

CIRCULAR EXTERNA 3 DE 2017

(marzo 30)

Diario Oficial No. 50.191 de 30 de marzo de 2017

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Para: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud y Entidades Territoriales.
De: Superintendente Nacional de Salud.
Asunto: Instrucciones Respecto a la Ruta Integral de Atención en Salud y Rehabilitación Funcional para las Víctimas de Minas Antipersonal (MAP) y de Municiones sin Explotar (MUSE).

OBJETO.

Impartir instrucciones a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, y Entidades Territoriales, respecto de la ruta integral de atención en salud y rehabilitación funcional para las víctimas de Minas Antipersonal (MAP) y de Municiones Sin Explotar (MUSE).

FUNDAMENTO LEGAL.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos [48](#) y [49](#) de la Constitución Política de Colombia, El Estado debe garantizar el acceso a la seguridad social como derecho irrenunciable y a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, para lo cual se reglamenta la prestación de dicho servicio con la adopción de políticas claras para las entidades públicas y privadas que lo suministren, quienes son sujetos de las acciones de inspección, vigilancia y control ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud, en atención a la naturaleza e importancia del servicio que prestan.

La Superintendencia Nacional de Salud, en virtud de los mandatos establecidos en la Ley [100](#) de 1993, [1122](#) de 2007 y [1438](#) de 2011 y en el Decreto número [2462](#) de 2013, es el máximo órgano de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como una de sus funciones garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema.

Dentro de los usuarios del Sistema, existen algunos a quienes la Constitución, la ley y la Jurisprudencia han reconocido una protección especial, dada la existencia de situaciones que los ponen en desigualdad respecto del resto de la colectividad. Es así como el artículo [30](#) de la Ley 1438 de 2011, relativo a los principios que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su numeral 6, establece el principio de enfoque diferencial, el cual “reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación”.

En este sentido la Corte Constitucional ha sido enfática y reiterativa en reconocer que existen

grupos poblacionales que por situaciones particulares se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, lo cual demanda del Estado una protección especial y reforzada a través del despliegue de una política pública garante de sus derechos constitucionales.

Es así como, la ley [1448](#) de 2011 “por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”, en su artículo 1o consagra:

“Artículo 1o. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer un conjunto de medidas judiciales, administrativas, sociales y económicas, individuales y colectivas, en beneficio de las víctimas de las violaciones contempladas en el artículo [3o](#) de la presente ley, dentro de un marco de justicia transicional, que posibiliten hacer efectivo el goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación con garantía de no repetición, de modo que se reconozca su condición de víctimas y se dignifique a través de la materialización de sus derechos constitucionales”.

Por otro lado, el artículo [13](#) de la mentada ley, resalta el trato especial que deben recibir las víctimas, en los siguientes términos:

“Artículo 13. Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad. Por tal razón, las medidas de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral que se establecen en la presente ley, contarán con dicho enfoque.

El Estado ofrecerá especiales garantías y medidas de protección a los grupos expuestos a mayor riesgo de las violaciones contempladas en el artículo [3o](#) de la presente ley tales como mujeres, jóvenes, niños y niñas, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, campesinos, líderes sociales, miembros de organizaciones sindicales, defensores de Derechos Humanos y víctimas de desplazamiento forzado.

Para el efecto, en la ejecución y adopción por parte del Gobierno nacional de políticas de asistencia y reparación en desarrollo de la presente ley, deberán adoptarse criterios diferenciales que respondan a las particularidades y grado de vulnerabilidad de cada uno de estos grupos poblacionales.

Igualmente, el Estado realizará esfuerzos encaminados a que las medidas de atención, asistencia y reparación contenidas en la presente ley, contribuyan a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que pudieron ser la causa de los hechos victimizantes”.

Así mismo, en el artículo [25](#) ibídem, se consagra el derecho que les asiste a las víctimas de recibir una reparación integral con ocasión al daño causado, así:

“Artículo 25. Derecho a la reparación integral. Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones de que trata el artículo [3o](#) de la presente ley.

