

## CONOCE TU PLAN DE BENEFICIOS

A la persona afiliada y al paciente se le deben garantizar los servicios y tecnologías autorizados por la autoridad competente y según pertinencia médica, salvo los que estén expresamente incluidos.

### ¿Quiénes somos?

Somos una Entidad Promotora de Salud, que garantiza los servicios de salud a las personas identificadas por el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales – Sisbén y la población especial identificada en listados censales.

El valor del respeto, transparencia, cercanía, equidad y responsabilidad son los principios que nos mueven cada día a realizar nuestro trabajo. Comfachoco EPS, tiene como misión atender a las personas del Régimen Subsidiado, así como personas que por movilidad ingresan al Régimen Contributivo de conformidad con el cambio normativo establecido con el Decreto 780 de 2016.

Resolución No. 2292 de 2021:

Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnología de salud financiados con recursos de la UPC.

Resolución No. 2077 de 2021:

Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS

### ¿Qué es el plan de beneficios?

Conjunto de actividades, servicios, insumos, medicamentos, procedimientos e intervenciones, a los cuales tienen derecho los afiliados al sistema de salud.

Régimen Subsidiado

### ¿Qué es y quiénes pueden afiliarse al Régimen Subsidiado?

El régimen subsidiado es el conjunto de normas que rigen la vinculación de las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del pago de una cotización subsidiado con recursos fiscales o de solidaridad.

Está dirigido a las personas que no cuentan con los requisitos para estar afiliados al régimen contributivo o a un régimen de excepción y especial y adicionalmente cumplen con las siguientes condiciones:

- Personas clasificadas en las nuevas categorías del Sisbén.
- Habitantes de la calle.
- Población en programas de protección a testigos.

- Población reclusa a cargo de la entidad territorial.
- Adulto mayor en centros de protección.
- Comunidades indígenas.
- ROM (gitanos).
- Población infantil a cargo del ICBF.
- Personas en prisión domiciliaria a cargo del INPEC.
- Migrantes colombianos repatriados.
- Miembros de los grupos armados al margen de la ley que celebran acuerdo de paz.
- Menores desvinculados del conflicto armado.
- Desmovilizados.
- Víctimas del conflicto armado interno.
- Voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil Colombiana.
- Personas con discapacidad en centros de protección.
- Migrantes venezolanos con PEP (Permiso especial vigente,

## Cómo puedes obtener la afiliación al

### ¿Régimen Subsidiado en Salud?

El gobierno Municipal deberá constituir un listado de población elegible de acuerdo a la normatividad y lo entregará a las EPS inscritas en el Municipio para adelantar la afiliación. Las personas que resulten beneficiarias deberán seleccionar una EPS y suscribir su afiliación por medio de la plataforma establecida por el Ministerio de Protección Social denominado SAT (Sistema de Afiliación Transaccional) o suscribiendo el Formulario Único de Afiliación y Traslado definido por el Ministerio de la Protección Social (Resolución 974 de 2016) y siguiendo el proceso descrito en el Decreto 780 de 2016. El servicio adquiere vigencia desde el momento de afiliación.

Así mismo podrás solicitar directamente tu afiliación en cualquier oficina de la EPS o por medio de la plataforma SAT si ya tienes aplicada en las nuevas categorías del Sisbén.

Si aún no cuentas con la encuesta podrás solicitarla en las oficinas del Departamento Nacional de Planeación ubicadas en tu Territorio. Las personas con las condiciones especiales mencionadas anteriormente no requieren del Sisbén, basta con acreditar su calidad según el instrumento definido en la ley.

### Régimen Contributivo

### ¿Qué es y quiénes pueden afiliarse al Régimen Contributivo?

El Régimen Contributivo es al que se deben afiliar las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias.

## Tipos y requisitos de afiliación por ocupación

### Trabajadores Dependientes

Tú como empleado puedes escoger la EPS que prefieras y se lo comunicas a tu empleador junto con los datos de tu familia para que realice el trámite pertinente. Tu empleador deberá solicitar a Comfachoco EPS su inscripción para lo cual deberá diligenciar el formulario de inscripción y adjuntar:

- Copia de certificado de existencia y representación expedido por la Cámara de Comercio (menos de 30 días de vigencia).
- Copia del Rut de tu empresa.
- Copia de la cédula del representante legal. Luego para realizar la afiliación del

trabajador, tu empleador deberá adjuntar el Formulario Único de Afiliación, la copia de la cédula del cotizante y la copia del contrato de aprendizaje (para aprendices y practicantes).

### Trabajadores Independientes

El trabajador independiente deberá acercarse a una sede de atención y diligenciar el Formulario Único de Afiliación.

- Copia del contrato por prestación de servicios o carta donde la empresa dice cuáles van a ser las condiciones del contrato. (Solo para contratistas).
- Certificado de ingresos (expedido por contador público).
- Copia de la tarjeta profesional del contador que expidió el certificado.
- Copia del documento de identidad del cotizante.

### Grupo familiar del Cotizante

Cuando desees incluir a tu grupo familiar como beneficiarios debes aportar adicionalmente:

- Hijos: copia del registro civil, copia de la tarjeta de identidad (niños de 7 a 18 años) copia de la cédula (hijos de 18 a 25 años).
- Cónyuge o compañero (a) permanente: copia del registro de matrimonio y/o declaración juramentada de convivencia.
- Padres: copia del registro civil del cotizante y copia del documento de identidad del padre y/o madre.

