

Apreciado afiliado, para nuestra EPS es muy importante compartir la siguiente información, la cual le permitirá a usted y su familia conocer los servicios del Plan de Beneficios en Salud (PBS) a los que tiene derecho como afiliado.

1 - GLOSARIO

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud / **AET:** Adecuación Del Esfuerzo Terapéutico / **ATEL:** Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral / **BDUA:** Base De Datos Única De Afiliados / **CIF:** Clasificación Internacional Del Funcionamiento / **CTC:** Comité Técnico Científico / **EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda / **ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual / **FURAT:** Formato Único De Reporte De Presunto Accidente De Trabajo / **GEI:** Gestión Empresarial Integral / **IBC:** Ingreso Base de cotización. **INS:** Instituto Nacional De Salud / **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud / **IRA:** Infección Respiratoria Aguda / **PCE:** Plan Complementario Especial. **PAI:** Programa Ampliado de Inmunizaciones / **PAS:** Planes Adicionales de Salud / **PCL:** Pérdida De Capacidad Laboral / **PILA:** Planilla Integrada de Liquidación de Aportes / **RLCPD:** Registro Para La Localización Y Caracterización De Personas Con Discapacidad / **SAT:** Sistema De Afiliación Transaccional / **SAIU:** Sistema De Información Y Atención Al Usuario / **SOAT:** Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito / **SUPERSALUD:** Superintendencia Nacional de Salud.

Actividades de prevención: son todas aquellas actividades que tienen como objetivo evitar que se desarrollen problemas de salud a través de la protección frente a un riesgo específico o buscar y detectar tempranamente alteraciones o enfermedades a fin de poder controlarlas a tiempo. Las actividades preventivas que realiza la EPS están normadas por lineamientos establecidos desde el Ministerio de Salud y Protección Social.

Adecuación de los Esfuerzos Terapéuticos (AET): ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que esta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para esta.

ADRES: la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES - es la entidad del Estado que gestiona y protege el adecuado uso de los dineros que soportan la prestación de los servicios de salud, así como de los pagos, giros y transferencias que se debe realizar a los diferentes agentes que intervienen en el mismo sistema. Igualmente, administra la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA - del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que contiene información de los asegurados en los distintos regímenes: contributivo, subsidiado, excepción, especiales y entidades prestadoras de planes voluntarios de salud.

Afiliado: es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho al acceso a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el SGSSS y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas.

Afiliado cabeza de familia: es la persona que pertenece al régimen subsidiado responsable de realizar su afiliación y la de su núcleo familiar, así como el registro de las novedades correspondientes.

Agonía: situación que precede a la muerte cuando se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico, debilidad extrema, pérdida de capacidad cognoscitiva, conciencia, capacidad de ingesta de alimentos y pronóstico de vida de horas o de días.

Atención ambulatoria: son las actividades, o intervenciones que se realizan sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente.

Atención domiciliaria: modalidad de prestación de servicios de salud extrahospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

Atención de urgencias: 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 presentan una alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa.

Atención hospitalaria: son las intervenciones que exigen estar hospitalizado en una clínica u hospital por más de 24 horas.

Atención prioritaria: es la atención que recibe el usuario enfermo en la que su vida no corre peligro, pero no puede esperar hasta una cita programada.

Autocuidado o cuidado personal: es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia.

Beneficiario: persona que depende económicamente del cotizante.

Cirugía programada o electiva: es la cirugía que un médico programa, pero no necesita realizarse de manera inmediata.

Cobertura: todas las personas y las comunidades tienen

acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

Copago: es el aporte del usuario (beneficiario) que corresponde a una parte del servicio solicitado y tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema de salud.

Cotizante: es la persona que hace aporte como trabajador dependiente, trabajador independiente o pensionado – jubilado

Cuidado paliativo: cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, enfermedad incurable avanzada, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.

Cuota moderadora: es el aporte del usuario (cotizante o beneficiario) que regula la utilización de los servicios de salud y estimula su buen uso, promoviendo así, la inscripción en los programas de atención integral de las IPS.

Demanda inducida: son todas las acciones que, como EPS, hacemos para organizar, incentivar y orientar a nuestros afiliados para que utilicen los servicios de promoción y prevención y para que se vinculen a los programas que desarrollamos pensando en su salud.

Derecho fundamental a morir con dignidad: facultades que le permiten a la persona vivir con dignidad el final de su ciclo vital, permitiéndole tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de muerte. Este derecho no se limita solamente a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo.

Enfermedad de alto costo: son aquellos que representan una alta complejidad técnica en su manejo, costos elevados y baja ocurrencia.

Enfermedad incurable avanzada: aquella enfermedad cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, tiene respuesta variable a los tratamientos específicos y evolucionará hacia la muerte a mediano plazo.

Enfermedad terminal: enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.

Eutanasia: procedimiento médico en el cual se induce activamente la muerte de forma anticipada a una persona con una enfermedad terminal que le genera sufrimiento, tras la solicitud voluntaria, informada e inequívoca de la persona. La manifestación de la voluntad puede estar expresada en un documento de voluntad anticipada de la misma.

Inscripción a la EPS: es la manifestación de voluntad libre y espontánea del afiliado de vincularse a una EPS a través de la cual recibirá la cobertura en salud.

La AET: supone el retiro o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento, o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos.

Medicamento genérico: son los que se prescriben en denominación común internacional establecida por la Organización Mundial de la Salud, que tienen por nombre su composición y no una marca definida por un laboratorio.

MIPRES: herramienta tecnológica creada por el Ministerio de Salud y Protección Social para profesionales de la salud, con el objetivo de que puedan prescribir servicios y tecnologías que no estén incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.

Movilidad entre regímenes: La movilidad entre regímenes es la posibilidad que tienes de cambiar del régimen contributivo al subsidiado y viceversa dentro de la misma EPS junto a tu núcleo familiar, sin perder la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

Novedades: son los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de los afiliados.

Plan de beneficios: es el conjunto de tecnologías en salud que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud definido conforme a la normativa vigente, el cual será modificado y tendrá el alcance que se determine en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo de lo establecido en la Resolución 2808 de 2022.

Portabilidad: 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 de domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud.

Prevención de la enfermedad: medidas destinadas a pre-

venir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Promoción de la salud: Son todas las estrategias educativas, comunicacionales y de información, dirigidas a todos los afiliados, con el fin de promover en ellos prácticas y comportamientos saludables, su compromiso en la contribución de niveles de salud esperados y la adecuada y oportuna utilización de los servicios de salud contribuyendo al uso racional y sostenible. La información suministrada por los diversos canales básicamente es sobre factores protectores (ej. vacunas) y de riesgo (ej. tabaquismo) en la población general o por ciclo vital.

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

Régimen subsidiado: Es un conjunto de normas y procedimientos que rigen la vinculación de la población pobre y vulnerable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con recursos de la Nación y Entidades Territoriales

Tecnología de salud: concepto que incluye todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

Traslado: son los cambios de inscripción de EPS dentro de un mismo régimen o los cambios de inscripción de EPS con cambio de régimen dentro del SGSSS.

Triaje: en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. Con el triaje se busca:

- Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata

- Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución.

- Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia.

- Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en qué consiste su clasificación de Triaje, los tiempos de atención o de espera que se proponen y así disminuir su ansiedad.

UPC: Es el aporte que la EPS del agente recibe por afiliado de parte del Estado, para que nuestra EPS pueda ofrecerle todos los servicios de salud con los que cuenta en el Plan de Beneficios en Salud, a través de la IPS.

UPC adicional: es el valor que el cotizante debe pagar por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC), por cada uno de los beneficiarios adicionales que tenga inscritos en la afiliación al Plan de Beneficios en Salud, que no hagan parte de su grupo familiar básico.

2 - SERVICIOS DE SALUD A LOS QUE TIENE DERECHO COMO AFILIADO A LA EPS

El plan de beneficios completo lo puede encontrar en la página web:

<https://epsdelagente.com.co/personas/>

Clic en el botón derechos y deberes de usuario

3 - AYÚDENOS A CUIDAR SU SALUD: PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

EPS Comfenalco Valle cuenta con programas de promoción en salud que están orientados a fortalecer las competencias de su población en aras de recuperar y mantener su salud. Nuestro Modelo de Atención se enfoca en gestionar el riesgo, de manera que se identifique cualquier condición que pueda afectar la salud, por lo tanto se busca fomentar el autocuidado y se ofrecen los programas de:

Protección específica: vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención preventiva en salud bucal, atención del parto (los beneficiarios pagan copago), atención al recién nacido, atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

Detección temprana: detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menores de 10 años), detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años), detección temprana de las alteraciones del embarazo, detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años), detección temprana del cáncer de cuello uterino, detección temprana del cáncer de seno, detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual de personas en edades de 4, 11, 16 y 45 años y consulta de salud visual para el adulto mayor.

Atención obstétrica: las mujeres en estado de embarazo se les cubrirán la prestación de servicios de salud en el control prenatal, en la atención del parto (los beneficiarios pagan copago), en el control del post parto y para la atención de las afecciones relacionadas directamente con

la lactancia.

