



Boletín Epidemiológico

Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

Enero - Marzo 2009

Versión 4 Número 1

MIEMBROS

Dr. Pedro Clavel Gallardo Forbes
Gobernador Departamental

Dr. Jose A. Rodríguez Robles
Secretario Departamental de Salud

Dra. Elizabeth Mera García
Coordinadora Salud Pública

M.Sc. Liza Hayes
Estadística Informática y Demografía

Merari Gómez
Auxiliar de Enfermería

GRUPOS FUNCIONALES

Aseguramiento

Unidad de Promoción y Prevención

Control de Factores de riesgo del Ambiente y del Consumo

Grupo de promotoras de Salud

Secretaría Departamental de Salud

Calle 6 N° 1-22 Bloque 1 - Piso 1 – Av. Newball contiguo Coral Palace – San Andrés, Isla

E-Mail: sivigila_sanandres@yahoo.com.mx

Teléfono: (098) 512 6784

CONTENIDO

PROLOGO.....	1
CORREDOR EPIDEMIOLOGICO 2008.....	2
o Enfermedad Diarreica Aguda –EDA.....	2
o Infección Respiratoria Aguda –IRA.....	3
MORTALIDAD PERINATAL.....	4
EL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO.....	4
CIUDADOS DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO.....	8
COLOMBIA: SALUD PARA TODOS LOS COLOMBIANOS.....	9
COBERTURA DE VACUNACION.....	14

PROLOGO

El año 2008 fue un año de sumo trabajo y esfuerzo de la Secretaría Departamental de Salud. Esfuerzo encaminado a cumplir con las metas de salud propuestas en los Objetivos del Milenio.

Producto de este esfuerzo se resalta el mejoramiento en la notificación, el cambio en la metodología de los Monitoreos Rápidos de Cobertura, el mejoramiento en la respuesta de los casos que requieran estudios de campo. También, aunque tristemente se resalta la identificación de las mortalidades perinatales y de los niños con Bajo Peso al Nacer.

Ante este hecho la Secretaría Departamental de Salud ha decidido tomar como lema para el 2009, el garantizar un embarazo seguro y el reducir los casos de mortalidad perinatal evitables, **“Por una maternidad segura, todas a controles”**.

Con este número la Secretaría Departamental de Salud busca elevar el grado de conciencia de la población del Departamento acerca de las brechas y retos existentes, e incrementar nuestro conocimiento acerca de estas problemáticas de Salud Pública.

JOSE ANTONIO RODRIGUEZ ROBLES
Secretario de Salud Departamental

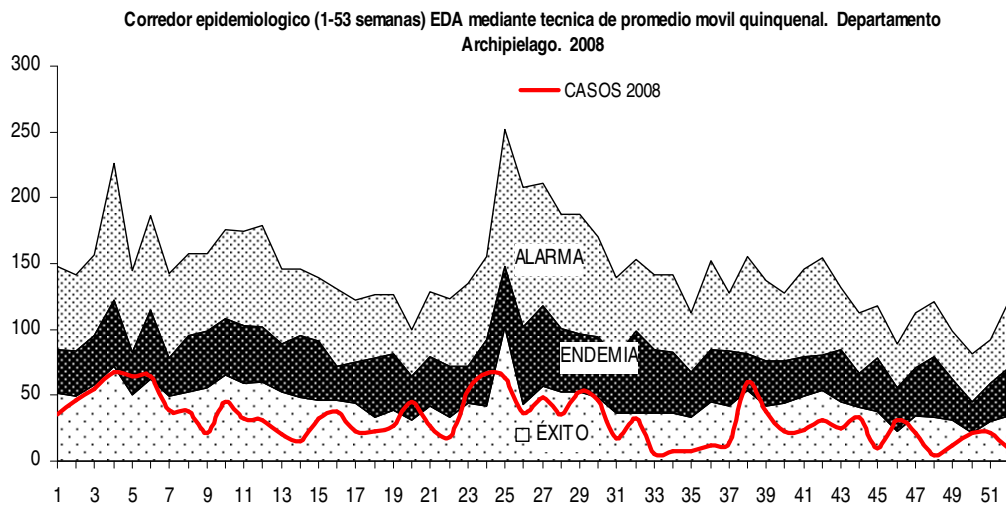


CORREDOR EPIDEMIOLOGICO 2008

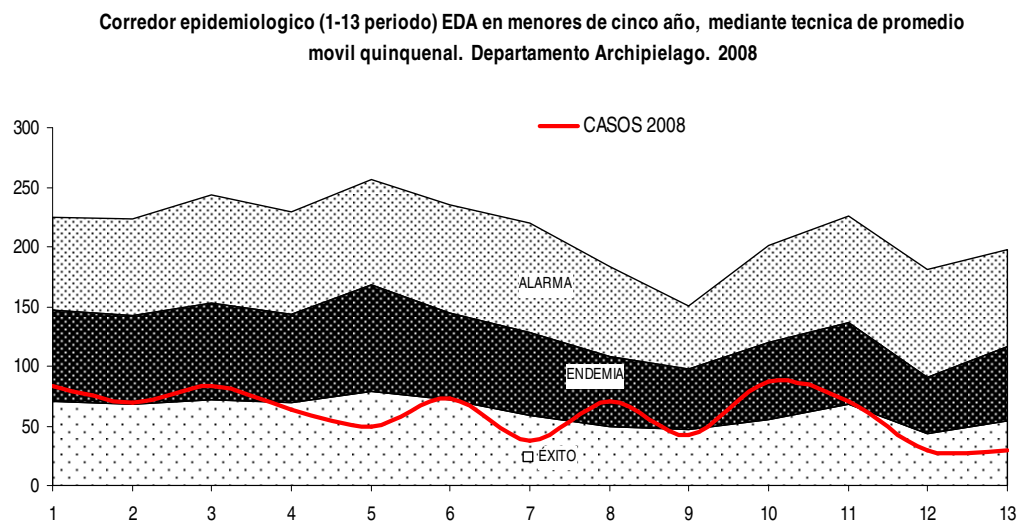
Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

