

CARTILLA



EJE ESTRATEGICO: Empoderamiento de la Ciudadanía y las Organizaciones.

Consiste en crear una estrategia pedagógica permanente en salud para cualificar a los ciudadanos en los procesos de participación, en los temas de interés en salud y en el derecho a la salud.

CONTENIDO



1. Política pública de Participación Social en Salud.

2. SISBÉN



3. Plan de beneficios

4. Deberes, derechos y mecanismos de acceso de personas con discapacidad.



POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD (PPSS)

¿QUÉ ES LA PPSS?



La participación es el derecho que tiene cada ciudadano/a y los colectivos a participar en las decisiones que afectan su bienestar, es decir, es el derecho a decidir sobre qué es el derecho a la salud y cómo se realiza y se cumple.

El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 2063 de junio de 2017 adopta la Política de Participación en Salud- PPSS, que tiene como objetivo la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones del sistema de salud en conjunto.

¿QUÉ NECESIDADES O PROBLEMÁTICAS AFECTAN LA PARTICIPACIÓN EN SALUD?



- La visión de salud es limitada al sistema, a la enfermedad y a los servicios, aun no se logra que la Participación Social en Salud se vea como un derecho que se articula al derecho a la salud, ni mucho menos al bienestar.
- Muchas veces las leyes no son coherentes entre sí y se prestan a interpretaciones que termina siendo "acomodadas" de acuerdo con los múltiples intereses de los actores.

POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD (PPSS)

- La Falta de unicidad entre las leyes de participación hace que se conviertan a veces en obstáculos para participar.
- Algunas veces las instituciones de salud (EPS, ESE, IPS, etc.) no respetan y garantizan la autonomía de la ciudadanía, sus organizaciones, las formas y/o mecanismos de participación, generando cooptación o control que les limita su capacidad de incidencia, lo que termina afectando los procesos participativos.

¿CUÁLES SON LAS RESPONSABILIDADES DE LAS EPS O IPS RESPECTO A LA PPSS?

- Socialización de la Política de Participación Social.
- Apoyo y acompañamiento a todas las instancias y espacios de participación
- Mecanismos y espacios de participación.
- Garantía de la transparencia de los procesos participativos
- Garantía de derechos y oportunidades para todos los usuarios-ciudadanía.
- Reconocimiento del derecho a la autonomía de las organizaciones sociales
- Operación de las estrategias de gestión, comunicación y educación para el cumplimiento del marco estratégico y las líneas de acción de acuerdo a su competencia.
- Gestionar recursos para los procesos de participación.

POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD (PPSS)

ALGUNAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD SON:

- Los comités de participación comunitaria en salud (COPACOS).
- Los Comités de Ética Hospitalaria.
- Las Alianzas o Asociación de Usuarios.

¿CUÁLES SON LOS EJES ESTRATÉGICOS DE LA PPSS?



SISBEN

¿QUÉ ES?

El Sisbén es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, que permite clasificar a la población de acuerdo con sus condiciones de vida e ingresos. Esta clasificación se utiliza para focalizar la inversión social y garantizar que sea asignada a quienes más lo necesitan.

El Sisbén es un sistema que usa herramientas técnicas y estadísticas especializadas.



Con estas herramientas identifica, clasifica y ordena a la población según su situación socioeconómica.



El Sisbén permite el registro en su base de datos de cualquier persona con documento vigente y residente en hogares particulares. La encuesta no se aplica en lugares especiales de alojamiento (LEA). Una vez hecho el registro en la base de datos, esta genera el grupo de la persona, el cual obedece a las condiciones de vida e ingresos del hogar.

El grupo sirve para que las entidades definan, entre otros criterios, quiénes pueden acceder a programas sociales.

SISBEN

¿QUÉ NO ES?



El Sisbén no es salud.

No es un programa que entrega subsidios o ayudas del estado.



¿CÓMO FUNCIONA EL SISBEN?