La atención obstétrica contemplará: consulta médica general (De acuerdo con la guía de atención), consultas de enfermería (De acuerdo con la guía de atención), consulta por obstetra, dependiendo del riesgo obstétrico y de acuerdo con la guía de atención, ecografía gestacional de acuerdo con el criterio médico, atención del parto, consultas post parto, medios diagnósticos y de laboratorio de acuerdo con lo establecido para el nivel I de atención, radiografía de acuerdo con lo establecido para el nivel I, atención de urgencias, odontología, atención en nutrición y planificación familiar. (De acuerdo con el riesgo obstétrico se definirá el plan a seguir con la paciente.)

Adicionalmente, las actividades de inducción de demanda se realizan con el fin de clasificar el riesgo en el que se encuentra el usuario y tiene como fin realizar una intervención oportuna tanto para prevenir que se instaure una patología, como para poder actuar rápidamente cuando ya tiene la enfermedad instaurada, también cuando presenta una condición particular. Dentro de estas actividades están incluidas las personas con patologías crónicas: diabetes, enfermedades cardiovasculares en general y cáncer y post-hospitalización en gestantes.

4 - LOS SERVICIOS DE SALUD QUE NO ESTÁN INCLUIDOS EN EL PBS

A partir de la expedición de la Ley 1751 de 2015 el afiliado tiene derecho a todos los servicios y tecnologías que a juicio del médico tratante requiera, esto es, las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios y aquellos que sin ser financiados con recursos de la UPC no han sido excluidos. Los criterios de exclusión previstos en el artículo 15 de dicha normativa y aquellos que de manera taxativa se excluyan.

Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o santuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación; f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

En Colombia esta vigente la Resolución 641 de 2024, en la que se encuentra el anexo técnico con el listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, la cual puede consultar en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0641-de-2024.pdf>

Inexistencia de periodos de carencia: No hay periodos de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo señalado en el parágrafo transitorio del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, así como tampoco habrá restricciones en los servicios por traslado de EPS.

Programa Riesgo Cardiovascular: El objetivo del programa de Riesgo Cardiovascular de Comfenalco Valle EPS del agente se enfoca en realizar el manejo integral de los pacientes que tienen enfermedad cardiovascular como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad renal crónica y patologías del sistema cardiovascular mediante intervenciones de salud integrales a través de un equipo de multidisciplinario que contribuye al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida.

El programa inicia con la identificación del paciente por los diferentes medios y sectores, la captación e inscripción, actividades educativas dirigidas a la modificación de estilo de vida, clasificación del riesgo, intervención de factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y termina hasta la rehabilitación integral y cuidados paliativos del paciente si éste lo requiere.

Programa de Oncología: Disponemos para nuestros afiliados que están cursando por la enfermedad del cáncer, un convenio exclusivo en IPS reconocida de atención oncológica donde se brindará atención integral a su enfermedad. Además, de la garantía de que los procesos administrativos (programación de citas – cirugías – paraclínicos y tratamientos, autorizaciones) derivados de solicitudes relacionadas directamente con el diagnóstico de cáncer son asumidos completamente por la EPS y el prestador Oncológico En nuestra EPS acompañamos psicosocialmente a los pacientes en el camino a la recuperación y mejoramiento de calidad de vida durante la atención.

Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud: La ruta de promoción y mantenimiento de la salud está dirigida a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en los afiliados y sus familias. Incluye intervenciones de Valoración Integral, protección Específica, Detección temprana y Educación para la Salud, organizadas por seis cursos de vida de la siguiente manera:

Atención a la primera infancia e infancia (niños y niñas entre los 0 a 11 años de edad): El objetivo

es valorar y hacer seguimiento de la salud y el desarrollo integral (físico, cognitivo, social) de los niños y las niñas y detectar de forma temprana la exposición a factores de riesgo y alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo.

Las atenciones incluidas son las siguientes:

- Control de crecimiento y desarrollo por médico y enfermera
- Vacunación desde el momento del nacimiento y según el esquema definido por el Ministerio de Salud (anexo)
- Salud oral a partir del año de edad
- Fortificación con micronutrientes y desparasitación intestinal
- Educación a los padres y cuidadores

Adolescencia: afiliados entre los 12 a 17 años de edad La atención en salud tiene por objetivo valorar y hacer seguimiento a la salud y desarrollo integral y multidimensional (físico, cognitivo, social) de los adolescentes, así como potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de adolescentes, mediante la información en salud. Incluye las siguientes atenciones:

- Valoración médica
- Exámenes de laboratorio según riesgo- tamizaje para anemia (mujeres)
- Vacunación
- Asesoría en anticoncepción
- Entrega de métodos anticonceptivos y preservativos
- Salud oral
- Educación para la salud

Juventud: afiliados entre los 18 a 28 años de edad La atención en salud busca valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral y multidimensional (físico, cognitivo, social) de los jóvenes, identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo y Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente su salud.

Atenciones incluidas:

- Valoración médica
- Exámenes de laboratorio según riesgo
- Vacunación
- Tamizaje para cáncer cervico uterino
- Tamizaje para ITS (según riesgo)
- Asesoría en anticoncepción
- Entrega de métodos anticonceptivos y preservativos
- Salud oral
- Educación para la salud

Adultez: Afiliados entre los 29 a los 59 años Busca valorar de manera integral la salud del adulto, detectar de forma temprana alteraciones y factores de riesgo que afecten negativamente su salud y el proceso de desarrollo.

- Valoración integral
- Asesoría en anticoncepción y planificación familiar
- Tamizaje de RCV
- Tamizaje para cáncer de cérvix, mama, próstata y colon rectal
- Tamizaje para ITS (según riesgo)
- Vacunación contra Influenza (según riesgo)
- Atención en salud oral
- Educación para la salud

Vejez: afiliados a partir de 60 años de edad Las atenciones en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud buscan valorar de manera integral la salud del adulto mayor, detectar de forma temprana alteraciones y factores de riesgo que afecten negativamente su salud.

Incluye las siguientes atenciones:

- Valoración por medicina general
- Tamizaje de RCV
- Tamizaje para cáncer de cérvix, mama, próstata y colon rectal
- Tamizaje para ITS (según riesgo)
- Vacunación contra Influenza
- Atención en salud oral
- Educación para la salud

Componente de Detección temprana de cáncer, incluye:

- Detección temprana de cáncer de próstata
- Detección temprana de cáncer colon rectal
- Detección temprana de cáncer de cuello uterino
- Detección temprana de cáncer de mama

Detección temprana del cáncer de próstata: La próstata es una glándula que se encuentra debajo de la vejiga y delante del recto. El cáncer de próstata se origina cuando las células de la próstata comienzan a crecer sin control.

Pruebas para la detección temprana de cáncer de próstata: Las pruebas para la detección temprana de cáncer de próstata se inician en todos los hombres a partir de los 50 años de edad y si los resultados son normales se realizan cada cinco años hasta los 75 años. En los hombres con factor de riesgo (antecedentes familiares o raza negra) el tamizaje debe iniciarse a partir de los 40 años de edad.

Examen clínico de la próstata (tacto rectal): consiste en palpar directamente la próstata con el fin de identificar si hay características anormales en ella.

Antígeno específico de la próstata (PSA): Es un examen que se realiza para identificar los niveles de PSA en sangre. El PSA es una sustancia que se produce en la próstata y pueden encontrarse niveles elevados en hombres con cáncer de próstata. Muchos factores pueden

afectar los niveles de antígeno, como la edad, la raza, algunas enfermedades, medicamentos, procedimientos, infecciones o el agrandamiento de la próstata.

Para realizarse estas pruebas, consulte con el médico de su IPS quien le indicará PSA, tan pronto tenga el resultado debe regresar con el médico para lectura y la valoración clínica de la próstata.

Recuerde: el resultado del PSA debe ser valorado en conjunto con el examen clínico por un médico, quien le indicara el paso a seguir de acuerdo a los hallazgos.

Pruebas de detección temprana: Dentro de las intervenciones de promoción y mantenimiento de la salud, está incluido el tamizaje para cáncer colon rectal para hombres y mujeres entre los 50 a 75 años de edad.

El tamizaje se realiza con una prueba de sangre oculta en materia fecal por técnica de inmunquímica, si la prueba es negativa se continuara cada dos años, hasta los 75 años. Si el resultado de la prueba de sangre oculta en materia fecal es positiva el médico solicitará otros estudios como colonoscopia y biopsia.

Consulta en tu IPS, donde el médico te explicara y ordenara la prueba de tamizaje;

Detección temprana del cáncer de cuello uterino: En Colombia el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de 30 a 59 años, la mayoría de los casos de cáncer de cérvix están relacionados con la infección por el virus del papiloma humano.

La infección por el virus del papiloma humana y las enfermedades causadas por este, se pueden prevenir a través de la vacunación contra el VPH, esta vacuna hace parte del esquema nacional para todas las mujeres entre los 9 a los 18 años de edad, con dos dosis.

Adicionalmente las lesiones en las células del cuello uterino se pueden identificar y tratar tempranamente, a través de la identificación con las pruebas de tamizaje que tenemos disponible:

1. Citología vaginal: Citología vaginal: está indicada en todas las mujeres a partir de los 25 años de edad, después de la primera citología vaginal normal, se hace una de control al año y si esta es normal se continúa realizando cada tres años.

2. Prueba de ADN para VPH: 2. Prueba de ADN para VPH: indicada en las mujeres a partir de los 30 años de edad. Esta prueba permite identificar la presencia de diferentes tipos de virus del papiloma humano, especialmente los de alto riesgo o carcinogénicos que tienen mayor probabilidad de causar cáncer de cuello uterino.