### Pensionado

En caso de obtener la calidad de pensionado tú y tu administradora de pensiones deben hacer llegar:

- Resolución de pensionado y copia de la cédula.
- Movilidad entre régimen contributivo y el régimen subsidiado

### ¿Cuál es la diferencia entre movilidad y traslado?

- **Movilidad:** es la garantía que tiene el afiliado de continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia cambie de régimen.
- **Traslado:** es el derecho que tiene el afiliado de cambiar de EPS transcurrido doce meses de antigüedad en la misma EPS.

**Nota:** tanto la movilidad como el traslado se debe realizar para todo el grupo familiar.

### ¿Quién regula la movilidad entre el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado en las nuevas categorías del Sisbén?

La movilidad del régimen subsidiado hacia el régimen contributivo y viceversa, sin que exista interrupción en la afiliación ni cambio de EPS, está consagrada en el Decreto 2353 de 2015.

### ¿Qué pasa si estoy afiliado en régimen subsidiado y adquiero capacidad de pago o vinculación laboral que imponga la obligación de cotizar al régimen contributivo?

- No te preocupes, al ser afiliado al régimen contributivo vas a permanecer en la misma EPS y recibirás todos los beneficios
- junto con tu núcleo familiar.
- Acércate a alguna de nuestras oficinas y diligencia el formulario de afiliación.

### Cuando paso a régimen contributivo y permanezco en la misma EPS del régimen subsidiado, ¿cómo hago los aportes a la EPS?

- Cotización mediante vinculación laboral: el empleador aportará el 8.5% y el empleado el 4% del salario base.
- Cotización independiente: el cotizante independiente aportará el 12.5% sobre el ingreso base de cotización.

## Si estoy afiliado al régimen contributivo y pierdo capacidad de pago, ¿cómo ingreso al régimen subsidiado?

- Si te encuentras afiliado previamente y estás calificado en las nuevas categorías del Sisbén, podrás pasar al régimen subsidiado de la misma EPS donde te encuentres afiliado, sin perder la continuidad en la prestación del servicio. Acércate y diligencia el Formulario Único de Afiliación.
- Si NO te encuentras clasificado en las nuevas categorías del Sisbén, deberás solicitar la aplicación de la encuesta Sisbén a Planeación Municipal o Distrital.

## ¿Qué trámite debo realizar para hacer efectiva la movilidad?

- Debes solicitar a la EPS la movilidad en el sistema (cambio de régimen subsidiado o contributivo) con el fin de no perder la continuidad en la prestación del servicio.
- Debes acercarte a las oficinas y diligenciar nuevamente el Formulario Único de Afiliación.
- ¿Las EPS del régimen subsidiado deben reconocer prestaciones económicas a las personas que tengan afiliadas en el régimen contributivo?

## ¡Muy importante!

### Los periodos de carencia

La Ley 1438 de 2011, artículo 32, estableció que, a partir del primero de enero del 2012, no habría periodos de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. ¡Muy Importante! Debes diligenciar nuevamente el formulario de afiliación cada que realices una movilidad en cualquiera de los dos regímenes.

## ¿Cuáles servicios de salud te cubre el

### plan de beneficios?

A través de la IPS básica o red de atención podrás disfrutar de los siguientes servicios

- Atención ambulatoria.
- Atención domiciliaria.
- Acceso a servicios especializados de salud.
- Atención de urgencias.
- Atención para la recuperación de la salud.
- Principios activos y medicamentos.
- Suministro de sangre total o de productos hemoderivados.



- Lentes externos. (Frecuencia según norma).
- Kit de glucometría.
- Ayudas o soportes técnicos.
- Aparatos ortopédicos ario

## Coberturas relacionadas con la salud oral

Se cubren las tecnologías en salud oral como están descritas en la Resolución 3512 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social y sus tres anexos de obligatorio cumplimiento, donde se listan todos los procedimientos a los cuales tienen derecho los afiliados. A continuación, se enumeran los principales servicios:

### 1. Promoción y prevención

Educación en salud oral y aplicación de medidas preventivas como flúor y sellantes.

### 2. Consulta y tratamiento de odontología general

Operatoria temporal y definitiva (resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama, cementos de oxifosfato o de eugenato).

### 3. Consulta y tratamiento de urgencias

Atención de urgencias a patologías y traumas relacionados con la cavidad oral.

### 4. Consulta de odontología especializada

De acuerdo a la pertinencia que el odontólogo general determine.

### 5. Prótesis total mucosoportada (caja de dientes)

### 6. Ayudas diagnósticas

Rayos x, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética.

## 7. Tratamientos de odontología con anestesia general

En caso de requerirlos según criterio profesional  
(pacientes con discapacidad mental o cognitiva).

**Nota:** no se prestan tratamientos

considerados estéticos y otros que no están incluidos en el plan de beneficios de salud oral.

A partir de la expedición de la Ley 1751 de 2015, el afiliado tiene derecho a 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.

## Coberturas relacionadas con la salud mental

Atención de urgencias en salud mental.

Internación para manejo de enfermedad en salud mental.

- Atención a víctimas de violencia intrafamiliar abuso sexual o con trastornos alimentarios.
- Internación para menores víctimas de violencia, con trastornos alimentarios o en caso de uso de sustancias psicoactivas.
- Psicoterapia ambulatoria para menores.
- Atención psicológica y/o psiquiátrica de mujeres víctimas de violencia.
- Atención con internación en salud mental para mujeres víctimas de violencia.
- Atención integral de gestación, parto y puerperio.
- Atención de enfermedades de Alto Costo.