La base de datos del Sisbén certificada por el DNP constituye un referente a partir del cual los diferentes programas de las entidades del Estado establecen las condiciones para seleccionar los beneficiarios y asignar los beneficios de conformidad con la reglamentación y parámetros que estas entidades dispongan.

SISBEN

A continuación podrás ver en cinco pasos cómo funciona el Sisbén IV

1

El DNP diseña la ficha de caracterización socioeconómica con la cual se aplican las encuestas que alimentan la base de datos del Sisbén..



2



La información se recolecta a través de las encuestas realizadas por los municipios utilizando software desarrollado por el DNP.

3

Una vez aplicada la encuesta, la información es enviada al DNP y se genera la base de datos del Sisbén.



Se **publica** la información en la página web oficial

SISBEN



Las entidades nacionales y/o territoriales utilizan el grupo Sisbén para definir la entrada de las personas a sus programas, ejemplo:

Programa: Familias en Acción
Entidad: Prosperidad Social

A)

La entidad usa el grupo Sisbén y las condiciones de su programa para evaluar y asignar el beneficio al ciudadano.



B)

La asignación del subsidio o beneficio que otorga el programa social es realizada por la entidad que ofrece ese programa, no por el DNP ni por el Sisbén.



SISBEN

¿PARA QUÉ SIRVE EL SISBÉN Y PARA QUÉ SE USA?

A.

Facilitar la clasificación de los posibles beneficiarios de programas sociales de manera rápida, objetiva, uniforme y equitativa.

B.

Permitir la elaboración de diagnósticos socioeconómicos precisos de la población para apoyar la planeación nacional y territorial, y el diseño e implementación de programas sociales.

C.

Contribuir al fortalecimiento institucional, mediante la disposición de un sistema moderno de información social que permita mejorar la identificación de la población.

SISBEN

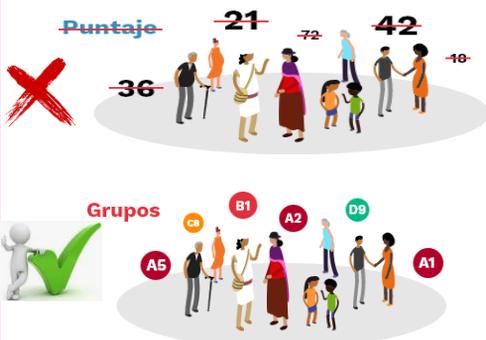
¿POR QUÉ DEBO REGISTRARME Y ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN?

Porque es el primer paso para poder acceder a los programas sociales que utilizan el Sisbén como requisito para otorgar beneficios.

Los programas sociales (vivienda, salud, educación, entre otros) determinan si las personas cumplen o no con los requisitos establecidos para ser beneficiario, entre ellos, el grupo en el cual quedó clasificado una vez se les aplica la encuesta Sisbén.

Para actualizar la información las personas deben dirigirse a la oficina Sisbén del municipio donde reside.

SISBEN IV



Con la nueva metodología del Sisbén se desarrolló una clasificación cuyo resultado no es un índice cuantitativo. Esto significa que ya no existirá un puntaje de 0 a 100 sino una nueva clasificación que ordena la población por grupos.

SISBEN

¿VERSIONES DEL SISBÉN?

Desde 1995 a la fecha, el Estado Colombiano ha implementado cuatro versiones del Sisbén. Cada versión cuenta con una metodología, es decir, un conjunto de procedimientos para obtener el resultado que refleje las condiciones socioeconómicas de cada persona.

A) Una nueva forma de entregar el resultado

En el Sisbén IV existen cuatro grupos:

Grupo A: pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos)

Grupo B: pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A)

Grupo C: vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza)

Grupo D: población no pobre, no vulnerable.