Gráfico 1. Corredor epidemiológico (1-53 semanas) Enfermedad Diarreica Aguda EDA mediante técnica de promedio móvil quinquenal. Departamento Archipiélago. 2008

a. Población General



b. Población Menor de 5 años

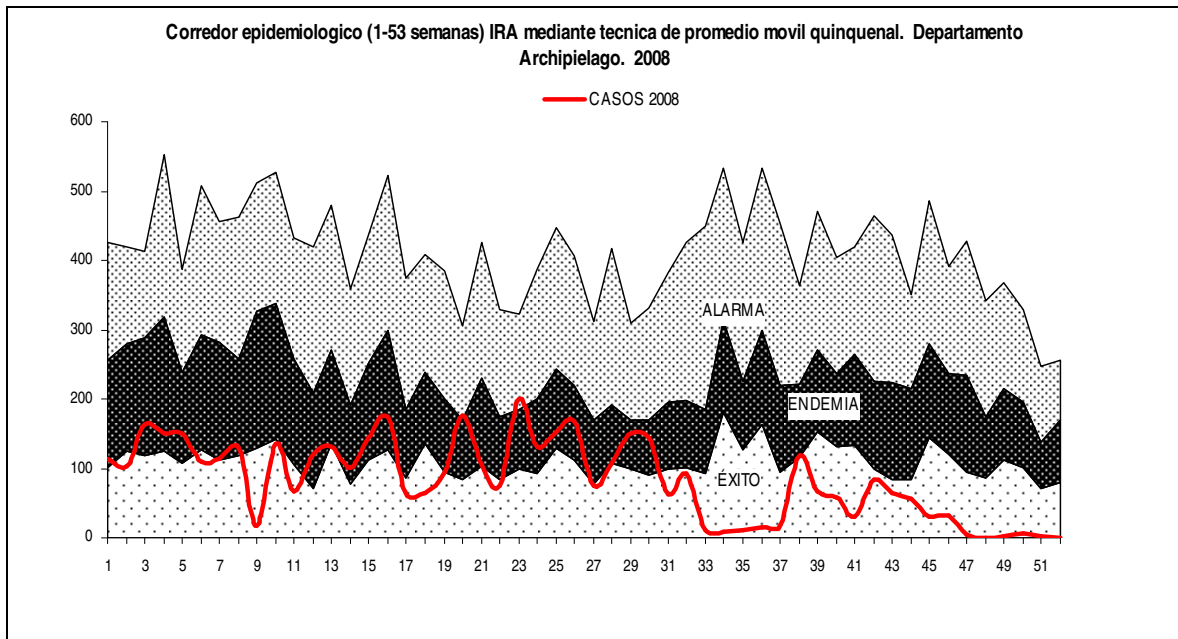




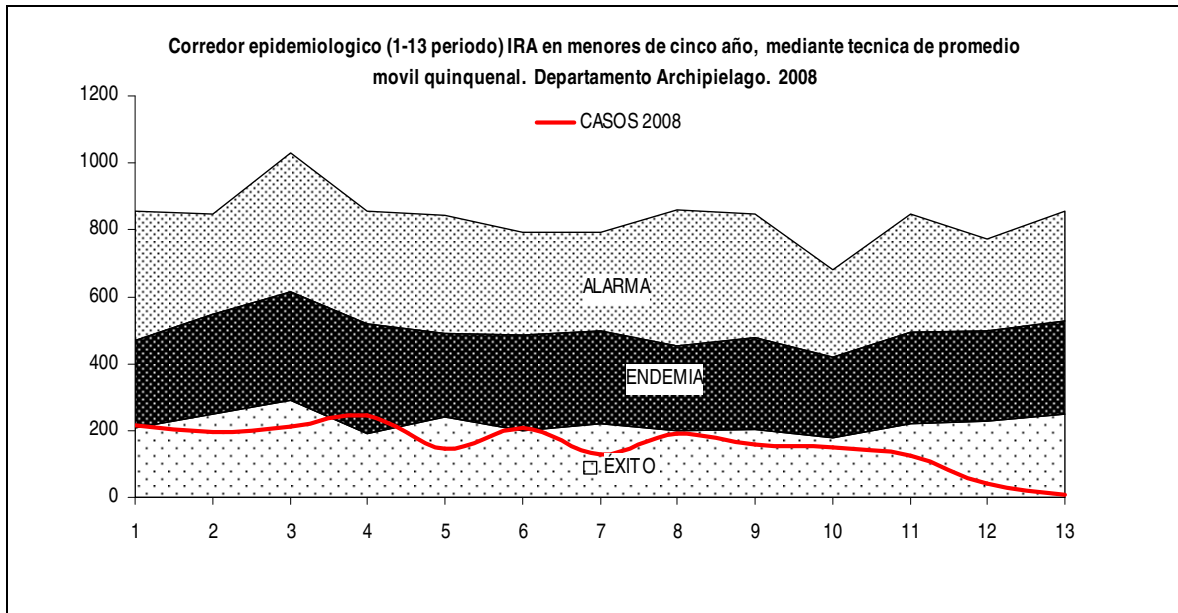
Infeción Respiratoria Aguda –IRA

Gráfico 2. Corredor epidemiológico (1-53 semanas) Infección Respiratoria Aguda IRA mediante técnica de promedio móvil quinquenal. Departamento Archipiélago. 2008

a. Población General



b. Población Menor de 5 años





MORTALIDAD PERINATAL¹

PENDIENTE DOCUMENTO DEL DOCTOR TALERO

EL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO.