Si el resultado de la prueba de ADN para VPH es negativa se practicara una de control cada cinco años hasta los 65 años de edad.

Ante resultados alterados en las pruebas de tamizaje, se solicitaran otros estudios como colposcopia y biopsia.

Las mujeres que hayan iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años, las mujeres jóvenes con con tres hijos o más o las mujeres que hayan tenido diferentes compañeros sexuales, deben iniciar tamizaje con citología antes de los 25 años de edad.

En todas las IPS de atención básica las usuarias encontraran el programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino, con la toma de muestras de tamizaje, entrega de resultados, educación y orientación a nuestras afiliadas y no tiene costo alguno. Te recomendamos si ya es tiempo de control programar tu cita y no olvides reclamar el resultado.

Detección temprana del cáncer mama

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres colombianas, la detección temprana es una de las medidas más importantes para su control.

Las herramientas para la detección temprana de cáncer de mama incluyen la toma de mamografía a partir de los 50 años de edad cada dos años hasta los 69 años. El examen clínico de la mama, cada año a partir de los 40 años de edad, el cual debe ser realizado por un profesional de la salud entrenado y el autoexamen de seno como una práctica de autocuidado y autoconocimiento de las mujeres

Signos de alarma por los que debe consultar inmediatamente al médico:

- Presencia de una masa o protuberancia en los senos o alrededor de las axilas
- Cambios en la piel como irritación, enrojecimiento, descamación o formación de hoyuelos (parecido a la cascara de naranja)
- Retracción de los pezones
- Secreciones por el pezón (diferente a la leche materna)

Tenga en cuenta que en los estadios tempranos del cáncer de mama generalmente no hay síntomas, por eso todas las mujeres a partir de los 50 años deben iniciar con el tamizaje con mamografía.

La mamografía es un procedimiento muy sencillo, consiste en tomar una radiografía de los senos para identificar cambios que puedan ser signos de cáncer de seno. Ante resultados alterados en la mamografía se requieren otros estudios como ecografía o biopsia de seno.

Recomendaciones para la toma de la mamografía:

- Si se ha realizado estudios previamente, preséntelos al momento de la toma
- No se aplique talco, cremas, perfumes, desodorante el

- día de la toma
- Presente el documento de identificación original e informe sus datos actualizados de contacto
- En EPS delagente, las mujeres mayores de 50 años que no se han realizado la mamografía, no requieren orden médica ni autorización, solo deben presentarse al proveedor de mamografías.
- Recuerde siempre reclamar el resultado y presentarlo al médico en su IPS de atención

Programa Gestantes: Señora usuaria en comfenalco valle contamos diferentes programas para detectar tempranamente sus requerimientos en salud y prevenir posibles complicaciones.

Realizamos todas las intervenciones para la promoción de la salud materna a todas las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las mujeres gestantes, en parto y posparto, sus familias o red de cuidado y el recién nacido:

- Atención al cuidado preconcepcional
- Educación en derechos sexuales y reproductivos que llevan a la identificación de riesgos y alternativas de la concepción.
- Brindamos atención para el cuidado prenatal con todas las atenciones que contribuyen i) mejorar la salud materna ii) promover el desarrollo del feto, iii) identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y iv) generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro.
- Contamos con un equipo multidisciplinario para tu atención como lo es Enfermera, médico, nutricionista, odontólogo, psicólogo, trabajo social, ginecólogo.
- Realización del curso de preparación para la maternidad y paternidad gestantes de la gente.

5 - CONOZCA SUS DERECHOS Y DEBERES:

En esta sección encontrará los derechos y deberes que contempla la Ley para usted y su grupo familiar como afiliados al PBS.

<https://epsdelagente.com.co/personas/>

Clic en el botón derechos y deberes de usuario

Derechos:

Todo afiliado sin restricciones por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen o condición social o económica, tiene derecho a:

Atención médica accesible. Idónea, de calidad y eficaz

- Acceder, en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que no estén expresamente excluidos del plan de beneficios financiados con la UPC.
- Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar su condición de salud y orientar la adecuada decisión clínica.
- Indicar que los derechos a acceder a un servicio de salud que requiera un niño, niña o adolescente para conservar su vida, su dignidad, su integridad, así como para su desarrollo armónico e integral, y su derecho fundamental a una muerte digna, están especialmente protegidos.
- Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, ni sea obligatoria la atención en una institución prestadora de servicios de salud de la red definida por la EPS. Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud.
- Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible en la red y el cuidado paliativo de acuerdo con su enfermedad o condición, incluyendo la atención en la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal garantizando que se respeten los deseos del paciente frente a las posibilidades que la IPS tratante ofrece.
- Agotar las posibilidades razonables de tratamiento para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad incluyendo el final de la vida, la mejor asistencia médica disponible por personal de la salud debidamente competente y autorizada para su ejercicio.
- Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud disponible dentro de la red prestadora, en caso de duda sobre su diagnóstico y/o manejo de su condición de salud.
- Obtener autorización por parte de la EPS para una valoración científica y técnica, cuando tras un concepto médico, generado por un profesional de la salud externo a la red de la EPS y autorizado para ejercer, este considere que la persona requiere dicho servicio.
- Recibir las prestaciones económicas por licencia de maternidad, paternidad o incapacidad por enfermedad general, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la EPS no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.
- Acceder a los servicios y tecnologías de salud en forma continua y sin que sea interrumpido por razones administrativas o económicas.
- Acceder a los servicios de salud sin que la EPS pueda imponer como requisito de acceso, el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad.
- Toda persona tiene derecho a que su EPS autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite y tanto prestadores como aseguradores deben implementar mecanismos expeditos para que la autorización fluya sin contratiempos.

- Acreditar su identidad mediante el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico. No deberá exigirse al afiliado, carné o, certificado de afiliación a la EPS para la prestación de los servicios, copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.
- Recibir atención médica y acceso a los servicios de salud de manera integral en un municipio o distrito diferente al de su residencia, cuando se traslade temporalmente por un periodo superior a un mes y hasta por doce (12) meses, haciendo la solicitud ante su EPS.
- Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad, así como a los elementos y principios previstos en el artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Protección a la dignidad humana

- Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud y en todas las etapas de atención. Ninguna persona deberá ser sometida a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni será obligada a soportar sufrimiento evitable, ni obligada a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.
- Ser respetado como ser humano en su integralidad, sin recibir ninguna discriminación por su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social, condición económica y su intimidad, así como las opiniones que tenga.
- Recibir los servicios de salud en condiciones sanitarias adecuadas, en un marco de seguridad y respeto a su identidad e intimidad.
- Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud asociados a la patología y la prohibición de que bajo ningún pretexto se deje de atender a la persona, ni puedan cobrarse copagos o cuotas moderadoras.
- Elegir dentro de las opciones de muerte digna según corresponda a su escala de valores y preferencias personales y a ser respetado en su elección, incluyendo que se le permita rechazar actividades, intervenciones, insumos, Medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que puedan dilatar el proceso de la muerte impidiendo que este siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

A la información

- Recibir información sobre los canales formales para presentar peticiones, quejas reclamos y/o denuncias y, en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna y de fondo.
- Disfrutar y mantener una comunicación permanente y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado sobre su condición, así como de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al igual que de los riesgos y beneficios de éstos y el pronóstico de su diagnóstico.
- Recibir, en caso de que el paciente sea menor de 18 años, toda la información necesaria de parte de los profesionales de la salud, sus padres, o en su defecto su representante legal o cuidador, para promover la adopción de decisiones autónomas frente al autocuidado de su salud. La información debe ser brindada teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo y madurez del menor de edad, así como el contexto en el que se encuentra.
- Ser informado oportunamente por su médico tratante sobre la existencia de objeción de conciencia debidamente motivada, en los casos de los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo en las circunstancias despenalizadas por la Corte Constitucional, o de eutanasia; tal objeción, en caso de existir, debe estar en conocimiento de la IPS, con la debida antelación, y por escrito, de parte del médico tratante. El paciente tiene derecho a que sea gestionada la continuidad de la atención inmediata y eficaz con un profesional no objetor.
- Revisar y recibir información acerca de los costos de los servicios prestados.
- Recibir de su EPS o de las autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, la gestión necesaria para: (i) obtener la información que requiera para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos; (ii) recibir por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio; (iii) conocer específicamente cuál es la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que requiere y una cita con un especialista; y, (iv) recibir acompañamiento durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.
- Recibir del prestador de servicios de salud, por escrito, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando excepcionalmente se presente dicha situación.
- Recibir información y ser convocado individual o colectivamente, a los procesos de participación directa y efectiva para la toma de decisión relacionada con la ampliación progresiva y exclusiones de las prestaciones de salud de que trata el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, conforme al procedimiento técnico científico y participativo establecido para el efecto por este Ministerio.
- Solicitar copia de su historia clínica y que esta le sea entregada en un término máximo de cinco (5) días calendario o remitida por medios electrónicos si así lo autoriza el usuario, caso en el cual el envío será gratuito.

A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia

- Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención

requerida dentro de la oferta disponible. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las EPS no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.