La reparación comprende las medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima dependiendo de la vulneración en sus derechos y las características del hecho victimizante.

(...)” .

Por otro lado, el Decreto número 1084 de 2015, “**por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación**”, respecto a la Asistencia en Salud para las víctimas, dispone:

“**Artículo 2.2.6.1.1. Afiliación de víctimas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social, cruzará el Registro Único de Víctimas a que hace referencia el artículo [154](#) de la Ley 1448 de 2011, que certifique la Unidad Administrativa Especial para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), o la que haga sus veces, y con las bases de datos de los regímenes especiales. La población que se identifique como no afiliada, será reportada a la entidad territorial de manera inmediata para que se proceda a su afiliación a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, preservando la libre escogencia por parte de la víctima, de acuerdo con la presencia regional de estas, según la normatividad vigente, en desarrollo del artículo [52](#) de la Ley 1448 de 2011, siempre y cuando cumpla con las condiciones para ser beneficiario de dicho Régimen. Esto último se garantizará mediante la aplicación de la encuesta Sisbén por parte de la entidad territorial.

En caso de que transcurridos tres (3) meses no se haya realizado la afiliación, se procederá a realizar una afiliación inmediata a la Entidad Promotora de Salud de naturaleza Pública del orden Nacional, y en caso de que esta EPS no cuente con cobertura en la zona, se realizará la afiliación a la EPS con el mayor número de afiliados.

PARÁGRAFO 1o. Dentro de la Base de Datos Única de Afiliados, o la que haga sus veces, debe identificarse la condición de víctima a través de un código, con el objeto de facilitar la atención en salud de manera efectiva, rápida y diferencial a través de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud. Para ello el Ministerio de Salud y Protección Social adoptará los mecanismos e instrumentos que considere pertinentes.

PARÁGRAFO 2o. La interoperabilidad de los sistemas de información que soportan el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el Registro Único de Víctimas se efectuará de conformidad con los criterios y estándares establecidos por la Red Nacional de Información.

(Decreto número 4800 de 2011, artículo [87](#))”.

“**Artículo 2.2.6.1.2. Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial.** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social diseñará y/o ajustará, con la participación de los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial teniendo en cuenta las necesidades específicas de la víctima, el hecho victimizante, y las consecuencias de este sobre la población víctima de que trata el artículo [3o](#) de la Ley 1448 de 2011. Se tendrá en cuenta la actualización de los planes de beneficios según lo dispuesto por la Ley [1438](#) de 2011.

PARÁGRAFO. El protocolo de atención integral en Salud con Enfoque Psicosocial a que hace referencia este artículo, deberá contemplar los mecanismos de articulación y coordinación entre las redes de servicios de salud y otras redes definidas por la Unidad Administrativa Especial de Víctimas que presten asistencia a la población de la que trata la Ley [1448](#) de 2011.

(Decreto número 4800 de 2011, artículo [88](#))”.

“**Artículo 2.2.6.1.3. Cubrimiento de servicio de la atención en salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -

ECAT- del Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- o quien haga sus veces, cubrirá el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria en los términos del parágrafo del artículo [54](#) de la Ley 1448 de 2011, que no estén cubiertos por los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni por regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular o beneficiaria la víctima.

La garantía de la prestación de los servicios a que se refiere el presente artículo estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tanto del régimen contributivo como del subsidiado y el trámite de solicitud y pago de los mismos se regirá por las normas vigentes que regulan el procedimiento de recobros ante el Fosyga, lo anterior sin perjuicio de los mecanismos de financiamiento y pago establecido en el artículo [19](#) de la Ley 1448 de 2011.

El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará las medidas que considere pertinentes para la implementación de esta medida.

(Decreto número 4800 de 2011, artículo [89](#))”.

“Artículo [2.2.6.1.4](#). Monitoreo y seguimiento de la atención en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social debe desarrollar herramientas de seguimiento y monitoreo a la atención en salud brindada a la población víctima en los términos del artículo [30](#) de la Ley 1448 de 2011, de acuerdo con lo establecido en el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial.