## Coberturas en el PBS para condiciones especiales

- Atención del cáncer.
- Kit de ostomía para pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto.
- Trasplantes.
- Atención de pacientes con enfermedades terminales.
- Atención de enfermedades de interés en salud pública.
- Atención neonatal.
- Complementos nutricionales para bebés.
- Cobertura de implante coclear para menores de 3 años

- Cariotipo

### Cobertura y exclusiones

Puedes encontrar la cobertura y exclusiones del Plan de Beneficios en Medicamentos, de forma detallada en el sitio WEB: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-desalud-pos.aspx>

### Cobertura y exclusiones

Puedes encontrar la cobertura y exclusiones del Plan de Beneficios en Medicamentos, de forma detallada en el sitio WEB: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-desalud-pos.aspx>

### ¿Qué no te cubre el plan de beneficios?

- Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
- Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
- Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
- Servicio y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de exclusión señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.
- Incapacidades derivadas de procedimientos estéticos o tratamientos no PBS.

### Además:

Las siguientes prestaciones están excluidas de la financiación con recursos de la salud, por tanto, no están cubiertos en el PBS ni se podrán autorizar como No PBS:



- Prestaciones suntuarias o cosméticas. (Estéticas).
- Las experimentales sin evidencia científica.
- Aquellas que se ofrezcan por fuera del territorio nacional.
- Los usos no autorizados por la autoridad no competente en el caso de medicamentos y dispositivos.

Recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, así sean prestados por personal de salud (cuidador primario). Adicional a este grupo de prestaciones no financiadas existe un listado específico de exclusiones que no pueden ser aprobadas ni autorizadas por la EPS y que podrás consultar en la siguiente ruta: <https://www.minsalud.gov.co/>

Resolución 244 de 2019 “por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

## Más beneficios para ti

### Atención domiciliaria

En los casos que el médico tratante lo considere pertinente tu podrás acceder a la atención en la modalidad domiciliaria bajo las normas de calidad vigentes. Esta cobertura está dada solo para el ámbito de la salud.

### Consulta de optometría y suministro de lentes - monturas

#### Cobertura de consulta optométrica

Se cubre para el régimen subsidiado y régimen contributivo la consulta optométrica en todas las edades.

#### Cobertura de lentes y monturas

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, da el derecho a suministro de lentes correctores externos en vidrio o plástico (incluyen policarbonato) en las siguientes condiciones:

### Régimen subsidiado

Para menores de 21 años y mayores de 60 años de edad, se cubren una vez al año, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual.

Comfachoco EPS cuenta con un grupo de especialistas aliados como estrategia, que busca mejorar la oportunidad y accesibilidad en algunas especialidades de alta demanda y difícil acceso.

La cobertura incluye el suministro de montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

\* Para las personas mayores de 21 años y menores de 60 años de edad se cubren los lentes externos una vez cada cinco años por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura.

## Régimen contributivo

Se cubren una vez cada año en las personas de 12 años de edad o menores y una vez cada cinco en los mayores de 12 años de edad, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura. El valor de la montura es asumido por el usuario.

### ¿Cuáles son los pagos por los servicios del plan de beneficios?

#### Pagos moderadores y copagos

Para disfrutar de los servicios tales como: consultas médicas y odontológicas, exámenes de diagnóstico y atención en casa, entre otros, debes hacer unos pagos, de acuerdo con tu nivel de afiliación.

#### Población exenta

Según lo que establece la ley, los siguientes son grupos de población que no requieren realizar el pago de las cuotas moderadoras y

#### copagos para acceder a los servicios de salud:

Personas con discapacidad mental que tienen derecho a servicios de salud gratuitamente, salvo si su patrimonio le permite asumir esos gastos.

Menores de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por Onco - Hematólogo Pediátrico o de los que el Médico General o Especialista tenga sospecha (hasta que el diagnóstico se descarte), de: cáncer, aplasias medulares y síndromes de falla medular, desórdenes hemorrágicos hereditarios, enfermedades hematológicas congénitas histiocitosis y desórdenes histiocitarios.

1. Práctica de vasectomía y ligadura de trompas en personas mayores de edad.
2. Servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios de Salud para niños y adolescentes en las nuevas categorías del Sisbén, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas certificadas por médico tratante.
3. Servicios de rehabilitación física, mental y atención integral (hasta su recuperación) para niños y adolescentes víctimas de violencia física o sexual, y competente; así como, para mujeres víctimas de violencia física o sexual certificada (hasta su recuperación), sin importar su régimen de afiliación.
4. Atención para víctimas del conflicto armado interno y perteneciente a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en las nuevas categorías del Sisbén.
5. Rehabilitación funcional de personas discapacitadas, cuando se establezca su procedimiento.
6. Servicios médicos y psicológicos a víctimas de tensiones personales con ácido o sustancia corrosiva que genere daño o destrucción al tejido humano, deformidad o disfuncionalidad para restituirlos.
7. Maternas.