- Aceptar o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado. Ninguna persona podrá ser obligada a recibir los mismos en contra de su voluntad.
- A suscribir un documento de voluntad anticipada como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, en el cual declare, de forma libre, consciente e informada su voluntad respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado general de la salud y del cuerpo, así como las preferencias de someterse o no
- a actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado médico, sus preferencias de cuidado al final de la vida, sobre el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales.
- A que los representantes legales del paciente mayor de edad, en caso de inconciencia o incapacidad para decidir, consientan, disientan o rechacen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. El paciente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés.
- A que, en caso de ser menores de 18 años, en estado de inconciencia o incapacidad para participar en la toma de decisiones, los padres o el representante legal del menor puedan consentir, desistir o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. La decisión deberá siempre ser ponderada frente al mejor interés del menor.
- Al ejercicio y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de forma segura y oportuna, abarcando la prevención de riesgos y de atenciones inseguras.
- Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado de manera clara y detallada acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
- Ser respetado en su voluntad de oponerse a la presunción legal de donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otras personas. Para tal fin, de conformidad con el artículo 4° de la Ley 1805 de 2016. Toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante notario público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud - INS. También podrá oponerse al momento de la afiliación a la EPS, la cual estará obligada a informar al INS.
- Cambiar de régimen, ya sea del subsidiado al contributivo o viceversa, dependiendo de su capacidad económica, sin cambiar de EPS y sin que exista interrupción en la afiliación, cuando pertenezca a los niveles 1 y 2 del SISBÉN o las poblaciones especiales contempladas en el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016.

A la confidencialidad

- A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.
- A que, en caso de ser adolescentes, esto es, personas entre 12 y 18 años, deba reconocérseles el derecho frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

A la asistencia religiosa

- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profese o si no profesa culto alguno.

Deberes:

- Procurar el cuidado integral de su salud, familia y comunidad.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir oportunamente con las citas médicas y demás servicios solicitados
- Cumplir de manera responsable con las recomendaciones dadas por el personal de salud que lo asisten.
- Tratar con respeto y dignidad al personal humano que lo atiende.
- Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al sistema de salud.
- Realizar el pago completo y a tiempo las cuotas moderadoras o copagos que haya lugar.
- En caso de requerir servicios de la EPS delagente, o de su Red de instituciones contratada, identificarse con el documento de identidad original y en los casos necesarios, anexar las autorizaciones de servicios emitidas para acceder a la prestación del servicio.
- Afiliarse con su grupo familiar al sistema general de seguridad social en salud. Cuando dos conyugues coticen deberán estar afiliados a una misma EPS y sus beneficiarios afiliados en cabeza de uno solo de ellos.
- Presentar todos los documentos que acrediten la condición y parentesco de quienes han sido afiliado

- como su grupo familiar ante la EPS Comfenalco.
- Informar a la EPS Comfenalco, cualquier novedad que se presente del cotizante o su grupo familiar tales como: cambio de documento de identidad, dirección, teléfono, cambio del grupo familiar o fallecimiento de alguno de ellos y cambio de IPS.
- Al momento de la afiliación y durante la permanencia en la Comfenalco EPS, la información debe de ser clara veraz y completa sobre el ingreso base de cotización (IBC), estado de salud del cotizante y grupo familiar.
- Cuidar y hacer uso racional de los recursos, instalaciones, dotación y demás que se requieran para el disfrute de los servicios de salud de la EPS Comfenalco Valle.
- Informar al médico tratante o institución tratante, el origen real de la atención requerida; ejemplo: accidente de tránsito, accidente de trabajo, enfermedad profesional, enfermedad general, etc.
- Asistir a las actividades, talleres, charlas, conferencias y diferentes programas de promoción y prevención establecidos por la EPS Comfenalco Valle, que le permitan adquirir los conocimientos e implementar las prácticas necesarias para el autocuidado de la salud.
- Si es trabajador independiente, pagar sus cotizaciones dentro de los términos fijados por la ley. En caso de que su condición de afiliación independiente cambie, reportar esta novedad ante Comfenalco EPS.
- Si es trabajador dependiente, vigilar que su empleador cumpla con la obligación de pagar completo los aportes a salud.
- Actualizar los datos de ubicación geográfica del cotizante y su grupo familiar cada vez que se realice un cambio de dirección o ciudad.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud y a los otros pacientes o personas con que se relacione durante el proceso de atención.
- Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los recursos de este.
- Cumplir las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Actuar de buena fe frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio de salud, incluyendo los documentos de voluntad anticipada.
- Contribuir al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

Causales de suspensión (Decreto 2353 de 2015):

Se suspende la afiliación por las siguientes causales:

- Mora de 2 meses en cotizante dependiente o independiente o el afiliado adicional (Decreto 2353 de 2015, Art. 71 y 73).
- Si no se presentan los soportes requeridos que acrediten la condición de beneficiarios durante los 3 meses siguientes a partir del primer requerimiento al cotizante, excepto gestantes y menores de edad.

Causales de terminación de la inscripción en una EPS (Decreto 2353 de 2015):

- Cuando el afiliado se traslada a otra EPS.
- Cuando el empleador reporta la novedad de retiro laboral del trabajador dependiente y el afiliado no reporta la novedad de cotizante como independiente, o cuando el trabajador independiente no reúne las condiciones para ser cotizante, no reporta la novedad como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, ni la movilidad entre regímenes conforme al Decreto 2353 de 2015.
- Cuando, en el caso de los beneficiarios, desaparezcan las condiciones para ostentar dicha condición, y no reporten la novedad de cotizante dependiente, independiente, afiliado adicional o de movilidad entre regímenes.
- Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país y reporte la novedad correspondiente a la EPS. Esta novedad se debe reportar a más tardar el último día del mes en que ésta se produzca y no habrá lugar al pago de las cotizaciones durante los periodos por los que se termina la inscripción, en caso de no reportar la novedad se mantendrá la inscripción en la EPS y se causará deuda e intereses moratorios por el no pago de las cotizaciones en los términos previstos por el Decreto 2353 de 2015. Cuando el afiliado regrese al país debe reportar la novedad mediante la inscripción en la misma EPS en la que se encontraba inscrito y reanudar el pago de sus aportes.
- Cuando el afiliado cumpla con las condiciones para pertenecer a un régimen exceptuado o legalmente establecido, ya que estas prevalecen sobre las de pertenencia al régimen contributivo, por lo cual no se puede estar afiliado simultáneamente en ambos regímenes. Los miembros del núcleo familiar de las personas cotizantes que pertenecen a alguno de los regímenes exceptuados o especiales deberán pertenecer al respectivo régimen exceptuado o especial, salvo que las disposiciones legales que los regulan dispongan lo contrario.
- En caso que la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial o su cónyuge, compañero (a) permanente tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esta obligado a cotizar al SGSSS deberá efectuar la respectiva cotización al FOSYGA. Cuando las disposiciones legales que regulan el régimen exceptuado o especial no prevean la afiliación de cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge, compañero (a)

permanente, incluyendo las parejas del mismo sexo, deberá afiliarse en el SGSSS y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción o especial. Si el régimen de excepción o especial no prevé la afiliación del grupo familiar, el obligado a cotizar al SGSSS y sus beneficiarios se afiliarán a este último.

- Cuando por disposición de las autoridades competentes se determine que personas inscritas en una EPS del régimen subsidiado reúnen las condiciones para tener la calidad de cotizantes o para pertenecer al régimen contributivo.

6 - MORIR DIGNAMENTE

Toda persona mayor de edad que se encuentre en condiciones previstas en la Sentencia T-970 de 2014, de acuerdo a Resolución 1216 de 2015, tendrá la posibilidad de solicitar el procedimiento a morir dignamente ante un médico tratante que valore la condición de enfermedad terminal. En caso de que la persona no se encuentre en capacidad legal o en condiciones que le impidan manifestar su voluntad, la solicitud podrá ser formulada por quien este legitimado para dar el consentimiento sustituto.

Procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad para mayores de edad a través de la eutanasia

Como parte de la Atención Integral en EPS delagente que tiene como objetivo principal garantizar el aseguramiento en salud, mediante la gestión permanente y continua del riesgo individual y colectivo de la población afiliada, por lo que se hace necesario llegar hasta la identificación individual de usuarios con riesgos, y su estratificación para estimar la probabilidad de enfermar, complicarse o morir y poder realizar intervenciones para mejorar la salud, y/o si es el caso orientar a nuestros usuarios en la toma de decisiones con respecto al Derecho a la Muerte Anticipada.

Es así como en EPS delagente, contamos con procesos Transversales y con Profesionales expertos en diferentes áreas los cuales, al identificar la presencia de una Patología Crónica en uno de nuestros afiliados Pediátricos o Adultos, realizan un estrecho acompañamiento en los ámbitos Intramural y Extramural (hospitalario – domiciliario), hasta aquella fase en la que el médico adscrito identifique la enfermedad como medicamento comprobada avanzada, progresiva, incontrolable en la que se evidencie la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico - psicológico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses, tal y como lo define la Resolución 971 del 2021; Por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia.