Bajo peso al nacer es un término que se utiliza para describir a los bebés que nacen con un peso menor a los 2.500 gramos (5 libras, 8 onzas).

Los bebés con bajo peso al nacer son mucho más pequeños que los que nacen con un peso normal. Son muy delgados, con tejido adiposo escaso y su cabeza se ve más grande que el resto del cuerpo.²

Los factores asociados con el BPN pueden clasificarse en cinco grupos generales: demográficos, médicos y ambientales. Como se observa en el cuadro 1, los factores médicos pueden subdividirse a su vez en los que están presentes antes de la gestación (pre-gestacional) y en los que se manifiestan en su transcurso (gestacional).

Un bebé que nace con bajo peso corre riesgo de sufrir complicaciones. Su pequeño cuerpo no es muy resistente, por lo que es posible que presente dificultades para alimentarse, aumentar de peso y para combatir las infecciones. Debido a su tejido adiposo escaso, estos bebés también suelen tener complicaciones para mantener el calor en temperaturas normales. Como muchos de estos bebés también son prematuros, puede resultar difícil diferenciar los problemas

provocados por la prematurez de los problemas debidos al hecho de ser muy pequeños. En general, cuanto menor es el peso al nacer, mayores son los riesgos de sufrir complicaciones.

Cuadro 1. Factores Asociados con el Bajo Peso al Nacer (BPN)

Grupo	Factores
Demográficos	Clase Social, Grupo étnico ³ , Nivel Educativo Materno, Estado Civil, Edad de la madre ⁴ , Ocupación, Estrés psicosocial, Gestación no planeada
Médicos Pregestacionales	BPN en partos previos, Multiparidad ⁵ , Enfermedades crónicas, Estado Nutricional
Gestacionales	Embarazo múltiple, Intervalo Inter-genésico corto, poco aumento de peso, preclampsia, eclampsia, disfunciones de la placenta y sus membranas, infección materna, malformación congénita, infección del trato urogenital
Conductuales	Fumar, consumo de alcohol o sustancias tóxicas ⁶
Ambientales	Época del año, altura sobre el nivel del mar

Tomado de Factores de riesgo del bajo peso al nacer, Hospital Gineco-Obstétrico Provincial de Sancti Spiritus

A continuación se enumeran algunos de los problemas frecuentes de los bebés con bajo peso al nacer:

³ Las probabilidades de nacer con bajo peso son dos veces mayores en los bebés afroamericanos que en los caucásicos

⁴ Las madres adolescentes (especialmente las menores de 15 años) corren mayor riesgo de tener un bebé con bajo peso al nacer

⁵ Debido a que suelen ser prematuros, los bebés de partos múltiples corren mayor riesgo de tener bajo peso al nacer. De hecho, más de la mitad de los mellizos y otros bebés múltiples nacen con bajo peso

⁶ Los bebés de las madres que están expuestas a drogas ilícitas, alcohol y cigarrillos tienen más probabilidades de nacer con bajo peso. También es muy probable que las madres de bajo nivel socioeconómico tengan una nutrición insuficiente durante el embarazo, cuidados prenatales inadecuados y complicaciones en el embarazo, factores que pueden contribuir al bajo peso al nacer.

¹ Dr. Talero.. BLABLA

² Tomado de Tomado de http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_hrnewborn_sp/lbw.cfm



- niveles bajos de oxígeno al nacer
- incapacidad de mantener la temperatura corporal
- dificultad para alimentarse y para aumentar de peso
- infecciones
- problemas respiratorios como por ejemplo, el síndrome de dificultad respiratoria (una enfermedad respiratoria de la prematuridad causada por el desarrollo pulmonar insuficiente)
- problemas neurológicos como por ejemplo, la hemorragia intraventricular (sangrado dentro del cerebro)
- problemas gastrointestinales como por ejemplo, la enterocolitis necrotizante (enfermedad intestinal grave que es frecuente en los prematuros)
- síndrome de muerte súbita del lactante (su sigla en inglés es SIDS)

Casi todos los bebés con bajo peso al nacer necesitan atención especializada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) hasta que logren aumentar de peso y se encuentren en condiciones de ir a casa. Afortunadamente, los bebés que pesan entre 1501 y 2500 gramos (3 libras, 5 onzas y 5 libras, 8 onzas) tienen mucho más posibilidades de sobrevivir.

Un peso menor que 2500 gramos (5 libras y 8 onzas) se diagnostica como bajo peso al nacer. En cambio, un bebé que pesa menos de 1500 gramos (3 libras y 5 onzas), recibe un diagnóstico de muy bajo peso al nacer.