(Decreto número 4800 de 2011, artículo [90](#))”.

Ahora bien, de acuerdo con la normativa y jurisprudencia nacional e internacional sobre violaciones de Derechos Humanos (DD.HH.), e infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH), son víctimas de Minas Antipersonal (MAP) y Municiones Sin Explotar (MUSE), aquellas personas de la población civil o miembros de la Fuerza Pública que hayan sufrido perjuicios en su vida, su integridad personal, incluidas lesiones físicas o psicológicas, sufrimiento emocional, así como el menoscabo de sus derechos fundamentales, pérdida financiera o deterioro en sus bienes, como consecuencia de actos u omisiones relacionados con el empleo, almacenamiento, producción y transferencia de Minas Antipersonal (MAP).^[1]

INSTRUCCIONES.

La Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de sus funciones, en el marco de lo establecido en la Ley [1448](#) de 2011 “por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”, modificada por las Leyes [1719](#) de 2014 y [1753](#) de 2015, y, sus Decretos Reglamentarios, imparte las siguientes instrucciones:

PRIMERA: PRINCIPIOS Y ATRIBUTOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Los destinatarios de la presente circular deberán interpretar y aplicar las instrucciones a la luz de los principios que rigen el SGSSS y, en especial los siguientes, con el fin de garantizar la debida atención en salud a las víctimas de MAP/MUSE:

- Calidad: Se debe garantizar que la atención que se preste a las víctimas de MAP/MUSE sea de calidad, y por lo tanto, la atención en salud debe ser: oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua, y, de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales.

- Continuidad: Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, el mismo no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas antes de la recuperación o estabilización del paciente.

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

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

- Oportunidad: El usuario debe obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

- Resolutividad: Los establecimientos de salud deben responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención en salud, para lo cual deberán contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados.

- Accesibilidad: Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todas las víctimas de MAP/MUSE, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende: la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y, el acceso a la información.

SEGUNDA: SERVICIOS DE SALUD A LAS VÍCTIMAS DE MAP/MUSE. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud y Entidades Territoriales de Salud, deberán garantizar a las víctimas de MAP/MUSE, los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria los cuales comprenden:

1. Atención de urgencias.
2. Atenciones ambulatorias intramurales.
3. Atenciones con internación.
4. Suministro de dispositivos médicos y material médico – quirúrgico.
5. Osteosíntesis, órtesis y prótesis. El proceso protésico incluye adaptación y recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones físicas.
6. Suministro de medicamentos.
7. Tratamientos y procedimientos quirúrgicos.
8. Traslado asistencial de pacientes.
9. Trasplantes.
10. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.
11. Rehabilitación física.

12. Rehabilitación mental.

13. Rehabilitación sensorial.

14. Rehabilitación bucal.

15. Examen de VIH/Sida y de enfermedades de transmisión sexual, en los casos en que la persona haya sido víctima de acceso carnal violento.

16. Servicio de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la jurisprudencia de la Corte Constitucional y/o la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima.

17. La atención para los derechos sexuales y reproductivos de las personas víctimas.

18. Todas las atenciones, valoraciones, evaluaciones e intervenciones incluyen las requeridas por médicos especialistas y por los diferentes profesionales de rehabilitación.

TERCERA: ATENCIÓN PREHOSPITALARIA A LAS VÍCTIMAS DE MAP/MUSE. Las Entidades Territoriales deben realizar un directorio de las autoridades locales competentes, con las cuales la comunidad debe comunicarse en caso de presentarse un accidente por MAP/MUSE; este directorio como mínimo debe contener la información correspondiente al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), a los hospitales públicos y/o privados del área de influencia y el número único de emergencias. El directorio deberá ser publicado y divulgado por la Entidad Territorial.

