



CARTA DE DERECHOS DE LOS AFILIADOS Y CARTA DE DESEMPEÑO

veintiuno
SuperSalud



E.P.S. SANITAS

ORGANIZACION **SANITAS** INTERNACIONAL

Fonosanitas: 01 8000 919100 - 375 9000
www.epssanitas.com

CARTA DE DERECHOS DE LOS AFILIADOS Y DE LOS PACIENTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Señor afiliado, en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia T - 760 de 2008 y de conformidad con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 4343 de 2012, hacemos entrega de la “CARTA DE DERECHOS DE LOS AFILIADOS Y DE LOS PACIENTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD” y de la “CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.”

INTRODUCCIÓN

La Ley 100 de 1993 modificada por la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, cuyos objetivos son regular el servicio público esencial y obligatorio de salud y garantizar el acceso de todos los Colombianos al desarrollo, cuidado y atención de la misma.

Para la afiliación al SGSSS la ley creó dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. El régimen contributivo regula la afiliación al Sistema mediante el pago de una cotización financiada directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y el empleador.

Las Entidades Promotoras de Salud son responsables de la afiliación y registro de los afiliados al SGSSS, el recaudo de sus cotizaciones y su función principal es la de aseguramiento, la cual contempla la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo a los mismos por parte de los afiliados, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación de sus afiliados ante el prestador y los demás actores del Sistema.

EPS Sanitas S.A. es una entidad promotora de salud del régimen contributivo, autorizada para funcionar como tal por la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución 0981 de 1994.

GLOSARIO

Alianzas o Asociaciones de Usuarios: Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Alto Costo: Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como sida y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea, entre otros.

Afiliación: Es el acto jurídico, que requiere de la inscripción a una EPS, por medio del cual el usuario y su grupo familiar adquieren los derechos y las obligaciones derivados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Afiliado: Persona con o sin capacidad de pago (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a la cobertura de riesgos en salud.

Atención de urgencias: Prestación oportuna de servicios de salud, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras mediante tecnologías en salud, para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional y/o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

Atención inicial de urgencias: Acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y buscando:

- a. La estabilización de sus signos vitales, que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no implica necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.
- b. La realización de un diagnóstico de impresión.
- c. La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.

Autocuidado: Observancia particular y determinada que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud.

Beneficiarios: Son las personas afiliadas, que no hacen aporte de cotización, pertenecientes al grupo familiar del cotizante al sistema, quienes reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por su parentesco y/o dependencia económica.

Cobertura: Es la garantía para los habitantes del Territorio Nacional de acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Plan Obligatorio de Salud.

Comité Técnico Científico (CTC): Comité que las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, deben integrar, cuya función primordial es analizar, para su autorización, las solicitudes presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, el suministro de medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud que están por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS). Está conformado por un (1) representante de la EPS, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y un (1) representante de los usuarios.

Consulta médica: Valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento en cualquier

fase de la atención: promoción, prevención, curación, rehabilitación y/o paliación. La consulta puede ser programada o de urgencia y general o especializada.

Consulta odontológica: Valoración y orientación brindada por un odontólogo a los problemas relacionados con la salud oral. La valoración comprende anamnesis, examen clínico, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento y tratamiento en cualquier fase de la atención, promoción, prevención, curación y/o rehabilitación. La consulta puede ser programada o de urgencia, general o especializada.

Consulta no programada: Es la atención en salud que le brinda la Unidad de Atención Primaria cuando usted o alguno de sus beneficiarios presenta una situación de salud que amerita una atención prioritaria, pero que no corresponde a una urgencia vital.

Cotización: Es el aporte obligatorio que con base en el ingreso mensual hacen los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo.

Cotizante: Las personas, nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, que por estar vinculadas a través de un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados o jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan parte de los ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud.

Cuotas Moderadoras: Son los aportes en dinero que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a sus beneficiarios) por servicios que éstos demandan, que tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular el buen uso del servicio de salud, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las Entidades Promotoras de Salud.

Copago: Es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio requerido por el beneficiario; tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se cobra sólo a los afiliados beneficiarios (familiares del cotizante). No se paga en actividades de promoción y prevención, atención inicial de urgencias y enfermedades catastróficas.