## NUESTROS SERVICIOS DEMANDA INDUCIDA

Para acceder a los servicios de salud debes tener en cuenta:

- **El lugar donde te atienden**
- Tu IPS básica generalmente está ubicada en el municipio de tu residencia y en el caso de Medellín en tu comuna o corregimiento. Allí encuentras un médico general, servicios de odontología y urgencias. Consulta nuestra Red de Prestadores y el tipo de servicios que presta cada uno en el Capítulo Anexos página 56.
- **Para que te atiendan recuerda llevar siempre:** tu documento de identidad o documento con foto y para los menores
- de 7 años con registro civil.
- **Tipo de atención**
- **Asignación de citas y actividades de primer nivel de atención**
- Para la asignación de citas con el médico
- general, el odontólogo y el resto de actividades descritas para el primer nivel de atención, debes acudir a tu IPS básica u hospital del municipio
- donde resides.
- **Asignación de citas y actividades de segundo y tercer nivel ambulatorias**
- Una vez tengas la solicitud de atención expedida

- por el médico general, para actividades de segundo y tercer nivel incluidas en el Plan de Beneficios de Salud, la IPS y/o ESE podrá enviar esta solicitud a nuestras oficinas de atención ubicadas en cada municipio.
- Desde allí, el personal administrativo de Comfachoco EPS autorizará el servicio a dicha IPS y/o ESE, quien te contactará para asignarte la cita solicitada. Si tienes algún inconveniente puedes comunicarte

A las líneas telefónicas 3167393200 o al 3153450991

### Para tus citas médicas ten en cuenta:

Si requieres atención de urgencias puedes acudir a cualquier unidad de salud, todo hospital o centro médico de salud, está obligado a prestar la atención inicial en caso de alguna emergencia. En nuestro listado de prestadores encuentras el tipo de urgencia que cubre cada una de nuestras IPS y/o ESE.

Llega como mínimo 20 minutos antes de tu cita o atención y sé precavido, lleva tu última fórmula médica o los nombres de medicamentos que estés tomando, historia clínica, reportes de ayudas diagnósticas, resultados de laboratorio, pregunta cuánto será el copago para que lleves el dinero requerido y ten preparadas las preguntas que debes hacerle a la persona que te atiende.

Cancela la cita si no puedes llegar con un tiempo prudencial para que le des lugar a personas que estén buscando una cita.

Si al hacer uso de los canales ofertados, no logras solicitar la cita médica, puedes dirigirte a la oficina de atención al usuario SIAU de la IPS

## Pide así tus medicamentos

### Consulta médica

- De acuerdo a su criterio profesional tu médico tratante te prescribirá los medicamentos más indicados según tu estado de salud.
- El médico te hará entrega de la fórmula médica para que puedas reclamar tus medicamentos e informarte dónde debes reclamarlos.
- Si el medicamento prescrito no está en el Plan de Beneficios de Salud, el médico tratante debe realizar la fórmula por la plataforma del ministerio (MIPRES), este trámite tiene un tiempo prudente de cinco días calendario.
- Para la renovación de la fórmula ten en cuenta las fechas de inicio y de terminación del medicamento y puedes hacerlo en el hospital de primer nivel o centro de salud básico donde te atienden.
- Si posterior a una atención en el servicio de urgencias u hospitalización, te ordenan un medicamento, recuerda reclamar la fórmula médica y con ésta

debes dirigirte a tu IPS básica para que te transcriban la fórmula y te suministren el mismo.

## Reclama los medicamentos

### Medicamentos capitados:

son medicamentos que están incluidos en el paquete de atención del paciente (cápita), que hacen parte del Plan de Beneficios de Salud y se basan en un perfil de morbilidad de la población para elegir los medicamentos que harán parte de éste. Son dispensados por la red básica y no requieren autorización.

Siempre debes dirigirte al servicio farmacéutico de la IPS primaria donde te atienden, o a la ESE del municipio donde resides.

### Medicamentos evento:

son medicamentos que no están incluidos en el paquete de atención del paciente (cápita), generalmente estos no hacen parte del Plan de Beneficios de Salud. Para la entrega de estos medicamentos la EPS contrata un prestador (operador logístico) el cual se encarga de la dispensación y algunos requieren ser autorizados previamente.

### Para los usuarios del Municipio de Quibdó:

- Para reclamar medicamentos que están incluidos en el Plan de Beneficios, podrás dirigirte a la Droguería de Comfachoco presentando los siguientes documentos:
- Fórmula médica.
- Copia del documento de identidad.
- Si tú como afiliado no eres el que reclama los medicamentos, la persona que realice el trámite deberá presentar fotocopia de tu documento.
- Para reclamar medicamentos NO incluidos en el Plan de Beneficios de Salud, una vez la tecnología en salud haya sido direccionada, podrás dirigirte a la Droguería Comfachoco o al Prestador donde se haya direccionado el medicamento presentando los siguientes documentos:
- Fórmula Mipres.
- Copia del documento de identidad.
- Si tú como afiliado no eres el que reclama los medicamentos, la persona que realice el trámite deberá presentar fotocopia de tu documento.
- Para los usuarios de municipios fuera de Quibdó:
- Para reclamar medicamentos incluidos y NO incluidos en el Plan de Beneficios de Salud, podrás dirigirte a las oficinas de Comfachoco EPS ubicadas en cada Municipio con la fórmula médica y el gestor se encargará de generarte la autorización y por ende gestionará internamente con la Droguería de Comfachoco para que realicen el envío al municipio, exceptuando los medicamentos de control especial. Es importante que al



momento de la solicitud anexes los datos de tu domicilio y teléfonos de contacto.

- Ten en cuenta que todo medicamento de aplicación requiere ser autorizado previamente.

### Notas:

Todo medicamento que no esté disponible en el momento de la dispensación, desde el servicio farmacéutico generarán un formato de faltante el cual se te entregará como soporte y posteriormente se te hará llegar al domicilio en un tiempo no mayor a las 48 horas.