Cada grupo está compuesto por subgrupos, identificados por una letra y un número que permiten clasificar más detalladamente a las personas:

Grupo A: conformado por 5 subgrupos (desde A1 hasta A5)

Grupo B: conformado por 7 subgrupos (desde B1 hasta B7)

Grupo C: conformado por 18 subgrupos (desde C1 hasta C18)

Grupo D: conformado por 21 subgrupos (desde D1 hasta D21)

Ejemplo: una persona en el nivel A1 tendrá una menor capacidad de generar ingresos y menor calidad de vida que la del A5.

SISBEN

¿CÓMO CONSULTAR EL GRUPO SISBÉN?

1. Ingresar a <https://www.sisben.gov.co/Paginas/consulta-tu-grupo.aspx>
2. Ingresar tipo y número de documento. Dar click en Consultar.

Tipo de documento *

Número de documento *

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD- PBS

GENERALIDADES

¿Qué es?

Es el conjunto de servicios para la atención en salud que todo afiliado al SGSSS tiene derecho.

¿Cuál es la finalidad?

Busca la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.

¿Quiénes reciben los beneficios del PBS?

Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS; ya sean estos cotizantes o beneficiarios.

¿Cómo saber a que se tiene derecho?

El Plan de Beneficios se encuentra contenido en los actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social; con los anexos que hacen parte del mismo. Para mayor información consulte el siguiente link:
https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Resoluciones.aspx

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD- PBS

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

¿Con qué médico se realiza la primera consulta o puerta de entrada al Sistema en el PBS? y ¿en qué casos puedo consultar directamente con el especialista?

La puerta de entrada del afiliado a los servicios del PBS se hará en forma directa a través de urgencias o la consulta médica y odontológica no especializada.

Los menores de 18 años o mujeres en estado de embarazo podrán acceder en forma directa a la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar sin requerir remisión por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita.

¿Cómo puedo acceder a servicios especializados de salud en el PBS?

Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema señaladas en la pregunta anterior, sin que ello se constituya en pretexto para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

¿Por consulta médica externa a qué tipo de especialidad tengo derecho en el PBS?

Los afiliados al Régimen Contributivo y al Subsidiado tienen derecho a todas las especialidades médicas autorizadas para ejercer en el País, de acuerdo con la patología que presente.

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD- PBS

COBERTURA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

¿Qué cubre el PBS para la promoción de la salud?



El PBS cubre toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles.

¿El PBS me cubre vacunas?



Es responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud garantizar el acceso y la administración de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunización - PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social y según las normas técnicas aplicables. También es responsabilidad de las EPS la aplicación y cobertura de aquellas vacunas descritas en la normatividad vigente del listado de Medicamentos del PBS.

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD- PBS

COBERTURA PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD

¿Cubre la atención en urgencias?

Si. La atención inicial de urgencias deberá ser garantizada en cualquier parte del territorio nacional, su cobertura estará a cargo de las EPS aunque no exista contrato o convenio con el prestador de servicios de salud.

¿Quién tiene la obligación de prestar los servicios de salud en la atención inicial de urgencias?

Cualquier hospital, clínica o centro de salud que tenga habilitado el servicio de urgencia está obligado a prestar la atención inicial de urgencias con cargo a la EPS.

¿Cubre la hospitalización?

Si. El Plan de Beneficios cubre la atención con internación (hospitalización) en habitación compartida (salvo que por criterio del médico tratante este indicado el aislamiento donde se cubrirá habitación individual), en los servicios y unidades habilitadas para tal fin.

¿Cubre la internación en unidades especiales?

Si. El POS cubre cuando sean requeridas y de conformidad con el criterio del médico tratante o el médico responsable de la unidad, la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados.

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD- PBS

COBERTURA PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD

¿Cubre la atención domiciliaria?

El PBS cubre la atención en la modalidad domiciliaria como una alternativa a la atención con internación hospitalaria, en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante bajo las normas de calidad vigentes.

Esta cobertura es sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios de asistencia sean prestados por personal de salud.

¿Qué procedimientos me cubre el PBS?