La víctima de MAP/MUSE tiene derecho a recibir atención pre hospitalaria en el sitio de ocurrencia del accidente y a ser trasladada a la Institución Prestadora de servicios de salud (IPS) más cercana, la cual está obligada a admitirla y a prestarle la atención en salud correspondiente.

En caso de requerirse movilización de la víctima desde el lugar de la ocurrencia del evento hasta la IPS más cercana, el Fosyga o quien haga sus veces, reconocerá a través de la subcuenta ECAT, el gasto de transporte en el que haya incurrido la persona o la Entidad que haya prestado el servicio de transporte. El valor que se reconocerá será un valor hasta de diez (10) smldv al momento del acaecimiento del accidente. El plazo para efectuar la reclamación será de 3 años.

CUARTA: ATENCIÓN DE URGENCIAS. La víctima de MAP/MUSE tiene derecho a acceder a la atención de urgencias de manera inmediata, en cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud del territorio nacional, sea pública o privada, con independencia de la capacidad socioeconómica, sin que se requiera autorización previa de la EAPB o referencia.

La atención a la víctima debe realizarse en la Institución Prestadora de Servicios de Salud más cercana al lugar de los hechos, independientemente de si se encuentra inscrita a una EAPB o no. No podrá realizarse cobro de copago o cuotas moderadoras a las víctimas atendidas, así como tampoco podrá exigírsele fotocopias o autenticaciones de documentos.

En ningún caso podrá negarse la atención de urgencias a la víctima bajo el argumento de que no es una urgencia vital. La víctima deberá obtener la valoración médica, en la cual se debe especificar la condición de víctima MAP/MUSE.

La IPS debe garantizar a la víctima, la debida aplicación del Triage, la atención de urgencia correspondiente y su estabilización. El personal en salud que recibe a la víctima, debe hacer un

reporte de valoración de todos los órganos y sistemas. En la valoración debe especificarse la condición de víctima MAP/MUSE.

La IPS deberá prestar apoyo y orientación a la víctima o a su familia, para gestionar según el caso, la afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud en caso de no estar afiliado o la declaración del hecho victimizante ante el Ministerio Público; esto es, el proceso de inscripción en el Registro Único de Víctimas (RUV).

Es responsabilidad de la IPS la atención oportuna de la víctima, lo que incluye la apropiada referencia cuando no cuenten con la tecnología necesaria para ello. Para esto la IPS deberá coordinar la atención a través de la red con la EAPB, en el caso de que la víctima se encuentre afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, o con la Entidad Territorial, en el caso de que la víctima no se encuentre afiliada.

Así mismo, la IPS deberá reportar el evento diligenciando la ficha Sivigila número 452, en atención a que el accidente por MAP/MUSE es de interés en salud pública.

QUINTA: NEGACIÓN DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS. La Institución Prestadora de Servicios de Salud que niegue la atención de urgencias a una víctima MAP/MUSE, sin posibilidad de valoración posterior, deberá entregar a la víctima documento escrito, elaborado y firmado por la IPS, en el cual consten los motivos de la negación de la atención de urgencias y el derecho que le asiste de interponer la queja correspondiente ante la Superintendencia Nacional de Salud, la Secretaría de Salud, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación o la Personaría Municipal, para que estas, en el marco de sus competencias, realicen las acciones a que haya a lugar.

SEXTA: ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMA MAP/MUSE NO INSCRITA EN EL RUV. Cuando la víctima de MAP/MUSE no esté inscrita en el RUV, la IPS deberá realizar la reclamación conforme a los artículos [2.6.1.4.1](#) y siguientes del Decreto 780 de 2016, esto es por medio de la cuenta del ECAT del Fosyga, hasta tanto se incluya en el RUV o se excedan los topes de cobertura establecidos (800 smldv desde el momento de la ocurrencia del evento). Cuando se sobrepase el monto máximo de cobertura, la IPS deberá solicitar autorización a la EAPB a la que se encuentra afiliada la víctima o a la Entidad Territorial de Salud, para continuar con la atención o remitirla a una IPS de la red integral de prestadores de la EAPB.