Ten presente que si el medicamento prescrito está agotado, el servicio farmacéutico te deberá dar una carta, emitida por el laboratorio donde se certifica la información, para que el médico tratante busque otras alternativas de tratamiento

### Atención por urgencias y cita Urgencia

Son aquellas situaciones en las que debes ser atendido porque estás enfermo y tu vida corre peligro. Algunos de los síntomas y signos para ser atendido en el servicio de urgencias son:

- Contracciones o ruptura de la fuente en embarazadas.
- Asfixia severa.
- Fiebre mayor a 38°C, especialmente en niños menores de 1 año.
- Dolor en el pecho acompañado de vómito, mareo y sudoración.
- Dolor de cabeza intenso acompañado de vómito, visión borrosa o parálisis.
- Pérdida de la conciencia y desmayos.
- Mutilaciones, caídas, fracturas o sangrado abundante.
- Cambios repentinos de las capacidades mentales o fuerzas musculares.

### Atención por cita

Es el servicio al que debes acudir cuando estás enfermo y tu vida no corre peligro.

Algunos de los síntomas más comunes para consultar son:

- Dolor de oídos, garganta, cabeza, espalda o cuello que apareció hace menos de 3
- días.

- Fiebre menor a 38°C.
- Heridas menores.
- Si tienes diarrea que apareció hace menos de 3 días.
- Si tienes vómito sin sangre que apareció hace menos de 3 días.
- Síntomas respiratorios recientes.
- Conjuntivitis menor a 3 días de aparición.
- Cólico menstrual intenso.

### Solicitud de portabilidad

Cuando tú como afiliado a Comfachoco EPS requieras el cambio de domicilio deberás hacer uso de la portabilidad, la cual permitirá a la EPS continuar garantizándote los servicios de salud en tu nueva residencia.

La solicitud podrás realizarla por alguna de las siguientes opciones:

- **Línea telefónica de Atención al Usuario** 3167393200 y al 3153450991
- **Correo electrónico: portabilidad@comfachoco.com.co** (exclusivo para trámites de portabilidad)
- Cualquiera de las oficinas de atención al usuario de Comfachoco EPS más cercana al lugar de tu residencia.

### TEN ENCUESTA

El Decreto 1683 del 2013 pretende garantizar la portabilidad del aseguramiento para los afiliados al régimen subsidiado a nivel de todo el territorio nacional, teniendo en cuenta el tipo de emigración que realice el afiliado; Comfachoco EPS garantizará el acceso a los servicios de salud en una IPS primaria de dicha localidad con la cual se tenga convenio

### Cuando se trate de un cambio de residencia permanente deberás

Informarle a Comfachoco EPS, los nuevos datos completos de tu residencia como son el municipio, barrio, dirección, teléfono y correo electrónico. Relacionar los usuarios que solicitan portabilidad o cambio de residencia con nombres completos y documentos de identidad.

Solicitar en el nuevo municipio de residencia la encuesta del Sisbén.

Realizar el traslado para una EPS que opere en el municipio receptor en caso de que Comfachoco EPS no opere en el nuevo municipio,

### Cuando se trate de un cambio de residencia ocasional o temporal deberás:

Informarle a Comfachoco EPS, los nuevos datos completos de residencia como son el municipio, barrio, dirección, teléfono y correo electrónico.

Relacionar los usuarios que solicitan portabilidad o cambio de residencia con nombres completos y documentos de identidad.

**Nota:** es tu obligación actualizar tus datos en los canales de la EPS.

### Incapacidades y licencias

#### Para recibir subsidio en dinero en caso de incapacidad

Exclusivamente aplica para los afiliados al régimen contributivo cuando por causa de enfermedad o accidente no relacionado con el trabajo, tu médico tratante te expide una incapacidad temporal en estos casos, tu afiliación te da derecho a recibir durante ese tiempo, un subsidio en dinero equivalente al 66.6% del ingreso mensual base de tu cotización a la EPS.

Si eres empleado, estas prestaciones reemplazarán tu salario, si es inferior a tres días será cubierto por el empleador y a partir del segundo día es asumido por la EPS.

Para acceder a las prestaciones económicas generadas como incapacidad por enfermedad general, como afiliado deberás haber cotizado un mínimo de cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa al inicio de la incapacidad. No habrá lugar a reconocimiento de prestaciones económicas por concepto de incapacidad por enfermedad general cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o sus complicaciones, los cuales se encuentran expresamente excluidos de los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es el tiempo que se le otorga a la afiliada cotizante al régimen contributivo (madre) correspondiente a dieciocho (18) semanas remuneradas, con el fin que brinde los cuidados necesarios a su bebé entre ellos la lactancia. Podrá solicitarse desde 2 semanas previas al parto

### Para recibir subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad

Como afiliada cotizante tienes derecho a una licencia de maternidad remunerada equivalente al 100% del ingreso base de la cotización o proporcional al tiempo cotizado. Si eres cotizante empleada, este tiempo no te lo paga tu empleador. Pero, si tu empleador te paga, el puede recobrar este valor a la EPS. Para acceder a las prestaciones económicas derivadas de la licencia de maternidad debes cotizar ininterrumpidamente al sistema durante tu período de gestación en curso.