El tratamiento específico para el bajo peso al nacer será determinado por el médico de su bebé basándose en lo siguiente:

- la edad gestacional de su bebé, su estado general de salud y los antecedentes médicos
- la tolerancia de su bebé a ciertos medicamentos, procedimientos o terapias
- su opinión o preferencia

El cuidado prenatal es un factor clave en la prevención de nacimientos prematuros y bebés con bajo peso al nacer. En las consultas prenatales, se controla la salud tanto de la madre como del feto. Dado que la nutrición y el aumento de peso maternos están vinculados con el aumento de peso fetal y el peso al nacer, es fundamental seguir una dieta saludable y aumentar de peso durante el embarazo. Las madres también deberían evitar el alcohol, los cigarrillos y las drogas ilícitas, ya que estos factores pueden contribuir a un crecimiento fetal deficiente, entre otras complicaciones

Tasa de Incidencia de Bajo Peso al Nacer (BPN)

Se tiene como numerador a todos los recién nacidos vivos con un peso al nacer inferior a 2.500 gr como denominador se coloca a todos los nacidos vivos referidos a un periodo de tiempo determinado multiplicado por 100.

$$TBPN = \frac{\text{nacidos vivos con peso } < 2500\text{g} \times 100}{\text{Nacidos vivos (NV)}}$$

Fuente de Información

Existen dos fuentes primarias de datos las Estadísticas vitales y las encuestas de hogares. En este caso utilizaremos los datos de la primera fuente.

Análisis de los datos

La proporción de BPN en el mundo oscilaba entre 3 y 43%. En los países desarrollados, la incidencia de BPN se encuentra entre 3,6 y 7,1%, mientras que en países de Asia



Sudoriental dicha incidencia⁷ varía entre un 20 a un 43 por ciento.

Cuadro 1. Tasa de Bajo peso al Nacer (porcentaje). Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 1999 – 2008 (preliminar)

Año	Nacimientos	< 2500 gr	> 2500 gr
1999	1053	7,0	93
2000	1016	4,5	95,5
2001	948	6,1	93,9
2002	991	7,7	92,3
2003	987	8,6	91,4
2004	909	7,9	92,1
2005	932	6,4	93,6
2006	859	4,8	95,2
2007	896	5,6	94,4
2008	713	7,4	92,6

Según los resultados de los certificados de Nacidos vivos (estadísticas vitales) la tasa de incidencia de Bajo peso al Nacer (BPN) en el Departamento tiene un comportamiento similar al que se presenta en los países en desarrollo oscilando entre 4,5 y 7,5.

No obstante en el periodo comprendido entre 2002 y el 2004 la tasa tuvo un comportamiento irregular, pasa de ser del 7,7 en el 2002 a su máximo valor con 8,6 en el 2003 al año siguiente decrece para llegar a ser del 7,9. Es de resaltar que en lo que se lleva del 2008 la tasa tiene un valor relativamente alto con 7,4 (cuadro 1).

De los nacidos con bajo peso en el Departamento en el 2007 aproximadamente el 16% (n=8) tenían “muy bajo peso” (menos de 1500 gr) en el 2007 y el 11% (n=6) en el 2008.

Si bien es cierto que la incidencia del Departamento es consecuentemente con la meta de la OMS, la cual busca reducir en 10% la incidencia de BPN, está todavía muy lejos de ser la óptima para una localidad tan pequeña como lo es el Departamento Archipiélago.

Cuadro 1. Peso y Tasa de Bajo peso al Nacer (por 1000 nacidos vivos). Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2007 – 2008 (preliminar)

Rango Peso	2007		2008	
	Nac Vivos	Tasa por 1000 NV	Nac Vivos	Tasa por 1000 NV
Bajo Peso	50	55,8	53	74,3
< 1500 g	8	8,9	6	8,4
1500 - 2499 g	42	46,9	47	65,9
>= 2500 g	846	94,4	660	92,6

La mayor incidencia de BPN en el 2007 se presentó en las mujeres del régimen Vinculado con un 15,4 en lo que se lleva del 2008 ninguno de los niños nacidos de este régimen no son de Bajo peso (gráfico 1).

Durante el 2007 en los regímenes contributivo y Subsidiado la tasa de incidencia era relativamente baja y homogénea con 5,3 y 5,4 respectivamente, en lo que ha transcurrido del

2008 las tasas han incrementado, siendo la del subsidiado la que ha tenido un mayor incremento de 1,8 puntos porcentuales (gráfica 1). En valores absolutos esto indica pasar de 20 a 28 nacidos vivos con bajo peso.

Gráfico 1. Incidencia de BPN por régimen. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2007 - 2008