El Plan de Beneficios cubre los procedimientos descritos en la normatividad vigente del Plan de Beneficios.

¿Qué trasplantes cubre el PBS?

El PBS cubre los trasplantes de riñón, corazón, hígado, médula ósea y córnea.

¿Qué medicamentos cubre el PBS?

El PBS cubre los medicamentos en la normatividad vigente del Plan de Beneficios, que cumpla con las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico si se encuentra descrito en la columna de aclaración de dicho anexo.

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD- PBS

COBERTURA PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD

¿Qué dispositivos (insumos, suministros y materiales) cubre el PBS?

Cubre todos los dispositivos que sean necesarios e insustituibles para la realización o utilización de tecnologías cubiertas en el PBS (Es decir, necesarios para la realización de procedimientos o aplicación de medicamentos del PBS).



PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD- PBS

CUIDADOS PALEATIVOS

¿Hay cobertura en el PBS de atención paliativa?

El Plan de Beneficios se cubre la atención ambulatoria o con internación de toda enfermedad en su fase terminal o cuando no haya posibilidades de recuperación, mediante terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, terapia de mantenimiento y soporte psicológico, durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en el POS.



TRANSPORTE Y TRASLADO DE PACIENTES

¿El POS cubre el transporte o traslado de pacientes?



El Plan de Beneficios cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) de conformidad a lo indicado por el médico tratante

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD- PBS

EXCLUSIONES DEL POS

Están excluidos, es decir que no son financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, aquellos procedimientos, actividades y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, y de manera específica se excluyen, entre otros, los siguientes tratamientos descritos en el PBS:

- ❖ De carácter estético, cosmético o suntuario.
- ❖ El suministro de lentes de contacto, sillas de ruedas, plantillas, etc.
- ❖ Ciertos tratamientos como: curas de reposo o para el sueño;
- ❖ para la infertilidad; experimentales o con drogas experimentales;
- ❖ psicoterapia individual o de pareja, psicoanálisis; y
- ❖ tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología y blanqueamiento dental.



DEBERES Y DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

DERECHO A:

- Gozar de un buen estado de salud física y mental.
- Recibir los servicios de urgencias en las instituciones de salud, públicas y privadas.
- Ser asegurados a través de una Empresa Prestadora de Servicios de Salud –EPS– y a que ésta les garantice un plan obligatorio de salud POS a través de una red de servicios de salud.
- Ser beneficiario de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención, habilitación y rehabilitación, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS.
- Conocer la red de instituciones a través de la cual recibirán los servicios de salud.
- Contar con programas de salud sexual y reproductiva, control prenatal y de atención de VIH/SIDA.
- Pronta detección y atención, tratamiento de enfermedades, y rehabilitación integral de su discapacidad.
- Prevención de nuevas discapacidades a través de atención médica eficiente, de calidad y oportuna.
- Alcanzar y mantener un óptimo nivel de autonomía y movilidad a través de los procesos de rehabilitación integral.
- Un entorno que les procure bienestar e independencia para desarrollar sus capacidades de manera digna e integral.

DEBERES Y DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

DERECHO A:

- Pronta detección y atención de casos de violencia intrafamiliar, violencia o abuso sexual.
- La libre asociación para la defensa de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes.
- Participar activamente en las asociaciones de usuarios de las Empresas Sociales del Estado y de las EPS.

“Las personas con discapacidad tienen derecho a estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), recibir servicios en salud física y mental de acuerdo con su discapacidad, sin discriminación, en igualdad de condiciones que los demás, y en instituciones cercanas a su lugar de residencia”.



DEBERES Y DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

MECANISMOS PARA GARANTIZAR EL GOZE DEL DERECHO A LA SALUD

Existen cuatro (4) mecanismos a través de los cuales pueden acceder a los beneficios del derecho a la salud, desde el Sistema General de Seguridad Social:

1. Afiliación al Régimen Contributivo.
2. Afiliación al Régimen Subsidiado.
3. Atención directa en hospitales - Empresas Sociales del Estado cuando no están afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
4. Eventos especiales cubiertos por el Fondo de Solidaridad y Garantía a través de la Subcuenta para Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT).