Defensor del Usuario en Salud: Es el vocero de los afiliados ante las respectivas Entidades Promotoras de Salud en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

Demanda Inducida: Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

Detección Temprana: Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

Integralidad: Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, incluye lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Libre Escogencia: Es el principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud que le da al afiliado la facultad de escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud la que le administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio. A su vez, la Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger, entre un número plural de prestadores, la o las Instituciones Prestadoras de servicios a través de las cuales accederá al Plan Obligatorio de Salud.

Movilidad (Traslado entre EPS): Es el derecho que tienen los afiliados para cambiarse a otra Entidad Promotora de Salud, una vez se cumpla con el período mínimo de permanencia exigido o se configuren las causas definidas para tal fin por las disposiciones legales vigentes.

Plan Obligatorio de Salud (POS): Conjunto de servicios para la atención en salud y prestaciones económicas (incapacidades y licencias de maternidad y paternidad) a las que tienen derecho el afiliado y su grupo familiar por tener una afiliación vigente en el régimen contributivo.

Planilla Integrada de Pago de Aportes (PILA): Es un formato electrónico que facilita a los aportantes realizar el pago integrado de los aportes a la Seguridad Social y demás parafiscales, a través de transferencias electrónicas de fondos.

Prevención de la Enfermedad: Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Promoción de la Salud: Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Prótesis: dispositivo ortopédico aplicado de forma Externa, usado para reemplazo total o en parte de una extremidad ausente o deficiente.

Régimen Contributivo: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

UAP: Unidad de Atención Primaria.

Fuente: Circular externa 047 de 2007, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986., Documento Promoción de la Salud – Glosario OMS.

1. DERECHOS, DEBERES Y SANCIONES

1.1 DERECHOS

Como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social, usted y sus beneficiarios tienen derecho a:

- a. Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios.
- b. Acceder a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios y que sean requeridos con necesidad.
- c. Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.
- d. A que la entidad promotora de salud autorice los servicios que requiera y aquellos que requiera con necesidad, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud. El acceso a los servicios de salud debe ser oportuno, de calidad y eficiente.
- e. Protección especial a niñas y niños. El derecho a acceder a un servicio de salud para conservar la vida, la dignidad, y la integridad así como para desarrollarse armónica e integralmente, están especialmente protegidos.
- f. 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. Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de acuerdo con la estratificación socioeconómica de soportar el pago del mismo.
- g. Disfrutar y mantener una comunicación plena y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve.
- h. El derecho a que los familiares o representantes, en caso de inconsciencia, incapacidad para decidir o minoría de edad del paciente, consientan o rechacen procedimientos o tratamientos. Los profesionales de la salud, los progenitores y los tutores o curadores promoverán la adopción de decisiones autónomas por parte de los menores de edad.
- i. 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.

- j. 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.
- k. Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos de los servicios obtenidos.
- l. Aceptar o rechazar procedimientos, por sí mismo o, en caso de inconsciencia, incapacidad para decidir o minoría de edad, por sus familiares o representantes, dejando expresa constancia en lo posible escrita de su decisión.
- m. 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.
- n. Recibir los servicios de salud en condiciones de habitabilidad, higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- o. Recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna.
- p. 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 autorizado para su ejercicio.
- q. 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 entidades promotoras de salud 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.
- r. Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profesa o si no profesa culto alguno.
- s. 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 previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
- t. Ser respetado en su voluntad de aceptar o rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.

- u. Morir con dignidad y respeto de su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.
- v. Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud en caso de duda.
- w. Recibir la valoración científica y técnica por parte de la entidad promotora de salud, cuando del concepto médico externo de un profesional de la salud reconocido, se considere que la persona requiere dicho servicio.
- x. Recibir las prestaciones económicas por licencia o incapacidad, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la entidad promotora de salud no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.
- y. Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud y la prohibición de que 'bajo ningún pretexto' se pueda dejar de atender a la persona, ni puedan cobrarsele copagos.
- z. Acceder a los bienes y servicios de salud con continuidad. El acceso a un servicio de salud debe ser continuo y en ningún caso puede ser interrumpido súbitamente.
- aa. Toda persona tiene derecho a que las entidades promotoras de salud o autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, adopten las medidas adecuadas para, por lo menos, (I) suministrar la información que requiera para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos, (II) entregarle al afiliado por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio, (III) indicar 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) acompañarla durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.
- bb. Recibir por escrito, del prestador de servicios de salud, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando se presente dicha situación.
- cc. Acceder a los servicios de salud sin que la entidad promotora de salud pueda imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su entidad promotora de salud autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite.
- dd. Para la verificación de derechos se solicitará únicamente el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico

que permita demostrar el derecho. No podrá exigirse al afiliado copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

- ee. Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad.