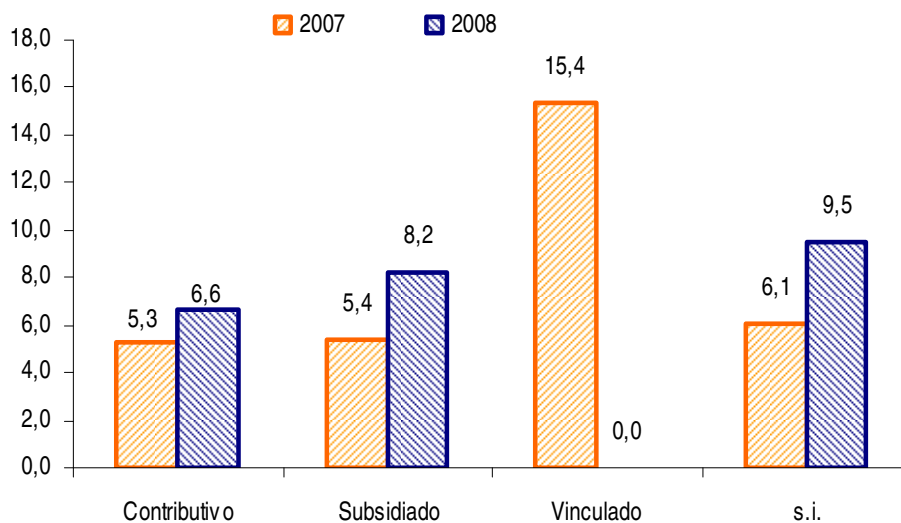
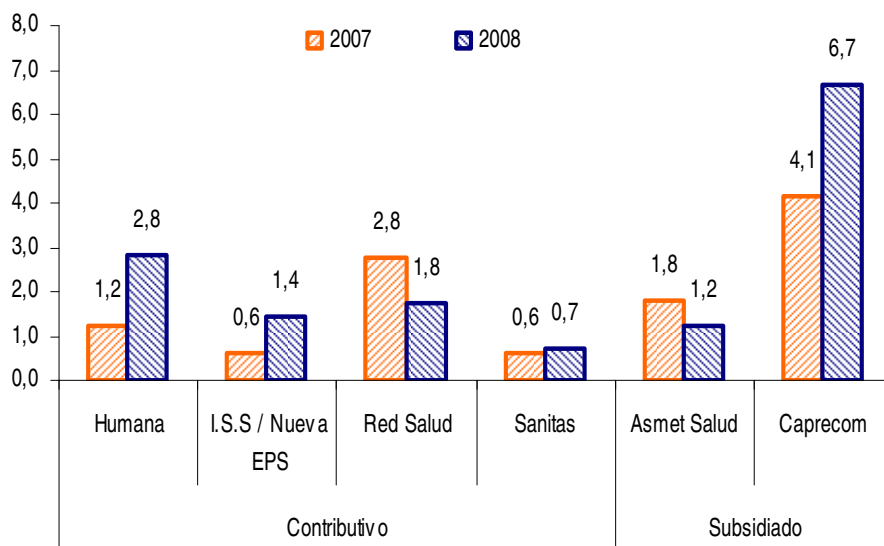


Gráfico 2. Proporción de BPN por EPS según régimen. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2007 - 2008





La oportunidad, entendida como el acceso al primer control, disminuye el riesgo de BPN, es así como en las mujeres que tienen un control tardío o fuera de tiempo tienen 1,65 veces mayor riesgo de BPN.

El riesgo tiene una relación directa con el tiempo de gestación y el primer control prenatal, es decir a mayor tiempo de gestación sin el primer control mayor es el riesgo, el riesgo es 2,18 veces superior en mujeres que realizan el primer control durante el cuarto o quinto mes, y 2,93 superior en las que la tuvieron después del quinto mes, en relación con las que se hacen el primer control durante los primeros tres meses.⁸

Como se mencionó anteriormente la mayor incidencia de BPN se presenta en las madres afiliadas en el régimen vinculado

Al clasificar cada EPS acorde al régimen a la cual pertenece y sin considerar las del Vinculado, se observa como en el régimen subsidiado tiene un mayor peso relativo los niños con BPN de Caprecom en ambos años. Además para el año 2008 la proporción de niños con bajo peso al nacer se incrementó en 2,5 porcentuales. En ASMET salud la proporción decreció en casi un punto porcentual.

En cuanto a los nacimientos del régimen contributivo, Humana Vivir presenta el mayor peso relativo, donde aproximadamente el 3% de los niños en el 2008 de madres afiliadas a esta EPS fueron de bajo peso, el cual representa un incremento en 1,6 puntos porcentuales en relación con el año anterior. Comportamiento similar se presentó en la Nueva EPS (antes Instituto de Seguro Social) en donde los niños con BPN se incrementó en casi un punto porcentual en el 2008 (1,4) en relación con el 2007.

En cuando a Red Salud esta proporción decreció en un punto porcentual, es decir, en el 2007 de todos los niños nacidos bajo este régimen aproximadamente el 3% de bajo eran de Red Salud, en el 2008 esta proporción fue de aproximadamente un 2% (gráfico 2).

En la atención primaria se deben vigilarse más: el poco aumento de peso, el antecedente de abortos y el intervalo intergenésico corto. De esta manera se podría prevenir los nacimientos de bajo niños y mantener los buenos indicadores que son comparables con los de muchos países desarrollados.

CIUDADOS DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO⁹

PENDIENTE DOCUMENTO DE LAS NUTRICIONISTAS Y GINA

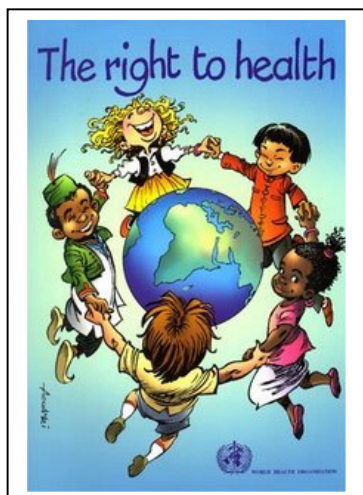
⁸ GRAU ESPINOSA, Marcos Aurelio; SAENZ DARIAS, Luis and CABRALES ESCOBAR, José Andrés. Factores de riesgo del bajo peso al nacer, Hospital Gineco-Obstétrico Provincial de Sancti Spiritus, Cuba. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 1999, v. 6, n. 2 [cited 2008-12-25], pp. 95-98.