SÉPTIMA: ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMA MAP/MUSE INSCRITA EN EL RUV. En este caso la atención debe garantizarse a través de la EPS a la cual se encuentre afiliada la víctima. Si la víctima cuenta con un Plan Voluntario de Salud que cubra las contingencias acaecidas, estas serán cubiertas por el mismo. En el evento que las atenciones en salud no estén cubiertas por el Plan Voluntario de Salud, serán remitidas a la EPS para su atención.

Cuando la víctima inscrita en el RUV requiera una tecnología en salud no incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el médico tratante, según su criterio, realizará la prescripción respectiva.

OCTAVA: ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMA MAP/MUSE INSCRITA EN EL RUV - NO AFILIADO A UNA EPS. En este caso, las atenciones en salud se realizarán con cargo a la Entidad Territorial, y se deberá proceder a la afiliación inmediata de la víctima.

En caso de que la víctima requiera ser referenciado a otro nivel de atención, la Entidad Territorial Municipal o Distrital de Salud deberá coordinar la atención a través de su red integral de

prestadores.

NOVENA: ATENCIÓN HOSPITALARIA. Comprende todas aquellas acciones de salud (medicas, quirúrgicas, de rehabilitación u otras) que se requieren llevar a cabo con la víctima de MAP/MUSE en una condición de hospitalización.

La atención hospitalaria debe brindarse con un enfoque psicosocial y comprende el traslado a hospitalización, plan de atención integral (físico y mental), servicios médicos quirúrgicos y plan de egreso, seguimiento y manejo ambulatorio.

En caso de que la víctima requiera de ayudas diagnósticas, especialidades médicas o servicios que no se encuentren disponibles en la Institución Prestadora de Servicios de Salud donde está siendo atendida, deberá ser remitida acorde a sus necesidades en salud. Para esto la IPS deberá coordinar la atención a través de la red con la EAPB, en el caso de que la víctima se encuentre afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, o con la Entidad Territorial, en el caso de que la víctima no se encuentre afiliada, quienes deberán decidir a qué Institución de Salud será trasladada.

Le corresponde a la EAPB generar las autorizaciones de servicios posteriores a la urgencia y de servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC. En ningún caso, ya sea para autorizaciones de atención hospitalaria o ambulatoria, las EAPB podrán trasladar la responsabilidad del trámite de autorización al usuario o al acudiente.

Para el ingreso a la institución de salud que continuará prestando los servicios, la víctima o su familia deben llevar un resumen de la historia clínica, junto con los resultados de los exámenes practicados.

El resumen de la historia clínica deberá ser entregado por la IPS donde fue atendida la víctima inicialmente y deberá contener como mínimo la siguiente información: i) primer nombre y primer apellido de la persona atendida, ii) tipo y número de identificación y/o número de historia clínica, iii) edad y sexo de la persona atendida iv) datos de contacto, v) servicio de ingreso, vi) fecha de atención, vii) motivo de consulta, viii) enfermedad actual donde debe indicarse la condición evidenciada, la relación con el evento que originó la atención y la interpretación médica de los paraclínicos y ayudas diagnósticas realizadas, ix) revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó la atención, x) antecedentes, xi) examen físico, xii) diagnóstico, xiii) plan de tratamiento, xiv) cuando se hayan suministrado medicamentos deberá indicarse presentación, dosificación, frecuencia y tiempo de tratamiento, xv) primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.

Las Entidades Territoriales de Salud deberán realizar la inclusión en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), en los casos en que sea solicitado por las víctimas, con observación de las normas vigentes.

DÉCIMA: REHABILITACIÓN FUNCIONAL POSTERIOR A LA HOSPITALIZACIÓN.

En el caso en el que la víctima requiera rehabilitación posterior a la hospitalización, el médico tratante deberá entregar la orden para que sea valorada por el equipo interdisciplinar de rehabilitación funcional. Esta orden deberá ser autorizada por la EAPB a la cual se encuentre afiliada la víctima.