Derechos de la persona afiliada y del paciente a morir dignamente:

Todo afiliado o paciente sin restricciones por motivos de pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen y condición social o económica, en lo concerniente a morir dignamente, tiene derecho a:

- Ser el eje principal de la toma de decisiones al final de la vida.
- Recibir información sobre la oferta de servicios y prestadores a los cuales puede acceder para garantizar la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, independientemente de la fase clínica de final de vida, enfermedad incurable avanzada o enfermedad terminal, mediante un tratamiento integral del dolor y otros síntomas, que puedan generar sufrimiento, teniendo en cuenta sus concepciones psicológicas, físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Recibir toda la atención necesaria para garantizar el cuidado integral y oportuno con el objetivo de aliviar los síntomas y disminuir al máximo el sufrimiento secundario al proceso de la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal.
- Ser informado de los derechos al final de la vida, incluidas las opciones de cuidados paliativos o eutanasia y como éstas no son excluyentes. El médico tratante, o de ser necesario el equipo médico interdisciplinario, debe brindar al paciente y a su familia toda la información objetiva y necesaria, para que se tomen las decisiones de acuerdo con la voluntad del paciente y su mejor interés y no sobre el interés individual de terceros o del equipo médico.
- Estar enterado de su diagnóstico o condición y de los resultados de estar en el proceso de muerte, así como de su pronóstico de vida. El paciente podrá negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse.
- Recibir información clara, detallada, franca, completa y comprensible respecto a su tratamiento y las alternativas terapéuticas, así como sobre su plan de cuidados y objetivos terapéuticos de las intervenciones paliativas al final de la vida. También le será informado acerca de su derecho a negarse a recibir dicha información o a decidir a quién debe entregarse la misma.
- Solicitar que se cumplan los principios de proporcionalidad terapéutica y racionalidad, así como negarse a que se apliquen actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que sean fútiles o desproporcionados en su condición y que puedan resultar en obstinación terapéutica.
- Solicitar que sean readecuados los esfuerzos terapéuticos al final de la vida en consonancia con su derecho a morir con dignidad permitiendo una muerte oportuna.
- Ser respetado en su derecho al libre desarrollo de la

personalidad cuando, tras recibir información, decide de forma libre rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos y/o tratamientos.

- Ser respetado en su voluntad de solicitar el procedimiento eutanásico como forma de muerte digna.
- A que le sea garantizado el ejercicio del derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia, una vez ha expresado de forma libre, inequívoca e informada esta voluntad y a ser evaluado para confirmar que esta decisión no es resultado de la falta de acceso a adecuado alivio sintomático.
- Que se mantenga la intimidad y la confidencialidad de su nombre y el de su familia limitando la publicación de todo tipo de información que fuera del dominio público y que pudiera identificarlos, sin perjuicio de las excepciones legales.
- Que se garantice la celeridad y oportunidad en el trámite para acceder al procedimiento de eutanasia, sin que se impongan barreras administrativas y burocráticas que alejen al paciente del goce efectivo del derecho, y sin que se prolongue excesivamente su sufrimiento al punto de causar su muerte en condiciones de dolor que, precisamente, busca evitar.
- Recibir por parte de los profesionales de la salud, los representantes y miembros de las EPS e IPS una atención imparcial y neutral frente a la aplicación de los procedimientos y procesos asistenciales orientados a hacer efectivo el derecho a morir dignamente a través del procedimiento eutanásico.
- Ser informado sobre la existencia de objeción de conciencia del médico tratante o quien haya sido designado para la realización del procedimiento eutanásico, en caso de que existiera, para evitar que los profesionales de la salud sobrepongan sus posiciones personales ya sean de contenido ético, moral o religioso y que conduzcan a negar el ejercicio del derecho.
- A que la IPS donde está recibiendo la atención, con apoyo de la EPS en caso de ser necesario, garantice el acceso inmediato a la eutanasia cuando el médico designado para el procedimiento sea objeto de conciencia.
- Recibir la ayuda o el apoyo psicológico, médico y social para el paciente y su familia, que permita un proceso de duelo apropiado. La atención y acompañamiento no debe ser esporádica, sino que tendrá que ser constante, antes, durante y después de las fases de decisión y ejecución del procedimiento orientado a hacer efectivo el derecho a morir dignamente.
- Ser informado de su derecho a suscribir un documento de voluntad anticipada, según lo establecido en la Resolución 2665 de 2018 o la norma que la modifique o sustituya donde exprese sus preferencias al final de la vida y dé indicaciones concretas sobre su cuidado, el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales o de la posibilidad de revocar, sustituirlo o modificarlo.
- Que en caso de inconsciencia o incapacidad para decidir al final de la vida y de no contar con un documento de voluntad anticipada, su representante legal consienta, disienta o rechace medidas, actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que resulten desproporcionados o que vayan en contra del mejor interés del paciente.
- Ser respetado por los profesionales de la salud y demás instancias que participen en la atención respecto de la voluntad anticipada que haya suscrito como un ejercicio de su autonomía y a que estas instancias sean tenidas en cuenta para la toma de decisiones sobre la atención y cuidados de la persona; lo anterior, sin desconocer la buena práctica médica.
- Expresar sus preferencias sobre el sitio de donde desea fallecer y a que sea respetada su voluntad sobre los ritos espirituales que haya solicitado.
- Recibir asistencia espiritual siempre que lo solicite y a ser respetado en sus creencias, cualquiera que estas sean, al igual que negarse a recibir asistencia espiritual y a ser respetado en su decisión.

Deberes del paciente en lo concerniente a morir dignamente

En lo concerniente a morir dignamente, son deberes del paciente los siguientes:

- Informar al médico tratante y al personal de la salud en general, sobre la existencia de un documento u otra prueba existente de voluntad anticipada.
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de valorar la condición de enfermedad incurable avanzada o terminal para ofrecer la atención de forma proporcional y racional, frente a los recursos del sistema.

Información tomada de la normatividad legal vigente Capítulo 4.2, Resolución 229 de 2020

7 - TENGA EN CUENTA

El afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del plan de beneficios desde la fecha de afiliación o fecha de radicación del formulario o desde la fecha de efectividad del traslado o de la movilidad.

8 - VALORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Cuotas moderadoras: Las cuotas moderadoras son aportes adicionales en dinero que hace el afiliado cuando accede a los servicios de salud y tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS. Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

Deben ser canceladas por los afiliados cotizantes y

beneficiarios.

El cobro de cuotas moderadoras se aplicará a los siguientes servicios:

- Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
- Consulta externa por médico especialista.
- Exámenes de diagnóstico ambulatorios de laboratorio clínico y de imagenología que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.
- Formulación de medicamentos ambulatorios.
- Atención en el servicio de urgencias cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

El primer servicio de los anteriores que requiera un afiliado en el año calendario, está exento de cobro de cuota moderadora a excepción de la consulta externa médica (Acuerdo 260/2004 Art. 13)

Para los usuarios que están inscritos en los programas de Promoción y Prevención y que sigan un plan rutinario de control, no habrá lugar a pago de cuota moderadora.

Monto de cuotas moderadoras:

Aplicarán por cada actividad descrita, con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos, si existe más de un cotizante por grupo familiar, la base será el menor de los ingresos declarados, para toda la familia, así:

CUOTAS MODERADORAS AÑO 2024 – Plan de Beneficios en el Régimen Contributivo*

Servicio	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3
Consulta medicina general	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Consulta de pediatría	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Consulta medicina especializada	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Psicología primera vez y control	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Laboratorio clínico	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Imagenología diagnóstica simple	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Medicamentos ambulatorios	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Odontología	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700
Consulta por optometría	\$ 4.500	\$ 18.200	\$ 47.700

CUOTAS MODERADORAS AÑO 2024 – Plan Complementario Especial (PCE)

Servicio	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3
Consulta medicina general	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Consulta de pediatría	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Consulta medicina especializada	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Psicología primera vez y control	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Laboratorio clínico	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Imagenología diagnóstica simple	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Medicamentos ambulatorios	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Odontología	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400
Consulta por optometría	\$ 4.400	\$ 16.400	\$ 28.400

CUOTAS MODERADORAS AÑO 2024 – Plan de Beneficios en el Régimen Subsidiado*

En el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud no se cobran cuotas moderadoras.
--

La no cancelación de los pagos moderadores no puede ser barrera de acceso al servicio de salud.

Copagos

Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se realizan cada vez que se demanda alguno de los servicios a los que de acuerdo a la norma se aplica el cobro de copago hasta el momento en que los valores cancelados lleguen al tope máximo de copagos por año calendario.

Deben ser canceladas por los beneficiarios del cotizante para todos los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, con excepción de:

- Servicios de promoción y prevención.
- Programas de control en atención materno infantil.
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
- Enfermedades catastróficas o de alto costo.
- La atención inicial de urgencias.
- Servicios por los que se paga cuota moderadora

En los siguientes casos NO SE GENERAN COPAGOS:

- Control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones.
- Servicios de Promoción y Prevención.
- Programas de control en atención materno infantil.
- Programas de control en atención de las enfermedades

- transmisibles.
- Enfermedades catastróficas o de alto costo.
- La atención de urgencias.
- La consulta médica, odontológica y consulta por otras disciplinas no médicas, exámenes de laboratorio, imagenología, despacho de medicamentos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud y consulta de urgencia.
- Prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral de patologías.