1.2 DEBERES

Los afiliados y pacientes en el sistema de seguridad social en salud tienen los siguientes deberes:

- a. Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.
- b. 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.
- c. Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- d. Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.
- e. Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, así como los recursos del mismo.
- f. Cumplir las normas del sistema de salud.
- g. Actuar de buena fe frente al sistema de salud.
- h. Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio.
- i. 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.

1.3 SANCIONES

A continuación se relacionan las sanciones que tendrían los afiliados por el incumplimiento de los deberes y el ejercicio inadecuado de los derechos:

1. Suspensión de la afiliación del cotizante y su grupo familiar, por mora superior a un mes en el pago de los aportes, así como la de sus beneficiarios cuando no se presente la documentación que acredite el parentesco y dependencia económica.
2. Desafiliación en los siguientes casos:
 - a) Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa oportunamente a la EPS a través del reporte de novedades que no tiene capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Con-

tributivo como independiente; la novedad de retiro informada a través de la planilla de autoliquidación hace presumir la pérdida de capacidad de pago del trabajador retirado.

- b) Cuando el trabajador independiente pierde su capacidad de pago e informa a la EPS tal situación, a través del reporte de novedades o en la planilla de autoliquidación.
 - c) Para los afiliados beneficiarios, cuando transcurran tres meses de suspensión y no se entreguen los soportes de la afiliación requeridos por la EPS.
 - d) En caso de fallecimiento del cotizante, también se producirá la desafiliación de sus beneficiarios, salvo que exista otro cotizante en el grupo familiar, caso en el cual quedará como cabeza de grupo.
 - e) Cuando la EPS compruebe la existencia de un hecho extintivo de la calidad de afiliado, cuya novedad no haya sido reportada.
 - f) Cuando la Superintendencia Nacional de Salud defina quejas o controversias de multifiliación.
3. Terminación en forma unilateral de la afiliación o negar la afiliación a quien desee afiliarse, cuando exista prueba de que el usuario ha utilizado o intentado utilizar los beneficios que le ofrece el Sistema General de Seguridad Social en Salud en forma abusiva o de mala fe. Para estos efectos, se consideran conductas abusivas o de mala fe del usuario entre otras, las siguientes:
- a) Solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios.
 - b) Solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos.
 - c) Suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en forma deliberada, información falsa o engañosa.
 - d) Utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas más bajas de las que le correspondrían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles.

2. PLAN DE BENEFICIOS

2.1 CONDICIONES PARA LA AFILIACIÓN AL SGSSS Y MOVILIDAD

¿A quién puede afiliarse el cotizante?

- Cónyuge o compañero(a) permanente.
- Hijos menores de 18 años que dependan económicamente del afiliado cotizante.
- Hijos entre los 18 y los 25 años, cuando sean estudiantes y dependan económicamente del afiliado cotizante.

- Hijos de cualquier edad, si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado cotizante.
- A falta de cónyuge y de hijos, podrán ser beneficiarios los padres del afiliado que no estén pensionados y que dependan económicamente del cotizante.

También se pueden afiliarse como beneficiarios adicionales a los menores de 12 años que dependan económicamente del cotizante y a sus parientes hasta tercer grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos, abuelos, bisabuelos, nietos, bisnietos, tíos, sobrinos), para lo cual deberá pagar un valor adicional a la cotización, el cual se reajusta anualmente.

Cuando ambos cónyuges cotizan y la suma de los dos aportes de la cotización en salud superen el 150% de la sumatoria de las Unidades de Pago por Capitalización (UPC) del grupo familiar actual incluyendo la UPC de los padres a incluir, podrán ser beneficiarios los padres de alguno de los cotizantes y además que dependan económicamente de uno de los cotizantes, sin tener que pagar valor adicional alguno.

¿Cómo y dónde realizar una afiliación?

Para hacer una nueva afiliación o incluir algún beneficiario, usted debe:

- 1 - Diligenciar el formulario de afiliación, relacionando a cada uno de los miembros de su grupo familiar que desee afiliarse.
- 2 - Anexar los documentos solicitados para acreditar el parentesco con sus beneficiarios, según lo establecido en el Decreto 1703 de 2002.
- 3 - Radicar el formulario y los documentos.