### Y si eres pensionado (a)

Como pensionado no tienes derecho al pago de subsidios por licencia de maternidad, ni por incapacidad, ya que el pago de tu pensión no será interrumpida por ningún motivo. Sin embargo, en caso de vincularte nuevamente al sistema como empleado o trabajador independiente debes hacerlo a la misma EPS y en estos casos podrás recibir los subsidios por incapacidad, por enfermedad general y si se da la situación, las licencias de maternidad. Así mismo, si regresas como empleado es obligatorio para tu nuevo patrón el afiliarte al sistema de riesgos profesionales, mientras que, en el caso de ser independiente, esta afiliación es voluntaria.

### Licencia de paternidad

Es el tiempo que se otorga al afiliado cotizante al régimen contributivo (padre) correspondiente a ocho (8) días hábiles remunerados, con el fin de que disfrute de su bebé desde el día de su nacimiento.

Siempre y cuando haya realizado la cotización completa durante el período de gestación.

La licencia de paternidad es válida cuando se adoptan niños hasta los (18) años

Condiciones y procedimientos para obtener el transporte y financiación de la estadía.

En relación con el transporte de pacientes ambulatorios, la Resolución 2503 del 2020 dispone que como afiliado tienes derecho al servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud, toda vez que ésta que no esté disponible cerca a tu lugar de residencia, entonces serás remitido al municipio o corregimiento más cercano que lo pueda brindar.

Adicional, las enfermedades de alto costo para menores tienen derecho al transporte y albergue si no se encuentran en un municipio de dispersión.

Recuerda que para solicitarlo debes dirigirte a la oficina más cercana a tu residencia con los

soportes de salud que serán prestados.

Este servicio solo será otorgado a los afiliados que residan en los municipios catalogados como zonas dispersas.

**Si es un paciente oncológico menor de edad**, tendrá derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un hogar de paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con las necesidades certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del menor.

## MODELO DE ATENCION

Comfachoco EPS tiene un Modelo de Atención basado en Atención Primaria en Salud (APS), que busca recuperar, mejorar y mantener las condiciones de salud de la población afiliada,

### ¿Sabes qué es atención primaria en salud?

Es la estrategia de coordinación entre los diferentes sectores en territorio para que nuestros afiliados reciban la atención que requieren de forma integral e integrada en todos los niveles de atención, incluye:

- **La salud pública.**
- **La promoción de la salud.**
- **La prevención de la enfermedad.**
- **El diagnóstico.**
- **El tratamiento.**
- **La rehabilitación.**



El Modelo de Atención está alineado con MAITE (Modelo de Acción Integral Territorial) el cual es un conjunto de acciones y herramientas que buscan lograr que todos los actores en territorio realicen acciones orientadas a las prioridades de atención de la población.

### Nuestro modelo de atención contiene los diez componentes del MIAS características de la población afiliada:

1. Caracterización de la población afiliada.
2. Delimitación territorial.
3. Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS.
4. Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS.
5. Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS.
6. Redefinición del rol del asegurador.
7. Redefinición del sistema de incentivos.
8. Requerimientos y procesos de sistemas de información.
9. Fortalecimiento del recurso humano en salud.

### ¿Cómo llegamos a nuestros afiliados con nuestro modelo de atención?

Diseñamos estrategias por medio de la regionalización y se implementan en los territorios con equipos de salud conformado por profesionales, auxiliares y vigías de salud.

### ¿Cómo puedes contribuir a fortalecer el modelo de atención en salud basado en atención primaria en salud?

- Actualizando los datos de contacto.
- Participando en las Jornadas de Salud.
- Alimentándote de forma saludable.
- Realizando actividad física de forma regular.
- Asistiendo a las actividades preventivas tales como: control prenatal, recién nacido, crecimiento y desarrollo, consulta del joven, consulta del adulto.
- Realizándote los exámenes de control y siguiendo las instrucciones del equipo de salud.
- Asistiendo a los programas especiales cuando la enfermedad lo requiera.
- Evitando el consumo de licor, cigarrillo y otras sustancias psicoactivas.

### Atención en planificación familiar

#### Protección para planificar tu familia

Brindamos a las mujeres, hombres y sus parejas educación y acompañamiento para la elección adecuada de un método anticonceptivo que se ajuste a tus necesidades asegurando el acceso al método anticonceptivo elegido, contribuyendo a la reducción de embarazos no planeados y por supuesto al bienestar personal y de pareja.

### **Atención preconcepcional Acompañamiento en la planeación del embarazo**

Acompañamos a la mujer que desea embarazarse, orientada a reconocer los derechos sexuales y reproductivos que lleven a la identificación de riesgos que podrían afectar la gestación, realizando las intervenciones necesarias para atenuarlos o eliminarlos, garantizando así una gestación feliz y sin riesgos evitables.

### **Atención para el control prenatal Embarazo saludable y parto seguro**

Vigilamos y acompañamos la evolución del proceso de embarazo, de manera que contribuya a mejorar la salud materna, identificando tempranamente los riesgos, generando condiciones óptimas que permitan un embarazo sano y un parto seguro, articulado a acciones educativas dirigidas a la gestante y su grupo familiar que faciliten la interrelación adecuada entre los padres, la familia y su hijo desde la gestación.

### **Atención del recién nacido**

Bebés en las mejores condiciones de salud Acompañamiento y asistencia al recién nacido y sus familias, contribuyendo a una infancia

en condiciones óptimas de salud y bienestar y garantizando su ingreso a los demás programas que permitan un crecimiento y desarrollo sano.

### **Madre canguro**

Protección desde el primer momento Contamos con una IPS especializada que se encarga del cuidado de tu bebé y le brinda todo el

acompañamiento necesario para el crecimiento y control adecuado en caso de que tu bebé nazca prematuro o con menos de 2500 gramos.