Nota:

Se tiene en cuenta la Circular 00016 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social en relación con la exención concurrente del pago de cuotas moderadoras y copagos establecidas por leyes especiales

Monto de copagos por afiliado beneficiario:

El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes de la siguiente manera:

TOPE POR EVENTO DE COPAGOS AÑO 2024 – Régimen Contributivo

	POR EVENTO*	POR EVENTO*	ANUAL	ANUAL
RANGO SALARIAL EN SMLMV	TOPE MÁXIMO EN %	TOPE MÁXIMO EN PESOS	TOPE MÁXIMO EN %	TOPE MÁXIMO EN PESOS
NIVEL I	28,70%	\$ 337.999	57,50%	\$ 667.175
NIVEL II	115%	\$ 1.354.351	230%	\$ 2.708.700
NIVEL III	230%	\$ 2.708.700	460%	\$ 5.417.400

*El valor aplica de acuerdo con la tarifa pactada por la EPS y la IPS

TOPE ANUAL DE COPAGOS AÑO 2024 – Régimen Subsidiado

	POR EVENTO*	POR EVENTO*	ANUAL	ANUAL
RANGO SALARIAL EN SMLMV	TOPE MÁXIMO EN %	TOPE MÁXIMO EN PESOS	TOPE MÁXIMO EN %	TOPE MÁXIMO EN PESOS
NIVEL 0	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
NIVEL 1	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
NIVEL 2	50%	\$ 588.848	460%	\$ 1.177.695

*El valor aplica de acuerdo con la tarifa pactada por la EPS y la IPS

La atención con cualquier servicio, actividad, procedimiento e intervención incluida en el POS-S será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos para las siguientes poblaciones:

- Niños durante el primer año de vida
- Población con clasificación UNO mediante encuesta SISBEN (cualquier edad)
- Poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN, tales como listados censales u otros, siempre y cuando presenten condiciones de pobreza similares a las del nivel Uno del Sisbén tales como:
 - Población infantil abandonada mayor de un año
 - Población indigente
 - Población en condiciones de desplazamiento forzado
 - Población indígena
 - Población desmovilizada
 - Personas de la tercera edad en protección de ancianatos en instituciones de asistencia social
 - Población rural migratoria
 - Población ROM
- El núcleo familiar de la población desmovilizada una vez identificado mediante la encuesta SISBEN, no será sujeto del cobro de copagos siempre y cuando se clasifique en el nivel UNO del SISBEN.

9 - UNIDADES DE ATENCIÓN BÁSICA.

Como afiliado a Comfenalco Valle EPS, usted puede escoger la Unidad de Servicios de Salud más cercana a su hogar o lugar de trabajo, dentro de las siguientes unidades de atención básica:

Teléfono citas servicio al cliente: **602 485 3530**

Conoce nuestras IPS en Valle del Cauca

Unidad Integral de Servicios	Dirección	Teléfono citas médicas	Teléfono citas servicio al cliente
Santiago de Cali			
Servimed Quiron - Cis Vida	Calle 5 # 38A - 35 Torre 2 Piso 4 Ed. Vida	(602) 4853530	(602) 4853530
Sersalud - Norte	Avenida 3N # 45 - 89	(602) 4853530	(602) 4853530
IDIME Cábmulos	Carrera 42 # 7 - 69 Barrio Cábmulos	(602) 4853530	(602) 4853530
Servimed Quiron - Río Cauca	Calle 75 B # 20-170 local 10 y 11	(602) 4853530	(602) 4853530
Serinsa - Nororient	Carrera 8 # 52 - 164	(602) 4853530	(602) 4853530
Valle del Cauca			

Unidad Integral de Servicios	Dirección	Teléfono citas médicas	Teléfono citas servicio al cliente
Sersalud - Yumbo	Carrera 6 # 6 - 59	(602) 4853530	(602) 4853530
Servimed Quiron - Jamundí	Carrera 11 # 06- 26	(602) 4853530	(602) 4853530
IDIME Palmira	Carrera 30 # 29 - 92	(602) 4853530	(602) 4853530
Manantial de Vida - Buenaventura	Cra 3B # 8-47	3330333769	(602) 4853530

Pereira			
IDIME Pereira	Cra 7a # 27-06 Centro	(606) 3470317	(606) 3402950
E.S.E. Salud Pereira - Hospital del Centro	Carrera 7A # 40 -34	(606) 351 5353	(606) 3402950
E.S.E. Salud Pereira - Hospital San Joaquín	Carrera 26 # 78-80	(606) 351 5353	(606) 3402950
E.S.E. Salud Pereira - Hospital de Kennedy	Carrera 12 B # 9 Este 2 a 9 Este - 106	(606) 351 5353	(606) 3402950

Risaralda			
IDIME Dosquebradas	Calle 18 # 18-43 y Carrera 16 # 26-65 Mezanine San Francisco	(606)347 0317, (606)347 0320 y 313 8283545	(606) 3402950
E.S.E. Hospital Santa Mónica - Dosquebradas	Avenida Santa Mónica #19 A - 18	(606)330 6555, (606)330 6574, 3133054883 y 3116359345 Línea de WhatsApp: 322 8176060	(606) 3402950
E.S.E. Hospital San Vicente De Paul Apia	Carrera 7 # 7 - 13	(606) 3609529 y (606) 3609780 a las extensiones 120 y 121	(606) 3402950
E.S.E. Hospital San Vicente De Paul Santuario	Calle 4 # 6-17	(606) 3687192 - (606) 3687001	(606) 3402950
E.S.E. Hospital San José La Ceja	Carrera 2 # 5-62	311 6098923	(606) 3402950
E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo - La Virginia	Calle 13 # 11-49	(606) 3400413	(606) 3402950

Las especialidades y subespecialidades de médicos adscritos e instituciones prestadoras de servicios de salud; requieren remisión por parte del médico general y pediatría.

En la dirección que se cita a continuación se encuentra el listado médicos adscritos e instituciones prestadoras de servicios de salud del Plan de Beneficios en Salud: <https://epsdelagente.com.co/personas/directorio-medico-eps-delagente/>

10 - RED DE URGENCIAS

Recuerde que como afiliado al PBS de EPS Comfenalco Valle puede escoger libremente la institución de atención de urgencias dentro de la red contratada y que la EPS ha gestionado para brindarle servicios con calidad.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 en su artículo 14, señala que para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia. Esto en concordancia con el literal b) del artículo 10 de la misma Ley, que relaciona el derecho a recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.

Red Adscrita Servicios Urgencias

Departamento/Municipio	IPS	Dirección
Valle del Cauca / Cali	Clínica Nueva de Cali	Cli. 6 # 6 - 62 Torre B 1er piso
Valle del Cauca / Buenaventura	Clínica Santa Sofía	Cra 47 # 4-02 Barrio Bellavista Tel: 2421880 ext 3166-67
Valle del Cauca / Jamundí	Hospital Piloto Jamundí	Av. Circunvalar # 9 - 13
Valle del Cauca / Palmira	Clínica Palma Real	Cra. 28 # 44 - 35
Valle del Cauca / Palmira	Hospital Raúl Orejuela Bueno (urgencias obstétricas)	Calle 36 # 11-44
Valle del Cauca / Yumbo	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo	Cra. 6 con Calle 10 Esquina
Risaralda/ Dosquebradas	E.S.E. Hospital Santa Mónica	Avenida Santa Mónica #19 A - 18

Así mismo, garantiza la libre escogencia y traslado de EPS de salud de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y demás condiciones previstas en la ley.

Frente a la libertad de escogencia de IPS: Los afiliados podrán elegir la IPS o profesional de la salud del listado publicado en la presente carta; teniendo en cuenta las novedades y actualizaciones realizadas en el sitio web de EPS Comfenalco Valle: www.epsdelagente.com.co y los mecanismos de referencia y contra referencia definidos para el acceso a cada uno de los servicios por niveles de complejidad.

Frente a la libertad de escogencia y traslado de EPS:

- La solicitud de traslado por parte de cotizante o cabeza de familia se podrá efectuar en cualquier día del mes.
- Cumplir un periodo mínimo de 360 días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo se contará el tiempo previsto a partir del momento de la inscripción del afiliado cotizante y en el régimen subsidiado se contará a partir del momento de la inscripción del cabeza de familia. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario. Cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia haya registrado diferentes calidades como cotizante, beneficiario, afiliado adicional o afiliado al régimen subsidiado, se sumarán todos los días de inscripción en la misma EPS. El periodo mínimo se contabilizará desde la fecha de inscripción inicial, teniendo en cuenta todos los días de inscripción en la misma EPS del afiliado cotizante o cabeza de familia, descontando los días de suspensión de la afiliación o de terminación de la inscripción, en caso que el afiliado se inscriba nuevamente en la EPS por efecto de la terminación de la inscripción o cuando se levanta la suspensión por mora en el pago de los aportes, el nuevo término se acumulará al anterior.
- No estar el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una IPS.
- Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al SGSSS.
- Inscribir en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.
- Cuando se trate de traslado de EPS entre regímenes diferentes, si no se cumplen la totalidad de las condiciones, los afiliados que puedan realizar la movilidad deberán permanecer en la misma EPS y reportar dicha novedad. Una vez cumplan las condiciones, podrán trasladarse a una EPS de otro régimen.

Si el afiliado del régimen subsidiado adquiere la condición de cotizante con posterioridad a los 5 primeros días del mes, el traslado de EPS entre regímenes diferentes podrá efectuarse con posterioridad a dicho término, hasta tanto se haga efectivo el traslado, se deberá registrar la novedad de movilidad.

En caso que este afiliado adquiere un vínculo laboral con una duración inferior a 12 meses y la EPS del régimen contributivo a la cual quiere trasladarse no tiene red prestadora en el municipio en el cual le practicaron la encuesta SISBEN al afiliado, éste deberá permanecer en la misma EPS del régimen subsidiado y registrar la novedad de movilidad.