⁹ Silvia Hernandez. BLA BLA BLA



COLOMBIA: SALUD PARA TODOS LOS COLOMBIANOS

José Rocha Jiménez (agosto 23/2008)



La Corte Constitucional, en una sentencia de Tutela T-760 de 2008¹⁰, tomó una decisión importante para la protección de los derechos fundamentales, en especial la salud y los derivados de ella.

Según las estadísticas de la Defensoría del Pueblo, entre 1999 y 2007, las y los colombianos se vieron obligadas a instaurar **610 mil acciones de tutela** para exigir el derecho a la salud. Juzgados de todos los niveles, Tribunales de Capitales y Departamentos y las llamadas altas Cortes, se han visto inundadas de acciones de tutela buscando la protección de derechos fundamentales, cuya violación o vulneración, en muchas ocasiones es obvia y raya con la irresponsabilidad

Estatal y de muchos particulares que prestan servicios de salud. Esta carga innecesaria que le ha tocado soportar al sistema judicial colombiano, y que el Poder Ejecutivo ni el Poder Legislativo han sido capaces de afrontar, por fin encuentra una respuesta desde el Poder Judicial que es necesario conocer, apoyar y respaldar decididamente en defensa de todos los colombianos.

Son muchas y muchos los colombianos que han fallecido por falta de una atención médica oportuna y sus familiares han tenido que recurrir a mecanismos judiciales de reparación e indemnización, los cuales, desafortunadamente en nuestro medio, son lentos y demorados. Ese llamado de atención, ese “jalón de orejas” que hace la Corte Constitucional, no debería quedarse sólo ahí sino que debería derivar en responsabilidades subjetivas en altos funcionarios de los organismos del Estado cuestionados, pues ellos han omitido deberes y funciones para proteger la salud y la vida de colombianos y colombianas; han omitido el cumplimiento del deber constitucional con lo cual se ha perjudicado la salud y la vida de muchos compatriotas. Pero lamentablemente nuestro débil Estado Social de Derecho, no permitirá que llegemos hasta allá.

DEBERES Y DERECHOS

Deberes en Salud de la Población

- ✦ Procurar el cuidado de su salud y la de su comunidad.
- ✦ Cumplir las normas o instrucciones de la IPS y sus profesionales.
- ✦ Cuidar y hacer buen uso de los recursos, instalaciones, dotación de los servicios de salud

¹⁰ La sentencia T-760 exige al Estado que ponga en marcha los mecanismos necesarios para protegerlo, sobre todo cuando beneficia a los niños, cuando la prestación de los servicios es obstaculizada mediante la exigencia de dinero, cuando estos se requieren para enfrentar enfermedades catastróficas o de alto costo, cuando son interrumpidos súbitamente, cuando los usuarios no tienen la suficiente información, cuando a ellos se les trasladan cargas administrativas o burocráticas (trámites) o cuando los servicios hacen parte integral de un tratamiento. También insiste en que se proteja el derecho a la información, mediante la distribución, a todos los afiliados, de una carta de derechos, y fijó un límite al Estado para alcanzar la cobertura universal: para enero del 2010, ningún colombiano podrá estar fuera del sistema de salud. (tomado de [El Tiempo on line \(22/08/2008\)](#))



- ✦ Tratar con dignidad el personal que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.
- ✦ Toda persona tiene el deber de velar por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria a fin de evitar las infecciones.

Derechos de la Población

- ✦ La seguridad social en salud.
- ✦ Plan de atención básica en forma gratuita y obligatoria.
- ✦ La atención en salud integral; educación, información, fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y rehabilitación.
- ✦ La atención inicial de urgencias es obligatoria en todas las instituciones que presten servicios de salud independiente de la capacidad de pago. Los costos serán cubiertos por el FOSYGA, a los vinculados y por la E.P.S a las personas afiliadas al sistema general de seguridad social en salud.
- ✦ Los menores de 5 años tienen derecho a la vacunación de DPT; Antihepatitis B, Triple Viral, BCG, Antipoliomielítica oral. Estas serán gratuitas, independiente de su afiliación.
- ✦ Tratamientos oportunos, personalizados, humanizado integral y continuo.
- ✦ Control de crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 12 años.
- ✦ Fluorización, aplicación de sellantes y destartaje a la población de 5 a 14 años.
- ✦ Planificación familiar en hombres y mujeres en edad reproductiva.
- ✦ Control prenatal.
- ✦ Parto limpio y seguro.
- ✦ Citología cérvico-uterina en mujeres entre 25 y 65 años.
- ✦ Examen físico de mama en mujeres mayores de 35 años.

- ✦ Atención de Urgencias por accidentes de tránsito, terrorismo, catástrofes.
- ✦ La Población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel I del SISBEN, pagará 5% del valor de los servicios, en el nivel II pagará un 10% del valor de los servicios. En el Nivel III del SISBEN pagarán máximo de 30% del valor del servicio.