Libre Elección de EPS y de IPS

El afiliado tiene derecho a trasladarse libremente de Entidad Promotora de Salud siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos en las normas vigentes, entre ellos:

- Cumplir con el tiempo mínimo de permanencia, es decir 12 meses.
- No debe presentar suspensión por mora como cotizante independiente.
- No tener incapacidades, licencias o tratamientos en curso.
- Realizar la solicitud de traslado por el grupo familiar básico completo.

Cuando se presente traslado de EPS, no habrá restricciones en la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. La fecha de vigencia en la nueva EPS es el primer día del mes subsiguiente a la radicación del traslado.

Así mismo, el afiliado puede escoger la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS dentro de la red de servicios ofrecida por EPS Sanitas que se encuentra publicada y actualizada en la página web www.epssanitas.com.

Al momento de la afiliación el usuario puede elegir la red de atención Primaria ambulatoria más cercana a su lugar de residencia.

2.2 SERVICIOS Y BENEFICIOS ECONÓMICOS DEL PLAN OBLIGATORIO EN SALUD - POS.

¿Qué es el Plan Obligatorio de Salud (POS)?

Es el conjunto de servicios para la atención en salud y prestaciones económicas (incapacidades y licencias de maternidad y paternidad) a las que tienen derecho el afiliado y su grupo familiar por tener una afiliación vigente en el régimen contributivo. Las coberturas de estos servicios se encuentran reglamentadas por el Gobierno Nacional.

¿Quiénes tienen derecho a acceder a los servicios del POS?

Los afiliados cotizantes (dependientes, independientes y los pensionados), así como los beneficiarios que conformen su grupo familiar.

2.2.1 Servicios del Plan Obligatorio de Salud – POS

Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva básica hasta diversos tratamientos de alta complejidad, entre ellos están:

- Consulta: medicina general y especializada
- Odontología: Con excepción de ortodoncia, periodoncia y prótesis
- Acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención inicial de urgencias
- Diagnóstico: Laboratorio clínico, radiología, ecografías, medicina nuclear, resonancia electromagnética y escanografía.
- Hospitalización
- Tratamientos quirúrgicos, en servicios de baja, mediana y alta complejidad
- Apoyo terapéutico: Terapia física, respiratoria, ocupacional y del lenguaje
- Suministro de medicamentos y principios activos señalados en el Anexo 01 del Acuerdo 029 de 2011.
- Suministro de lentes.
- Trámite de incapacidades y licencias.

El detalle de cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones incluidos en el POS se encuentra contemplado en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – Resolución 5261 de 1994, Acuerdo 029 de 2011 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o aclaren.

El mecanismo para acceder a cada uno de estos servicios se describe a continuación:

2.2.2 Unidades de Atención Primaria (UAP)

¿Qué son las UAP?

Son centros integrales de prestación de servicios de salud conformados por un grupo interdisciplinario de médicos y enfermeras, liderado por médicos especialistas en medicina familiar, que tienen como principal

objetivo velar por el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos específicos, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, así como el desarrollo de programas de promoción y prevención. El modelo de atención primaria incluye la atención integral de medicina interna, ginecología y pediatría.

El acceso inicial del usuario a toda la red integrada de servicios de salud se realiza a través de estos centros.

Ventajas de las UAP

- Integración de la consulta médica con los programas de promoción y prevención.
- Interconsulta con medicina interna, pediatría y ginecología dentro de la misma UAP, en caso de ser necesario.
- Consulta de medicina general no programada para situaciones de salud prioritarias que lo requieran.
- Disponibilidad de un especialista en medicina familiar como apoyo al médico general en la consulta

Servicios que prestan las UAP

Entre los servicios que prestan las UAP están los siguientes:

- Consulta programada de medicina general, medicina interna, pediatría y ginecología.
- Consulta no programada de medicina general.
- Laboratorio clínico de primer nivel.
- Actividades de promoción y prevención.

¿Qué es la consulta no programada?

Es la atención en salud que le brinda la Unidad de Atención Primaria cuando usted o alguno de sus beneficiarios presenta una situación de salud que amerita una atención prioritaria, pero que no corresponde a una urgencia vital. Consiste en una consulta por medicina general asignada en las 24 horas siguientes a la solicitud del paciente.

¿Por qué utilizar la consulta no programada?

1. Es la mejor alternativa para la atención de motivos de consulta prioritarios y de aparición reciente (cuadros gripales, dolor de oído, tos, ardor al orinar, dolor de espalda, diarrea, brotes, etc.); es decir, condiciones que no ponen en riesgo su vida pero que requieren atención prioritaria.
2. La utilización adecuada de este servicio ayuda a descongestionar los servicios de urgencias de las clínicas y hospitales, evitando así demoras en la atención a pacientes que realmente tienen una urgencia vital.
3. En caso de determinarse que usted requiere mayor complejidad de atención, la UAP coordinará el traslado a la institución que le podrá prestar el servicio.