En caso de requerirse rehabilitación y que la víctima no esté afiliada al SGSSS, la víctima o su familia, con el apoyo de la IPS, deberá solicitar la afiliación a salud a través de la Entidad

Municipal o Distrital de Salud.

El equipo interdisciplinar de rehabilitación funcional será quien defina si la víctima requiere rehabilitación funcional, que comprende la rehabilitación física, mental y sensorial. Esta rehabilitación funcional se deberá realizar sin el pago de cuotas moderadoras o copagos.

DÉCIMA PRIMERA: ATENCIÓN PSICOSOCIAL. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud-IPS, y Entidades Territoriales de Salud-ETS, garantizarán a las víctimas la atención psicosocial, mediante la implementación de programas o procesos articulados de servicios con la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, acorde con lo definido en la ley, los programas y políticas de atención integral a las víctimas.

DÉCIMA SEGUNDA: CERTIFICACIÓN DE INCAPACIDAD DE LA VÍCTIMA MAP/MUSE PARA TRÁMITE DE AYUDA HUMANITARIA. En caso de incapacidad mínima de 30 días, el médico de la IPS deberá entregar a la víctima, la constancia de incapacidad médica para tramitar la ayuda humanitaria.

Dicho documento debe contar con información clara y legible acerca de la víctima, diagnóstico relacionado con la afectación directa del hecho victimizante, tiempo de incapacidad otorgado, fecha de expedición, nombre del médico tratante, número tarjeta profesional médico tratante o del funcionario responsable de la certificación.

DÉCIMA TERCERA: DISCAPACIDAD DE LA VÍCTIMA MAP/MUSE. En caso de discapacidad, y hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social adopte acto administrativo referente a la certificación de discapacidad, el médico tratante adscrito a la EAPB de la víctima deberá entregar un certificado que contenga: diagnóstico clínico relacionado a las “limitaciones” ocasionadas por la discapacidad y relacionar el diagnóstico anterior con las CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) vigente.

DÉCIMA CUARTA: NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE MAP/MUSE. Ningún hospital, Centro de Salud y demás instituciones dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño o niña que requiera atención en salud.

Los menores de 18 años podrán acceder de forma directa a la consulta especializada pediátrica, sin requerir referencia por parte del médico general.

Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, serán gratuitos, sin importar el régimen de afiliación.

En el marco de la atención pre hospitalaria a niños, niñas o adolescentes víctimas, las IPS deberá reportar el evento al defensor de familia/ ICBF o comisario.

Además de las anteriores, las entidades destinatarias de esta Circular Externa, deberán observar las instrucciones respecto de la prestación del servicio de salud en niños y niñas emitidas por esta Superintendencia a través de la Circular Externa número 000010 del 30 de octubre de 2013.

DÉCIMA QUINTA: ADULTOS MAYORES VÍCTIMAS DE MAP/MUSE. Además de las instrucciones generales para atención de víctimas de MAP/MUSE emitidas en la presente

circular, las entidades destinatarias deberán observar las instrucciones para la prestación de los servicios de salud a los adultos mayores emitidas a través de la Circular Externa número [00004](#) del 20 de marzo de 2015.

DÉCIMA SEXTA: CARÁCTER VINCULANTE DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD Y DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL PARA VÍCTIMAS DEL MAP/MUSE. La Ruta de Atención Integral en Salud y de Rehabilitación Funcional para Víctimas de MAP/MUSE definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, hace parte integral de la presente Circular, por lo tanto, deberá ser observada por los destinatarios de la misma.

La inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en la presente circular acarrearán la imposición de sanciones previstas en la ley, tanto a título personal como institucional por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones y competencias.

DÉCIMA SÉPTIMA: VIGENCIA. La presente Circular Externa rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Marzo 30 de 2017

El Superintendente Nacional de Salud,

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ.

* * *

1. <http://www.accioncontraminas.gov.co/estadisticas/Paginas/victimas-minas-antipersonal.aspx>



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma de la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

ISSN 2256-1633

Última actualización: 28 de febrero de 2018