Derechos del trabajador cotizante

- ✦ Reconocimientos y pago de pensiones (en caso de invalidez, vejez o muerte).
- ✦ Afiliación a riesgos profesionales.
- ✦ Escoger libremente la EPS.
- ✦ Elegir la IPS y/o profesional, para ser atendido, siempre y cuando estos tengan contrato con su EPS.
- ✦ Un carné de identificación para todos los afiliados. Tendrá validez mientras este esté afiliado.
- ✦ Un medio ambiente laboral sano.
- ✦ Todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud P.O.S.
- ✦ Afiliar a su familia esposo(a) compañero permanente, hijos menores de 18 años, de cualquiera de los dos cónyuges, a los hijos menores de 25 años que estudien. Si el afiliado no tiene hijos ni esposa (o) Compañero(a) permanente puede afiliar a sus padres si dependen económicamente de él.
- ✦ Los afiliados al Régimen Contributivo tiene derecho a incapacidades, es decir, pago por enfermedad profesional o enfermedad general.
- ✦ Licencia de maternidad para madres afiliadas al Régimen contributivo (Art. 207, Ley 100 del 93).
- ✦ El no pago de la cotización producirá suspensión en la afiliación y al derecho de atención al P.O.S.
- ✦ Si la afiliación es suspendida por el no pago por parte del empleador, la EPS debe atender al trabajador y cobrar al



empleador el total de la atención, además deberá pagar la respectiva cotización (Acto 806 de 1998).

- ✦ Lentes para anteojos simples que por razones médicas sea necesario su cambio en razón de la modificación del defecto padecido.
- ✦ El empleador pagará el total de la afiliación a riesgos profesionales.
- ✦ Por accidente de trabajo se tiene derecho a: Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica, Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, Rehabilitación física y profesional, Gastos de traslado en condiciones normales que sean necesarios para la prestación de estos servicios, Por los accidentes de trabajo el monto económico de la incapacidad temporal será del 100% de su salario base de cotización.
- ✦ Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o enfermedad profesional tiene derecho a: Subsidio por incapacidad temporal, Indemnización por incapacidad temporal, Pensión de invalidez, Pensión de sobreviviente, Auxilio funerario.
- ✦ Afiliar a riesgos profesionales a los estudiantes que ejecuten trabajos que signifiquen fuente de ingreso para las respectivas instituciones.
- ✦ Las EPS no podrán cobrar cuota moderadora antes de la tercera consulta.
- ✦ Suministrar información veraz, clara y completa de su estado de salud y los ingresos base de cotización.
- ✦ Pago de cuotas moderadas cuando la E.P.S. lo indique.

Derechos afiliados al régimen subsidiado

- ✦ Habrá un subsidio alimentario para las mujeres embarazadas y madres de niños y niñas menores de un año. Esto en especie (Art. 166, Ley 100 / 93).
- ✦ Derecho a no ser discriminado en la atención (Art. 188, Ley 100 / 93).
- ✦ Tiene derecho a la afiliación al régimen subsidiado, las comunidades indígenas (Art. 4 del acuerdo 023).
- ✦ Un carné de identificación para todos los afiliados. Tendrá validez mientras éste este afiliado (Art. 20, Decreto 1919 de 1994).
- ✦ A ser informado sobre: Aspectos relacionados con coberturas potenciales, contenido del POS -S. Procedimiento para la inscripción. Redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como el valor de las cuotas moderadoras que se debe pagar (Art. 10, Literal, Decreto 2357).
- ✦ Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que deberán ser ejecutadas por la EPS y ARS a sus afiliados y por las IPS públicas a los vinculados al sistema (Art. 6°, Resol 0997 MIMSALUD).
- ✦ Para la población indígena e indigente no habrá cobro de cuota de recuperación (Art. 18, Decreto 2357).
- ✦ Tienen derecho a escoger libremente la entidad administradora de subsidios a la cual desea afiliarse (Art. 10, Acuerdo 23).
- ✦ La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel I del SISBEN, pagará un 5% del valor de los servicios, en el nivel II, pagará un 10% del valor de los servicios, para la población identificada en el nivel III del SISBEN, pagará un máximo del 30% del valor de los servicios.



Derechos de los desplazados

Los desplazados por Violencia tendrán derecho a recibir los servicios de salud necesarios para la atención oportuna de las enfermedades, derivadas de la exposición de los riesgos inherentes al desplazamiento en forma gratuita presentando el certificado de calidad de desplazado.

Derechos de madre e hijo en salud

Todo niño que nazca queda automáticamente afiliado a la EPS o ARS en la que su madre este afiliada

Toda mujer en embarazo tiene derecho a:

- + Control prenatal, Atención del parto, y al Control de posparto.
- + Consulta por afecciones relacionadas.
- + El recién nacido hasta el año de edad y su madre tienen derecho a educación, información y fomento de salud y a la lactancia materna.
- + Hospitalizaciones, Urgencias y los medicamentos esenciales.
- + Rehabilitación.
- + Licencia de maternidad para madres afiliadas al régimen contributivo.
- + Los menores de 5 años tienen derecho a la vacunación de DPT, Antihepatitis B, Triple Viral, BCG, Antipoliomielica oral.
- + La mujer gestante debe ser atendida como mínimo en cuatro controles, de los cuales dos deben ser por médico.
- + Control del crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 12 años.
- + No obstante las prestaciones económicas por la licencia de maternidad, requerirá que la afiliada haya cotizado como mínimo un periodo igual a los meses de gestación (Decreto 806 de 1998).

- + Durante los controles de la mujer gestante se debe realizar todos los exámenes de laboratorio establecidos en el protocolo para la atención de la embarazada y aplicar el esquema de vacunación definido en el PAI.
- + La atención del parto y sus complicaciones no están sujetas a periodos mínimos de cotización.
- + Para los afiliados al régimen subsidiado y los vinculados, se prohíbe el cobro de copagos y cuotas de recuperación en el control prenatal. La atención del parto, sus complicaciones y la atención del niño durante el primer año de vida.