A este servicio puede acceder directamente en las UAP de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m y los sábados de 7:00 a. m. a 1:00 p. m.

Si los síntomas llevan varios días, solicite consulta programada en su Unidad de Atención Primaria para evitar congestión en el servicio de consulta no programada.

¿Cómo se comunica el médico de la UAP con el especialista?

A través del formato denominado “Referencia y Contrarreferencia”. Este es el documento por medio del cual se comunican los médicos que lo atienden y permite al especialista estar al tanto del motivo de la remisión y al médico de la UAP conocer el diagnóstico y las recomendaciones del especialista. Es importante que usted como usuario exija a los médicos el diligenciamiento y revisión de este documento.

¿Cómo solicitar una cita en las UAP?

Usted puede solicitar su cita de manera telefónica. Los números de teléfono de las UAP puede consultarlos en nuestra página web www.epssanitas.com, sección “Cuadro Médico y Puntos Propios” / EPS Sanitas.

Los pacientes inscritos en programas de manejo de enfermedades crónicas pueden solicitar sus citas de control personalmente en la sede de cada UAP.

¿Cómo se asignan las citas médicas?

La UAP procurará darle cita con el médico que lo había atendido previamente. Sin embargo, le podrá ser asignada cita con algún otro médico de la UAP, quien podrá tener acceso a su Historia Clínica.

¿Qué se debe hacer en caso de no poder asistir a una cita programada?

Debe cancelarla mínimo con 12 horas de anticipación, comunicándose al número telefónico a través del cual le fue asignada su cita. Recuerde que es importante que cancele oportunamente la cita programada, pues de esta manera le permite a un afiliado que requiera la atención poder acceder a ella.

Para el día de su cita recuerde que:

- Debe presentarse 30 minutos antes de su cita, para que los médicos puedan dar cumplimiento a las agendas programadas.
- La UAP le solicitará el documento de identidad o el carné y el comprobante de pago de la cuota moderadora.

No olvide que su médico general cuenta con una formación profesional que:

- Le permite realizar una evaluación integral del paciente, ya que posee conocimientos básicos en todas las disciplinas.
- Está en capacidad de resolver más del 80% de las enfermedades que se presenten en los pacientes.
- Es el integrador de las decisiones en salud y debe estar al tanto de lo que ocurre cada vez que el paciente requiere de una atención de urgencias, de una hospitalización o de una visita al especialista.

La solicitud de exámenes, medicamentos y remisiones a especialistas, depende del criterio exclusivo de cada profesional de acuerdo con el estado de salud que tenga el paciente al momento de la consulta. Por lo anterior, no generará órdenes de exámenes, remisiones a especialistas ni incapacidades laborales por solicitud de los pacientes ni de otros médicos, sin haber evaluado previamente al paciente y definido su criterio profesional. Esta situación deberá ser respetada por el usuario y por EPS Sanitas.

2.2.3 Consulta Medicina General u Odontología General

¿Cómo acceder a los servicios de salud de EPS Sanitas?

EPS Sanitas le brinda la atención de los servicios de salud a través de las Unidades de Atención Primaria (UAP) o por medio de su médico u odontólogo general adscritos a EPS Sanitas, quienes son sus asesores en temas de salud y tienen la responsabilidad de llevar el registro clínico de cada una de las personas que atienden.

Para acceder a la consulta médica comuníquese con su Unidad de Atención Primaria o con su médico asignado, según corresponda, o con la línea de atención Fonosanitas 01 8000 919100 en el evento en que requiera información sobre su médico u odontólogo asignado.

Documentos que se deben presentar para utilizar los servicios

Para la verificación de derechos al momento de hacer uso del servicio, se le solicitará el documento de identificación o el carné de afiliación y el comprobante de cuota moderadora, cuando hay lugar a ello. Adicionalmente, cuando se requiera, le será solicitado el volante de autorización.

2.2.4 Atención Inicial de Urgencias

¿Cuándo debe acudir a urgencias?

Cuando se presente una situación súbita que se derive de una enfermedad o accidente y que ponga en peligro la vida del afiliado.