DEBERES Y DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. Afiliación al Régimen Contributivo

¿Qué es el Régimen Contributivo? Es el mecanismo mediante el cual las personas que tienen un empleo o la capacidad de pago se afilian individualmente o con su grupo familiar al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de una Empresa Promotora de Salud (EPS).

¿Quiénes tienen derecho de pertenecer al Régimen Contributivo?

- Todos los trabajadores (con contrato laboral o trabajadores independientes) y sus grupos familiares como beneficiarios, si cumplen con las siguientes condiciones:
- Familiares en primer grado de consanguinidad: cónyuge, compañero o compañera permanente, y los hijos e hijas menores de 18 años.
- En algunos casos especiales pueden afiliar a sus hijos mayores de 18 años (hasta los 25 años), si están estudiando o si tienen una discapacidad permanente; a sus padres y familiares hasta en tercer grado de consanguinidad, si dependen económicamente de ellos.

¿Qué servicios en salud deben recibir las PcD a través del Plan Obligatorio de Servicios (POS) en el Régimen Contributivo?

A través del Plan Obligatorio de Servicios (POS) las personas con discapacidad reciben servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud, desde la medicina preventiva hasta tratamientos avanzados de alta complejidad



DEBERES Y DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

2. Afiliación al régimen subsidiado

El Régimen subsidiado es el mecanismo mediante el cual las personas con menos ingresos y sin capacidad de pago pueden tener acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

¿Quiénes tienen derecho a pertenecer al Régimen Subsidiado?

-Las personas clasificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN. En este caso pueden acceder a través de un subsidio total, sin costo, al conjunto básico de servicios de atención en salud del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado PBS-S.

-Si son residentes en el área urbana y están clasificadas en los niveles 2 y 3 del SISBEN, pueden acceder a través de un subsidio parcial, pagando una mínima cantidad. El subsidio significa que como beneficiarios solo asumen una mínima parte del costo del servicio. El resto es cubierto por el Estado.

-La afiliación al Régimen Subsidiado es individual; por ello se debe buscar que todos los miembros de la familia sean afiliados.



DEBERES Y DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

2. Afiliación al régimen subsidiado

¿Qué servicios en salud reciben a través del Plan Obligatorio de Servicios del Régimen Subsidiado?

- Acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, incluida la vacunación.
- Maternidad.
- Consulta: medicina general y especializada.
- En diagnóstico: laboratorio clínico y radiología básicos.
- Urgencias y hospitalización de menor complejidad.
- Suministros de medicamentos esenciales y de material quirúrgico, yesos y vendas.
- Odontología: con excepción de ortodoncia, periodoncia y prótesis.
- Atención a problemas visuales para menores de 18 años y mayores de 60 años.
- Atención para enfermedades como cáncer, VIH/SIDA, enfermedades del corazón, renales, del sistema nervioso central, cirugías de cráneo y de columna, y la unidad de cuidados intensivos, entre los más importantes.



DEBERES Y DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

2. Afiliación al régimen subsidiado

¿Cuáles son los servicios adicionales del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado a los que tienen derecho las personas con discapacidad?

- Atención de quemaduras de distinto grado y complejidad.
- Reemplazo articular de cadera y rodilla.
- Atención inicial de urgencias.
- Acciones de recuperación de la salud de forma ambulatoria de primer nivel, y algunas de segundo y tercer nivel.
- Atención hospitalaria de segundo y tercer nivel de atención en algunos eventos de atención especializada.
- Todas las acciones de rehabilitación funcional para menores de 18 años en igualdad de condiciones al régimen contributivo.
- Para mayores de 18 años la rehabilitación funcional del sistema neuromuscular y esquelético por enfermedad general.
- Y a todos los demás servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S definidos en los Acuerdos 008 de 2009 y 011 de 2010 de la CRES.