### **Crecimiento y desarrollo**

Para crecer sanos y fuertes

Promovemos el cuidado integral (físico, mental, emocional y social) de los niños, detectando oportunamente las alteraciones en su proceso de crecimiento y desarrollo para canalizar a los servicios respectivos.

### **Vacunación (PAI)**

Para fortalecer tus defensas

Ofrecemos el servicio de vacunación en cada una de las IPS y/o ESE que hacen parte de la red de prestadores de manera GRATUITA. Recuerda llevar siempre tu carné de vacunación.

## Servicios amigables para adolescentes (12 a 17 años) y jóvenes (18 a 28 años)

### Adolescencia y juventud sana y con responsabilidad

Acompañamos al adolescente y joven en lo relacionado a su salud sexual y reproductiva, estado nutricional, salud visual, auditiva y mental, orientando a los jóvenes y adolescentes a tomar decisiones a partir de información de calidad, para que así puedan fortalecer el control de su propia salud.

### Atención en salud del adulto (29 a 59 años)

#### Adulthood plena

Acompañamos al adulto identificando factores de riesgo que afecten su salud, brindando las acciones de salud necesarias que propendan por su bienestar físico y mental.

### Atención en la vejez (mayores de 60 años)

#### Envejeciendo activamente

Garantizamos la realización de actividades para detectar de manera temprana las alteraciones que afectan la salud de las personas mayores, interviniéndolas de forma oportuna, propiciando condiciones de salud físicas y mentales adecuadas.

## Régimen subsidiado y régimen contributivo

En cumplimiento a las Resolución 1885 y 2438 de 2018, las tecnologías NO PBS, deben ser prescritas por un profesional de la salud mediante la plataforma MIPRES, dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La EPS deberá realizar las validaciones pertinentes a cada una de las prescripciones, teniendo en cuenta los criterios normativos.

Las causas de decisión para las tecnologías NO PBS son la siguientes:

**Entrega total:** se dispensan o se prestan las tecnologías en salud, no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios,

en forma completa y en el tiempo establecido.

**Entrega parcial:** se dispensan o se prestan las tecnologías en salud, no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, en forma incompleta o porque

no cumple los tiempos establecidos por la norma para su prescripción. Se aplica en caso de:

Presentación comercial del producto.

- Dosis máxima permitida excede lo prescrito.
- Se prescribe por primera vez y el tiempo de prescripción excede 3 meses.
- El tiempo de prescripción excede 12 meses.

**Entrega diferida:** se dispensan o se prestan las tecnologías en salud, no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, pero no en los tiempos de la resolución. Se aplica en caso de que el paciente tenga medicamento de un suministro reciente y se va a suministrar lo prescrito cuando se termine.

**No entrega total:** esta decisión, es cuando las tecnologías en salud, no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios no serán dispensadas a los usuarios, por las siguientes razones:

- Misma solicitud en otra prescripción.
- Existe evidencia de interacción o reacción
- Medicamentos.
- La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA.
- Suministro por tutela.
- Paciente corresponde a otra EPS.
- Paciente fallecido.
- No se han agotado los topes o su prescripción corresponde a los condicionamientos de cobertura del PBS.
- El INVIMA no aprobó los Medicamentos Vitales No Disponibles (MVND).
- El prescriptor y el paciente son el mismo.
- Tecnología incluida en el Plan de Beneficios en Salud.
- Exclusión del Plan de Beneficios en Salud.
- Tecnología cubierta por otro Plan Adicional en Salud.

### Formato de contingencia:

Para los casos que se presente con imposibilidad de acceso y registro en la herramienta tecnológica de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

El profesional de la salud deberá realizar la prescripción mediante el formulario de contingencia establecido por este Ministerio

de Salud cuando se presenten las siguientes circunstancias que imposibilitan el acceso a la herramienta tecnológica. 1) Dificultades técnicas,

2) Ausencia de servicio eléctrico, 3) Falta de conectividad, 4) Inconsistencias de afiliación o identificación. Será la IPS la responsable de radicar dicho formato de contingencia ante la EPS dentro de los tiempos establecidos en la norma.

**Juntas de Profesionales de la Salud:** las IPS que se encuentren habilitadas de acuerdo con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que los profesionales de la salud de su planta de personal prescriban o presten tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios complementarios. Productos de soporte nutricional presentes en el ámbito ambulatorio o medicamentos de la lista temporal.

de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario del que trata los artículos 95 y 96 de la Resolución 1885 y 2438 de 2018.

En las solicitudes ambulatorias durante los cinco (5) días siguientes a la prescripción en la plataforma, la EPS o el prestador de los servicios, estará comunicándose con el usuario por correo electrónico y/o vía telefónica para indicarle donde le prestarán la atención. Es muy importante que actualicen los datos de contacto.

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, se estableció en la Resolución 5267 de 2017 un listado de servicios que no podrán ser financiados con recursos públicos de la Salud, te invitamos a visitar el sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social, y a registrarte en [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co) para mantener tus datos actualizados, en el proceso que se llevará en las siguientes fases:

- Fase de nominación y priorización.
- Fase de análisis técnico-científico.
- Fase de consulta a pacientes potencialmente afectados.
- Fase de adopción y publicación de las decisiones.