En estos casos, diríjase a la Institución Prestadora de Servicios (IPS) más cercana y presente el documento de identidad o el carné de afiliación a EPS Sanitas. Al ingresar al servicio de urgencias le realizarán una valoración inicial llamada “Triage” que dependiendo de la gravedad de los síntomas se clasifican en 4 niveles de atención, lo que permite brindar atención oportuna a quien más lo necesita.

De acuerdo con la clasificación, el paciente recibirá atención así: Triage 1: inmediato por ser una emergencia; Triage 2: dentro de los 60 minutos posteriores al ingreso por ser una urgencia; Triage 3: dentro de las 6 horas posteriores; Triage 4: se considera como consulta ambulatoria y debe acudir para la atención a la UAP o al médico general asignado.

Si los síntomas llevan varios días solicite cita médica en su Unidad de Atención Primaria o con su médico general asignado.

En todo caso es el médico quien define la condición de atención de urgencias y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

Cuando el médico considere que se trata de una atención inicial de urgencias el profesional de la IPS adscrita a EPS Sanitas emitirá un informe de atención que la institución deberá hacer llegar a la EPS dentro de las siguientes 24 horas de su ingreso a la institución.

¿Qué se debe hacer cuando derivada de la atención de urgencias se genera una hospitalización?

La EPS debe dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores, dentro de los siguientes términos:

- a. Para la atención posterior a la atención inicial de urgencias: Dentro de las 2 horas siguientes al recibo de la solicitud.
- b. Para la atención de servicios adicionales: dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Si por orden o prescripción médica el afiliado debe permanecer hospitalizado más días de los autorizados inicialmente, se debe proceder de la misma manera que cuando se emitió la primera autorización. En ningún caso, deberá esperar el vencimiento de ésta.

¿Qué se debe hacer si se presenta una urgencia en ciudades donde no existe servicio directo de EPS Sanitas?

Podrá acudir a cualquier IPS donde le brindarán la atención que requiera. En todos aquellos casos de urgencia la IPS debe informar a EPS Sanitas durante las 24 horas siguientes a la solicitud del servicio, para que conozca el caso y asuma su cobertura.

Usted también podrá comunicarse con nuestra oficina más cercana o a través de Fonosanitas al 375 9000 en Bogotá o al 01 8000 919100 en el resto del país para recibir orientación frente al caso presentado.

¿Qué se debe hacer si se presenta una urgencia en una ciudad diferente a la de residencia?

En estos casos se debe acercarse a cualquiera de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que se encuentran relacionadas en el Cuadro Médico de EPS Sanitas o en su defecto, a cualquier IPS de la ciudad en donde será atendido inmediatamente.

Si usted acude a una IPS que no tenga convenio con EPS Sanitas, ésta institución deberá informar a la EPS dentro de las 24 horas siguientes a la solicitud del servicio.

2.2.5 Servicios Especializados y de Diagnóstico

Medicina y odontología especializada

Cuando en la UAP, su médico general u odontólogo general lo considere necesario, usted será remitido a un especialista y para ello le emitirá un documento llamado "Orden de Referencia - Contrarreferencia".

Una vez haya sido autorizado por la EPS el servicio, podrá solicitar cita

con el especialista y deberá acudir a la consulta el día y hora que haya acordado.

Luego de la valoración, el médico u odontólogo especialista podrá emitir un concepto del cual se deriven procedimientos que usted se deba realizar y serán autorizados por la EPS cuando así esté definido.

¿Qué se debe hacer una vez termine el tratamiento con el especialista?

Usted debe volver donde el médico de la UAP y presentarle el formato “Orden de Referencia - Contrarreferencia” debidamente diligenciado. Este documento permite un mayor conocimiento de su estado de salud entre los profesionales que cuidan de la misma y además se mantiene actualizada su historia clínica.

Exámenes de Diagnóstico

Cuando un profesional adscrito le solicite un examen de diagnóstico, éste debe ser autorizado por la EPS. Una vez tenga la autorización del servicio, podrá acceder a la IPS seleccionada dentro de la red ofrecida por la EPS para practicarse dichos exámenes. Es importante indagar si la práctica de los exámenes ordenados requiere cita previa o alguna preparación especial.

Recuerde presentarse a la institución en la que le efectuarán los exámenes con el carné de afiliación a la EPS Sanitas o documento de identidad, autorización del servicio y comprobante de pago de la cuota moderadora, si así se requiere.

