV)			

NOTAS

NOTAS

La rehabilitación integral es posible una vez se haya concluido el proceso de rehabilitación funcional y la persona se incorpora a su ámbito familiar, ocupacional, laboral y social.

EL COMITÉ DE REHABILITACIÓN

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)