¿Quiénes están exentos de copagos en los servicios ofrecidos por el POS?

La PcD obtiene atención gratuita, exenta de copagos.



DEBERES Y DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

3. Atención directa en hospitales

Atención directa en hospitales – Empresas Sociales del Estado cuando no están afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Si por motivos de incapacidad de pago las PcD no se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mientras logran ser afiliadas al Régimen Subsidiado tienen derecho a acceder a servicios de atención en salud prestados por la red pública, hospitales públicos o Empresas Sociales del Estado – ESE–, así como por instituciones privadas contratadas por el departamento, distrito o municipio en el cual habitan.

¿Cuáles son los servicios de salud a los que tienen derecho como participantes vinculados?

- Acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en diferentes niveles de complejidad.
- Suministro de medicamentos.
- Atención inicial en el servicio de urgencias, en cualquier lugar del país.
- Atención por enfermedades de alto costo.

Para más información pueden contactarse con el sistema de salud a través del sitio web www.pos.gov.co.



DEBERES Y DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

4. Eventos especiales

El Fondo de Solidaridad y Garantía es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud a través de varias subcuentas, siendo una de ellas la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT). Esta subcuenta tiene por objeto garantizar la atención integral en salud a las víctimas de accidentes de tránsito, acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, y catástrofes naturales y otros eventos aprobados por la entidad del gobierno encargada.

¿Quiénes tienen derecho a los beneficios de la Subcuenta ECAT?

Las personas que han sufrido daños en su integridad física y emocional como consecuencia de:

- Accidentes de tránsito.
- Eventos terroristas: aquellos producidos con bombas o artefactos explosivos.
- Catástrofes de origen natural: sismos, maremotos, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra, inundaciones.
- Otros eventos: que, aprobados por la entidad de gobierno a cargo, tengan origen natural o sean provocados por el hombre en forma accidental o voluntaria, y que afectan en forma masiva e indiscriminada a la población, como el desplazamiento forzado.

DEBERES Y DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

4. Eventos especiales

¿Cuáles son los servicios adicionales que en salud reciben las PcD a través del FOSYGA, la Subcuenta ECAT y Acción Social, como víctimas de Minas Antipersonal (MAP), Municiones sin Explotar (MUSE) y Artefactos Explosivos Improvisados (AEI)?

ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA / SUBSIDIO DE TRANSPORTE:

ATENCIÓN DE URGENCIA HOSPITALARIA REHABILITACIÓN MÉDICA, FÍSICA Y PSICOLÓGICA

REHABILITACIÓN MÉDICA, FÍSICA Y PSICOLÓGICA

INDEMNIZACIÓN POR DISCAPACIDAD PERMANENTE

ASISTENCIA HUMANITARIA POR INCAPACIDAD PERMANENTE

SUBSIDIO POR GASTOS FUNERARIOS

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE

ASISTENCIA HUMANITARIA POR MUERTE

DEBERES Y DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

4. Eventos especiales

¿Cuáles son los servicios adicionales que en salud reciben las PcD a través del FOSYGA, la Subcuenta ECAT y Acción Social, como víctimas de Minas Antipersonal (MAP), Municiones sin Explotar (MUSE) y Artefactos Explosivos Improvisados (AEI)?

ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA / SUBSIDIO DE TRANSPORTE:

ATENCIÓN DE URGENCIA HOSPITALARIA REHABILITACIÓN MÉDICA, FÍSICA Y PSICOLÓGICA

REHABILITACIÓN MÉDICA, FÍSICA Y PSICOLÓGICA

INDEMNIZACIÓN POR DISCAPACIDAD PERMANENTE

ASISTENCIA HUMANITARIA POR INCAPACIDAD PERMANENTE

SUBSIDIO POR GASTOS FUNERARIOS

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE

ASISTENCIA HUMANITARIA POR MUERTE