2.2.6 Servicios Hospitalarios

Hospitalización y Cirugías Programadas

Cuando un profesional adscrito le ordene una cirugía programada o tratamiento médico, una vez autorizado el servicio médico, debe presentarse en la institución seleccionada dentro de la red ofrecida por la EPS con el carné de afiliación o el documento de identidad y el comprobante de pago de la cuota moderadora o el copago, según corresponda.

Si por orden o prescripción médica usted debe permanecer hospitalizado más días de los autorizados inicialmente, el profesional de la IPS adscrita a EPS Sanitas emitirá una orden de hospitalización que la institución deberá hacer llegar a la EPS para la autorización, la cual se generará dentro de las 24 horas siguientes a la solicitud.

2.2.7 Suministro de Lentes

Si el oftalmólogo u optómetra le ordena lentes se debe tramitar ante EPS Sanitas la autorización respectiva. Una vez haya sido autorizado, podrá dirigirse a las ópticas adscritas y solicitar sus lentes de acuerdo con lo definido en la normatividad vigente. En el Régimen Contributivo los lentes correctores externo se cubren una vez cada cinco años en los mayores de 12 años y para los menores de 12 años una vez cada año, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura abarca la adaptación del lente formulado a la montura cuyo valor corre a cargo del afiliado.

2.2.8 Suministro de Medicamentos

Cuando un profesional adscrito le expida una fórmula para medicamentos en el formato de EPS acuda a cualquiera de las farmacias con las que tenga convenio EPS Sanitas y presente los siguientes documentos:

- a. Original y copia de la fórmula médica (formato EPS Sanitas), firmada y sellada.
- b. Carné de afiliación a EPS Sanitas o documento de identidad del afiliado.
- d. Comprobante de pago de la cuota moderadora respectiva.

Recuerde que usted tiene derecho a medicamentos esenciales en formulación genérica, según el Manual de Medicamentos y Terapéutica vigente de acuerdo con la normatividad legal, siempre y cuando sean ordenados por un profesional o institución adscrita a EPS Sanitas.

¿Cuál es la vigencia de la fórmula de medicamentos?

Las fórmulas médicas tienen una vigencia de 30 días calendario, a partir de la fecha de expedición, para ser reclamadas.

2.2.9 Incapacidades y Licencias Médicas

Incapacidad o licencia médica es el derecho que tiene un trabajador de ausentarse durante un tiempo determinado, certificado por el médico u odontólogo de la red de prestadores de EPS Sanitas, reconocida al aportante y autorizada por la EPS.

Las incapacidades laborales tienen origen en:

- Enfermedad general.
- Riesgos laborales (accidente de trabajo y enfermedad laboral).

Las licencias tienen su origen en:

- Licencia de maternidad.
- Licencia remunerada de paternidad.

Incapacidad por Enfermedad General

Incapacidad es el estado de inhabilidad física o mental de un trabajador que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio habitual.

Para tener derecho al reconocimiento económico de incapacidad por enfermedad general se requiere ser afiliado cotizante, haber cotizado por un período mínimo de cuatro semanas ininterrumpidamente y estar al día en los pagos con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tenga en cuenta que los tres primeros días de incapacidad por enfermedad general están a cargo de su empleador.

Comprobada la incapacidad para laborar, el afiliado tiene derecho a que se le reconozcan hasta 180 días, los cuales se liquidan a las dos terceras partes del ingreso base de cotización los primeros 90 días y a la mitad del salario durante los segundos 90 días.

Riesgos Laborales

Son los accidentes que se producen como consecuencia del trabajo o labor que desempeña y la enfermedad que haya sido catalogada como profesional por el Gobierno Nacional y que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador.

La incapacidad por riesgos laborales se valida y expide en la EPS. La prestación económica está a cargo de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), a la que el empleador tiene afiliados a sus trabajadores y corresponde al 100% de su salario base de cotización, siendo reconocida a partir del día siguiente del evento.

Una vez se reconozca como laboral el evento en salud (accidente o enfermedad) usted tendrá derecho a prestaciones asistenciales tales como asistencia médica, quirúrgica, terapéutica, hospitalización, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, suministro de medicamentos, prótesis y rehabilitación, entre otros, relacionados con esta patología.

Para cualquier inquietud relacionada con el reporte de accidentes de trabajo o sospechas de enfermedad laboral debe comunicarse con nuestra línea de atención Fonosanitas al 3759000 en Bogotá o al 018000919100 en el resto del país.