Las condiciones de permanencia para el traslado, no será exigida cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:

- Revocatoria total o parcial de la habilitación o de la autorización de la EPS.
- Disolución o liquidación de la EPS.
- Cuando la EPS, se retire voluntariamente de uno o mas municipios o cuando la EPS disminuya su capacidad de afiliación, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta.
- Por casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de sus red prestadora debidamente comprobados.
- Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañeros (as) permanente (s) se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero (a) permanente.
- Cuando la persona ingrese a otro núcleo familiar en calidad de beneficiario o en calidad de afiliado adicional.
- Por cambio de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra afiliado no tiene cobertura geográfica.
- Cuando la inscripción del trabajador ha sido efectuada por su empleador o la del pensionado ha sido realizada por la entidad administradora de pensiones.
- Cuando el afiliado ha sido inscrito por la entidad territorial en el régimen subsidiado según el Art. 40 del Decreto 2353 de 2015.

La EPS de la cual se retira el afiliado tendrá a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones económicas, tanto del cotizante o del cabeza de familia como de su núcleo familiar, hasta el día anterior en que se haga efectivo el traslado con la nueva EPS.

Si se presenta una internación en una IPS, antes de la efectividad del traslado o del inicio de la inscripción con la EPS que recibe el traslado, la efectividad del traslado se suspenderá hasta el primer día calendario del mes siguiente a aquel en que debía hacerse efectivo, en cuyo caso la EPS de la cual se trasladada deberá comunicar la novedad a mas tardar el último día del mes.

Los trabajadores dependientes tienen la obligación de informar a su empleador la novedad de traslado, y los empleadores la obligación de consultar la EPS en la cual se encuentra inscrito el trabajador una vez se tramite el traslado.

Cuando sea efectivo el traslado y existan sentencias de tutela que obliguen la prestación de servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios, es obligación de la EPS receptora continuar con la prestación de los servicios al afiliado.

15 ¿QUIERE PARTICIPAR EN EL CONTROL DE GESTIÓN PÚBLICA EN EL SISTEMA DE SALUD?

Participación social en salud: es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria.

Asociaciones de usuarios o ligas de usuarios de la EPS: es una agrupación de personas conformada por afiliados al régimen contributivo, al régimen subsidiado, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario. Todos los usuarios podrán participar en las instituciones del sistema de salud formando asociaciones de usuarios que los representarán, ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las empresas promotoras de salud, del orden público, mixto y privado. Aquellos no afiliados a una Institución Prestadora de Servicio o Entidad Promotora de Salud podrán participar en las asociaciones de usuarios pertenecientes a las IPS públicas en la cual se le presten sus servicios de salud como población pobre no afiliada.

Algunas de las funciones de la Asociación de Usuarios son: asesoría a sus asociados en las formas de acceder a los servicios de la EPS, y red prestadora; mantener canales de comunicación que permita conocer sus inquietudes y procurar dar soluciones; ejercer veeduría sobre la calidad de los servicios.

Nuestra entidad cuenta con asociaciones de usuarios, que puedes consultar en <https://epsdelagente.com.co/asociacion-de-usuarios/>; en caso de encontrarse interesado en hacer parte de este grupo de afiliados, podrá notificarnos por escrito al correo relacionado en la página

Audiencias Públicas: EPS Comfenalco Valle, una vez al año programa, organiza y convoca y, desarrolla la rendición de cuentas a través de las Audiencias Públicas, en la da información a los afiliados y la comunidad en general.

Consultas ciudadanas: Es un espacio de interacción que promueve la Superintendencia Nacional de Salud Delegada, para la protección al usuario y la participación ciudadana, en donde todos los actores del sistema confluyen para dar a conocer propuestas de planes de mejoramiento en la prestación del servicio y/o irregularidades que se estén presentando en la gestión administrativa, presupuestal, disciplinaria y de funcionamiento, entre otras, que se encuentren vulnerando los derechos de los usuarios en salud. A estas consultas ciudadanas acuden obligatoriamente un representante de servicio al cliente de la EPS, quien atenderá los requerimientos que haga el usuario y procurará en tiempo real darle solución definitiva a su petición.

Rendición de cuentas: es un espacio de interlocución entre los afiliados y la comunidad en general, y la EPS, en la cual ésta presenta su informe del año inmediatamente anterior, sobre la prestación de los servicios de Salud, manejo presupuestal, financiero y administrativo los avances y los logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con la Asociación de Usuarios y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor.

La información de la rendición de cuentas puede ser encontrada en nuestro portal: <https://epsdelagente.com.co/personas/rendicion-de-cuentas/>.

16 - ¿NECESITA DECIRNOS ALGO?

PQRS (peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y/o reconocimientos) que quiera presentar relacionadas con el servicio, afiliaciones, aportes, incapacidades, libre elección, entre otros, sea de manera verbal, escrita, telefónica o virtual, deberán ser resueltas por EPS delagente, de manera oportuna y de fondo, dentro de los términos de ley.

Estos mecanismos de protección, los puede radicar telefónicamente, al (602) 4853530 o a la línea de atención nacional 018000 185462, virtualmente a través de la página web www.epsdelagente.com.co sección Contáctenos, o presencialmente, en los buzones de Opiniones y Sugerencias ubicados en las diferentes Unidades de Servicios de Salud que se relacionan en el punto de "CONTÁCTENOS" de esta Carta de derechos y deberes.

Como afiliado puede:

A. Presentar derechos de petición en los términos de la Ley 1755 de 2015, incorporada a la Ley 1437 de 2011, o la norma que la sustituya, tanto a la EPS como a la IPS ya las demás entidades del sector salud. Este derecho incluye el de pedir información, examinar y requerir copias, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos y deberá ser resuelto de manera oportuna y de fondo.

B. El derecho a la atención prioritaria de las peticiones que formule cuando se trate de evitar un perjuicio irremediable de acuerdo con lo previsto en el artículo 20 de la Ley 1437

de 2011, sustituido por el artículo 1° de la Ley 1755 de 2015.

C. El recurso judicial ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019 y la práctica de medidas cautelares.

17 - ¿QUIEN NOS VIGILA?

En la actualidad existe el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, los cuales están en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.

EPS Comfenalco Valle es vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, oficina de atención al ciudadano está ubicada en la Carrera 68A N.° 24B-10, torre 3, pisos 4, 9 y 10 edificio Plaza Claro, Bogotá D.C. Línea gratuita nacional: 01 8000 513 700 Línea desde Bogotá: (601) 4837000 página web: <https://www.supersalud.gov.co> Como afiliado al S.G.S.S.S. puede acudir a la Superintendencia Nacional de Salud cuando se presenten conflictos con la EPS relacionados con la cobertura del plan de beneficios, las prestaciones excluidas, el pago de prestaciones económicas, el reconocimiento económico de gastos por parte del afiliado, multifiliación, libre elección, y movilidad dentro del S.G.S.S.S.

Las IPS adscritas a la red de prestadores de servicios de salud en el Valle del Cauca de EPS Comfenalco Valle son vigiladas por la Secretaría de Salud ubicada en la carrera 6 calle 9 y 10, pisos 10 y 11, edificio Palacio de San Francisco, horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 m. y de 2:00 p.m. a 6:00 p.m., conmutador 6200000 y página web: www.valledelcauca.gov.co/salud/.

18 - TAMBIÉN PUEDE CONTACTARSE:

Como usuarios del sistema de salud tiene la posibilidad de acudir a la Defensoría del Pueblo, página web: <https://www.defensoria.gov.co/>, como organismo con mandato constitucional que vela por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los derechos humanos.

Valle del Cauca: Carrera 3 # 9-47, Cali. Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 2:00 p.m a 5:00 p.m.

Risaralda: Calle 25 # 7- 48, Pereira. Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 2:00 p.m a 5:00 p.m.

Los afiliados a EPS delagente pueden acudir a la asociación de usuarios, audiencias públicas, consultas y veedurías ciudadanas, conozca los datos de contacto en esta carta.

19 - CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS

1. Indicadores de calidad de la entidad promotora de Comfenalco Valle

A continuación presentamos el resultado de los indicadores de calidad de los servicios de aseguramiento en salud definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, para la entidad promotora de salud EPS Comfenalco Valle en forma comparativa con la media nacional.

Fuente: <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx>

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD COMFENALCO VALLE					
Indicadores de Calidad	Dimensión	Media nacional	Comfenalco EPS	Periodo	Explicación del indicador

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD COMFENALCO VALLE				
Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	Gestión del riesgo	28.39%	62.0%	2023
Se evidencia que en promedio en el País, la identificación y captación de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial es del 37,3%, Mientras que en nuestra EPS se ha logrado identificar y captar el 62% de los usuarios susceptibles de padecer Hipertensión Arterial, lo que quiere decir que la identificación de la enfermedad es oportuna, logrando ofrecer un adecuado manejo multidisciplinario evitando así complicaciones posteriores como Enfermedad Renal Crónica, Accidente Cerebrovasculares, Insuficiencia Cardíaca, entre otras.				
Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes	Gestión del riesgo	59,78 días	33,25 días	2023
El proceso de detección temprana en cáncer contempla la tarea de garantizar de parte del asegurador que desde que se sospeche un cáncer de mama hasta que se haga un diagnóstico pase un tiempo adecuado y que garantice una atención oportuna. Este indicador mide el tiempo que pasa desde que se sospecha cáncer de mama hasta que se confirma el diagnóstico (A través de una biopsia de mama). La EPS se encontraba para el año 2023 con una oportunidad de 33,25 días calendario, comparada con la media nacional de 69,37 días calendario se evidencia un comportamiento similar al país. Actualmente la EAPB se evidencia en una mejora notable en la oportunidad de confirmación diagnóstica ofertada a nuestros afiliados.				