### Posibilidad de acudir a la Superintendencia Nacional de Salud

Para los casos en los que tú consideres que no encuentras respuesta satisfactoria a tus solicitudes y con el fin de hacer efectiva la prestación del derecho a la salud puedes acudir a la Función Jurisdiccional creada por la Superintendencia Nacional de Salud en el artículo 41 de la Ley 1122, cuya decisión equivale a una sentencia, está prevista para:

Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenacen la salud del usuario.



un vigilado por acción u omisión ponga en riesgo la vida o la integridad física de la persona, de conformidad con el artículo 125 de la Ley 1438 de 2011.

El recurso judicial ante la Superintendencia Nacional de Salud en los términos de los artículos 41 de la Ley 1122 de 2007 y 126 de la Ley 1438 de 2011 y la práctica de medidas cautelares.

## ASOCIACION DE USUARIOS

Son agrupaciones de afiliados al régimen subsidiado o contributivo cuya función primordial es velar por la calidad del servicio de salud y la protección del usuario.

Dentro de las funciones de las ligas de usuarios se destacan las siguientes:

1. Orientar a los usuarios en el Plan de Beneficios de Salud.
2. Vigilar que las aplicaciones de las tarifas de los copagos se realicen según las nuevas categorías del Sisbén.
3. Proponer medidas que mejoren la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preservar su cumplimiento.
4. Canalizar las inquietudes y demandas de los usuarios.
5. Verificar que las listas de las personas prioritarias para ser elegidas como beneficiarios del régimen subsidiado, se realicen siguiendo como criterio de elección los niveles de pobreza y vulnerabilidad de las personas, tal como lo establece la ley.

## ¿QUIENES CONFORMAN LA LIGA DE USUARIOS?

Todos los afiliados al régimen subsidiado y contributivo en Comfachoco EPS en los diferentes Municipios, hacen parte de la Asamblea General, Asamblea Municipal y de los diferentes comités de trabajo de la misma.

## DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

Todo afiliado o paciente sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social, tiene

### Derechos a.

- A acceder a un servicio de salud que requiera un niño, niña o adolescente. 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 actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios que sean requeridos con necesidad.
- Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar su condición de salud y orientar la adecuada decisión clínica.
- Que la EPS autorice los servicios que requiera y aquellos que requiera con necesidad, incluso si no se encuentran en el Plan de Beneficios. El acceso a los servicios de salud debe ser oportuno, de calidad y eficiente.
- 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 entidad promotora de salud.
- Disfrutar y mantener una comunicación permanente y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales.
- Mantener la confidencialidad y secreto de su información clínica, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la historia con su autorización o por

parte de las autoridades competentes en las condiciones que la ley determine.

- Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, respetando los deseos del paciente, incluso en el caso de enfermedad irreversible.
- Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos de los servicios obtenidos.
- Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud que respete sus creencias y costumbres, su intimidad, así como las opiniones personales que tenga, sin recibir trato discriminatorio.
- Recibir los servicios de salud en condiciones de habitabilidad, higiene, seguridad y respeto a su intimidad. 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.
- Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible por personal de la salud debidamente competente y autorizada para su ejercicio.
- Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profesa o si no profesa culto alguno.
- Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsible e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

### Deberes a.

- Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.
- Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas
- de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
  
- 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.
- Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.
  
- Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, así como los recursos del mismo.

- Cumplir las normas del sistema de salud.
- Actuar de buena fe frente al sistema de salud
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y eficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio de salud, incluyendo los documentos de voluntad anticipada.

## MUERTE DIGNA

Teniendo en cuenta que el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho fundamental a morir con dignidad y que esta prerrogativa no se limita exclusivamente a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo, sin que este último se entienda como exclusivamente del final de la vida, la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente deberá incluir un capítulo especial concerniente al derecho fundamental a morir dignamente donde se ponga en conocimiento público de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los derechos y deberes en lo concerniente a una muerte digna así:

### Derecho fundamental a morir con dignidad.

Facultades que le permiten a la persona a vivir con dignidad el final de su ciclo vital, permitiéndole tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de muerte.

### 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.

### ADECUACIÓN DE LOS ESFUERZOS TERAPÉUTICOS

Ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que se padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa, irreversible o terminal, cuando estos no cumplen los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona, no representan una vida digna para esta.

## 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 persona. La manifestación de la voluntad puede estar expresada en un documento de voluntad anticipada de la misma.

## 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 medicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses.

## 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 cognitiva, conciencia, capacidad de ingesta de alimentos y pronóstico de vida de horas o días

## Consentimiento informado

Aceptación libre, voluntaria y consciente de la persona en pleno uso de sus facultades para que tenga lugar un acto asistencial.

Para tal fin, la persona deberá entender la naturaleza de la decisión tras recibir información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial.

El consentimiento informado se da en el momento de realización del procedimiento eutanásico, y se da como resultado de un proceso de



comunicación, donde el médico y el equipo interdisciplinario han dado información clara objetiva, idónea y oportuna sobre la enfermedad o condición, estadio clínico y pronóstico, así como del proceso de la solicitud y del procedimiento a realizarse, a la persona que expresa la solicitud, así como de su derecho a desistir de la misma.

## Derechos del paciente en lo concerniente a morir dignamente.

1. Ser el eje principal de la toma de decisiones al final de la vida.
2. 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.
3. Recibir la atención necesaria para garantizar el cuidado integral y oportuno con el objetivo de aliviar los síntomas y disminuir el sufrimiento secundario al proceso de la enfermedad incurable, avanzada o terminal.
4. Ser informado de los derechos al final de la vida, incluidas las opciones de cuidados paliativos o eutanasia y cómo 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.
5. 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.