Derechos y Deberes de las personas con VIH o SIDA:

- + Toda persona tiene el deber de velar por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria a fin de evitar la infección del virus (VIH) y SIDA (Decreto 1543 de 1997)
- + Obligación de la atención: Ninguna persona que preste los servicios de salud o institución de salud se podrá negar a prestar atención que requiera una persona infectada por el virus VIH o SIDA salvo ley 23/81.
- + Las EPS estarán obligadas a realizar acciones de promoción, prevención o asistencia en VIH, ETS y SIDA.
- + Derecho a la intimidad. El nombre solo será para fines epidemiológicos sanitarios.
- + Queda prohibida la exigencia de pruebas de laboratorio para determinar infección por virus VIH y SIDA como requisito para ingreso
- + No podrán exigírsele pruebas diagnósticas de laboratorio como requisito para acceder a la cobertura respectiva de protección.
- + Derecho a la información sobre el estado de salud, que le permita obtener



la información necesaria al respecto de la enfermedad que padece, así como los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar. Acepten o rechacen estos procedimientos dejando expresa constancia por escrito de su decisión.

- + Derecho a morir dignamente. Toda persona tiene derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural.
- + Derecho a informar a las personas interesadas de manera amplia sobre los planes de beneficio que le ofrece la entidad, la forma de financiación, el sistema de referencia del paciente.
- + Derecho al consentimiento informado.
- + La práctica de pruebas de laboratorio para detectar la infección del virus del VIH en el orden individual o encuesta
- + Derecho a no ser discriminado por estar infectado con el VIH, ni por ningún motivo.
- + La familia participará activamente en el mantenimiento de la salud de las personas sintomáticas infectadas por el VIH, en la recuperación de personas enfermas de SIDA y en su bien morir.
- + Deber de informar a su pareja sexual y al médico tratante
- + Deber de no infectar. Se debe de abstener de realizar cualquier actividad que conlleve al riesgo de infectar a otra persona.

Deberes y Responsabilidades del afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud¹¹

- + Los trabajadores independientes y contratistas deben afiliarse a un EPS, además los contratantes deben exigir a

los contratistas una afiliación a la EPS que ellos escojan (Art. 21, Decreto 1919).

- + El grupo familiar debe estar afiliado a la misma EPS (Art. 2, Decreto 1919).
- + No se tiene derecho a: cirugía estética, tratamientos nutricionales con fines estéticos, tratamientos para la infertilidad, tratamientos no conocidos o experimentales, tratamiento de reposo o del sueño, Medias elásticas de soporte, fajas, sillas de ruedas, plantillas, zapatos, droga que no se encuentre en el manual de medicamentos, psicoterapia individual, psicoanálisis, psicoterapia prolongada, ortodoncia y prótesis en la atención odontológica, varices con fines estéticos y demás actividades, intervenciones y procedimientos no autorizados en el respectivo manual (Art. 15, Decreto 1938).
- + Condiciones de acceso; es indispensable y de tránsito obligatorio, las actividades de consulta médica general y/o paramédica. Para el tránsito entre niveles de complejidad es indispensable el procedimiento de remisión definido en el manual de actividades. Se exceptúa urgencias (Art. 19, Decreto 1938).
- + Cumplir con los períodos mínimos de cotización para poder acceder a la atención en salud en las enfermedades de alto costo.
- + 52 semanas para enfermedades de manejo quirúrgico de tipo electivo y catalogado en MAPIPOS, como tipo 08 o superior (Art. 26, Decreto 1938).
- + 100 semanas de cotización para el tratamiento de enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas (Art. 18, Acuerdo 08 / 994).
- + 52 semanas para enfermedad manejo Qx. De tipo electivo (Artículo 18, Acuerdo 08 de 1994).
- + Para no perder el derecho a la antigüedad en el SGSSS no se debe

¹¹ Artículo 14, Decreto 1938



- dejar de cotizar por unos 6 meses (Artículo 18, Acuerdo 08 de 1994).
- + Pago de cuotas moderadoras o copago, según lo disponga la EPS (Art. 12, Acuerdo 30).
- + Si el afiliado no quiere esperar los períodos mínimos de cotización, deberá pagar un porcentaje del costo de la inversión, éste será igual al porcentaje de semanas que le faltan por cotizar para cumplir el período mínimo (Artículo 26, parágrafo 2, decreto 1938).
- + Cuando se suspenda la cotización por 6 meses o más meses continuos, se pierde el derecho a la antigüedad para lo dispuesto en el decreto 26 (Parágrafo 3, Art. 26, Decreto 1938).
- + El incumplimiento injustificado a consultas, terapias, exámenes Diagnósticos, obliga al usuario a pagar a la EPS su valor correspondiente (Art. 6, Resol 5261 / 1994)
- + Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de salud ocupacional de la empresa (Art. 22, Decreto 1295).
- + Los pensionados por invalidez de origen profesional, deberán continuar cotizando al SGSSS (Parágrafo 1, Art. 48, Decreto 1295)

COBERTURA DE VACUNACION

Gráfica 1. Cobertura de vacunación a los niños menores de un año POLIO. Departamento Archipiélago de San Andrés Islas. 2008 (preliminar, hasta noviembre)