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD COMFENALCO VALLE				
Experiencia de la atención	3 días	1,19 días	2023-12	El tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general es el tiempo transcurrido desde la solicitud del usuario a la fecha de asignación de la cita. En promedio Comfenalco Valle EPS asigna las citas de medicina general en 1,19 días (indicador a corte de diciembre - 2023), encontrándose así 1,1 días por debajo de la meta

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Ranking-satisfaccion-eps-2018.pdf>

Indicadores de Calidad	Dimensión	Media nacional	Comfenalco EPS	Periodo
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la EPS	Experiencia de la atención	78,70%	87,20%	2023

Estudio nacional de evaluación de los servicios de las eps – régimen contributivo y subsidiado 2020 - <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-eps-2020-minsalud.pdf>

A. Se evidencia que en promedio en el País, la identificación y captación de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial es del 37,3%, Mientras que en nuestra EPS se ha logrado identificar y captar el 62% de los usuarios susceptibles de padecer Hipertensión Arterial, lo que quiere decir que la identificación de la enfermedad es oportuna, logrando ofrecer un adecuado manejo multidisciplinario evitando así complicaciones posteriores como Enfermedad Renal Crónica, Accidente Cerebrovasculares, Insuficiencia Cardíaca, entre otras

B. El proceso de detección temprana en cáncer contempla la tarea de garantizar de parte del asegurador que desde que se sospeche un cáncer de mama hasta que se haga un diagnóstico pase un tiempo adecuado y que garantice una atención oportuna. Este indicador mide el tiempo que pasa desde que se sospecha cáncer de mama hasta que se confirma el diagnóstico (A través de una biopsia de mama). La EPS se encontraba para el año 2023 con una oportunidad de 33,25 días calendario, comparada con la media nacional de 69,37 días calendario se evidencia un comportamiento similar al país. Actualmente la EAPB se evidencia en una mejora notable en la oportunidad de confirmación diagnóstica ofertada a nuestros afiliados.

C. El tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general es el tiempo transcurrido desde la solicitud del usuario a la fecha de asignación de la cita. En promedio Comfenalco Valle EPS asigna las citas de medicina general en 1,19 días (indicador a corte de diciembre - 2023), encontrándose así 1,1 días por debajo de la meta establecida (3 días). Desde Comfenalco Valle EPS continuamos generando estrategias en conjunto con los prestadores para el mejoramiento continuo de la oportunidad de asignación y la calidad del servicio.

Nota: Se anexan en el siguiente cuadro los indicadores de oportunidad medidos dentro de la experiencia de la atención. Para la visualización de todo el compendio de indicadores se puede ingresar a la ruta <https://rsrvr2.sispro.gov.co/IndicadoresMOCA/Resolucion256-2016.aspx>

2. Indicadores de calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud

El resultado de los indicadores de calidad de los servicios de aseguramiento en salud definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, para las Instituciones Prestadoras de Salud de EPS Comfenalco Valle.

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD COMFENALCO VALLE				
Indicadores de Calidad	Dimensión	Media nacional	Comfenalco EPS	Periodo

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Experiencia de la atención	3 días	1,19 días	2023-12
Proporción de cancelación de cirugía	Seguridad	1,20%	2,30%	2023-12
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	Experiencia de la atención	3 días	1,54 días	2023-12
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Experiencia de la atención	30 días	13,54 días	2023-12
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Experiencia de la atención	5 días	2,67 días	2023-12
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	Experiencia de la atención	15 días	6,70 días	2023-12
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	Experiencia de la atención	26 minutos	20 minutos	2023-12

Fuente: <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx>

A. Este indicador trata sobre las cirugías programadas en el quirófano que son canceladas por causas atribuibles a las IPS. Del total de cirugías programadas por nuestra red de prestadores se cancelan el 2,30%, mientras que en promedio en el país se cancelan el 1,20% de las cirugías programadas.

B. Esto significa que en promedio todas las EAPB del país asignan una cita de Medicina general en 3 días, mientras que las IPS que hacen parte de la red de nuestra EAPB la asignan en 1,19 días.

C. Esto significa que en promedio todas las IPS del País asignan una cita de Odontología general en 3 días, mientras que las IPS que hacen parte de la red de nuestra EAPB la asignan en 1,54 días.

D. Esto significa que en promedio todas las IPS del país asignan una cita de Medicina Interna en 30 días, mientras que las IPS que hacen parte de la red de nuestra EAPB la asignan en 13,54 días.

E. Esto significa que en promedio todas las IPS del País asignan una cita de Pediatría en 5 días, mientras que las IPS que hacen parte de la red de nuestra EPS la asignan en 2,67 días.

F. Esto significa que en promedio todas las IPS del País asignan una cita de Ginecología en 15 días mientras que las IPS que hacen parte de la red de nuestra EAPB la asignan en 6,70 días.

G. El indicador expresa que en total las IPS del país en promedio el tiempo de espera en el servicio de urgencias para pacientes clasificados como Triage II es de 26 minutos, mientras que en la red de prestadores de nuestra EAPB es de 20 minutos

3. Posición en el ordenamiento (Ranking) EPS

Los resultados del Ranking de EPS se componen de tres dimensiones: Oportunidad, Satisfacción y Acceso, y se ubican de 1 a 13 según la posición obtenida en relación con las demás EPS. En el Ranking 2018, Comfenalco Valle EPS obtuvo la siguiente calificación:

Ranking Oportunidad	8
Ranking Satisfacción	10
Ranking Acceso	11
TOTAL RANKING	10

<https://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/publicaciones/paginas/default.aspx>

Ranking Régimen Contributivo

Código	Nombre	Ranking Total 2018	Dimensión Oportunidad	Dimensión Satisfacción	Dimensión Trámites
EPS010	EPS SURAMERICANA S.A.	1	1	1	1
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	2	▲(1)	3	▲(7)
EPS005	SANTAS S.A. E.P.S.	3	▼(1)	2	3
EPS008	COMPENSAR E.P.S.	4	▲(1)	10	▼(8)
EPS002	SALUD TOTAL S.A. EPS	5	▲(1)	7	▼(4)
EPS007	NUOVA EPS	6	▼(2)	4	6
EPS016	COGMEVA E.P.S. S.A.	7	▲(2)	5	▲(1)
EPS017	EPS FAMIANSAR LTDA	8	▼(1)	11	▼(6)
EPS018	SEIR, OCC. DE SALUD SOS EPS	9	▲(1)	6	▲(7)
EPS012	COMFENALCO VALLE E.P.S.	10	▲(1)	8	▲(3)
EPS003	SALUDVIDA E.P.S. S.A.	11	▼(3)	9	▼(1)
EPS023	CRUZ BLANCA EPS S.A.	12	13	▼(1)	12
EPS003	CAFESALUD EPS	13	12	▼(1)	13

Diferencias de posiciones en el ranking total son estadísticamente significativas. La comparabilidad de los resultados de la dimensión de oportunidad entre 2018 y 2017 son limitados debido a la inclusión de indicadores de disponibilidad de agenda. Dado que la dimensión de trámites es nueva no se comparan los resultados con el año anterior.

Fuente: <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx>

4. Acreditación

Dentro de la Red de proveedores contratada por EPS delagente para la prestación de servicios de urgencias, hospitalarios y ambulatorios, las siguientes instituciones cuentan con certificado de Acreditación vigente expedido por ICONTEC por cumplir con estándares superiores de calidad:

En el Valle del Cauca:

- Centro Médico Imbanaco
- Fundación Valle del Lili
- ESE Red de Salud del Centro

Fuera del Valle del Cauca:

- Hospital Civil de Ipiales

El 100% de la red contratada por Comfenalco Valle se encuentra habilitada y su información se encuentra publicada en el "Registro especial de prestadores de servicios de salud" del Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Comportamiento como pagador de servicios

Los resultados de los indicadores financieros, evidencian que la EPS DELAGENTE, durante las vigencias 2022-2023 presenta un incremento en la oportunidad de los pagos realizados; aumentando así la capacidad de atención a los usuarios, mejorando los servicios y creando alianzas estratégicas con los prestadores contratados.

La EPS Comfenalco Valle termina el año 2023 con el 27,8% de la cartra vencida sobre el valor total de las cuentas por pagar a esta vigencia.

Numerador/ Denominado	Valores	Porcentaje
Cuentas por pagar vencidas año 2023	\$ 41.011.542	27,8%
Total de las cuentas por pagar año 2023	\$ 147.695.209	

La EPS Comfenalco Valle realizo pagos en el año 2023 correspondiente al 42,5% de las cuentas que debieran haber pagado en el año 2022, de acuerdo como lo muestra el siguiente indicador:

Numerador/ Denominado	Valores	Porcentaje
Del total que debería pagar año 2022	\$ 114.037.243	42,5%
El % que se cancela- do 2023	\$ 48.479.408	

6. Sanciones

Durante el año de 2023, la EPS DELAGENTE presentó una sanción impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, con ocasión a reintegro recursos de la ADRES.