Licencia de Maternidad

Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de maternidad por 14 semanas en parto único, la cual disfrutará de la siguiente manera:

- Licencia de maternidad Preparto: Dos (2) semanas antes de la fecha probable del parto. La semana anterior a la fecha probable de parto es de obligatorio goce.
- Licencia Postparto: Duración de doce (12) semanas (prorrogable a trece (13) semanas en caso de haber trasladado una (1) semana preparto a este periodo. Cuando se trate de parto múltiple la licencia será de dieciséis (16) semanas.

La licencia será remunerada con el salario que devengue al entrar a disfrutar del descanso si se trata de un salario fijo. En caso de salario variable, se tendrá como base el promedio de los doce meses anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad o todo el tiempo si este fuere menor.

Si no se disfrutó de licencia preparto, la licencia de maternidad podrá ser expedida únicamente por 13 semanas.

Para acceder al derecho de prestación económica se requiere ser afiliada cotizante, que a la fecha del parto haya cotizado ininterrumpidamente por un período igual o superior al período de gestación y estar al día en los pagos con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para cotizantes Independientes, con fecha de parto a partir del 18/09/2009, que no cumplan con el período mínimo de cotización y cuyo ingreso base de cotización sea igual o inferior a un salario mínimo (1 SMMLV), la licencia de maternidad será reconocida proporcionalmente bajo la relación de días cotizados con el período de gestación. El plazo máximo para el trámite administrativo es de un (1) año a partir de la fecha de inicio de la licencia.

Licencia Remunerada de Paternidad

Todo trabajador cuya cónyuge o compañera permanente haya tenido un hijo, tiene derecho a disfrutar de la licencia remunerada de paternidad. Para adquirir este derecho se exige al padre como período mínimo de cotización ininterrumpidamente el mismo periodo de gestación del recién nacido. El padre tiene derecho a que se le reconozcan ocho (8) días hábiles de licencia remunerada.

La licencia se disfruta a partir del nacimiento del hijo y el plazo para el trámite es de 30 días siguientes a esta fecha.

Importante: Se recuerda que para acceder al respectivo reconocimiento económico por incapacidad laboral, los pagos de cotización deben efectuarse en forma continua y oportuna por lo menos durante cuatro (4) de los seis (6) meses anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad, así como durante el período en el que se esté disfrutando la incapacidad o licencia. Las fechas de pago oportunas están establecidas según los dos últimos dígitos del documento de identidad o NIT.

Requisitos para Tramitar las Incapacidades y Licencias

ORIGEN DE LA INCAPACIDAD		REQUISITOS
ENFERMEDAD GENERAL		<p>1. Original de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo tratante, que contenga nombres, apellidos y número del documento de identidad del paciente, fecha de inicio, número de días, diagnóstico, fecha de prescripción y datos del médico tratante.</p> <p>2. Copia de la historia clínica (en sobre cerrado que corresponda con la fecha de la ATENCIÓN médica).</p> <p>Nota. No se debe adjuntar historia clínica cuando la ATENCIÓN haya sido brindada en los Clinisanitas y Clínicas Colsanitas pertenecientes a la OSI.</p> <p>3. Cuando se trate de eventos traumáticos se debe adjuntar el Formato de investigación de origen de la incapacidad completamente diligenciado por el trabajador.</p> <p>4. Cuando la incapacidad por enfermedad general acumule o supere 90 días se debe adjuntar Certificación de afiliación a FONDO DE PENSIONES.</p>
MATERNIDAD	Licencia Preparto	<p>Formato de solicitud de Licencia Preparto o Solicitud escrita de licencia de maternidad preparto donde se especifique la fecha de inicio y si fue tomada por una (1) o dos (2) semanas, en caso de que hubiera sido solicitada.</p> <p>CERTIFICADO MÉDICO donde conste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombres, apellidos y número de documento de identidad del paciente. • Edad gestacional. • Fecha probable de parto. <p>Nota: Obligatoriamente se debe tomar UNA (1) semana anterior al parto.</p>
	Licencia Postparto	<p>Original de la licencia expedida por el médico que contenga nombres, apellidos y número de documento de identidad del paciente, fecha de inicio, número de días, diagnóstico, fecha de prescripción y datos del médico tratante.</p> <p>Fotocopia del certificado de nacido vivo o Registro Civil de Nacimiento del hijo.</p> <p>Copia de la historia clínica (en sobre cerrado) de la atención del parto donde conste la edad gestacional.</p> <p>Nota. No se debe adjuntar historia clínica cuando la atención haya sido brindada en los Clinisanitas y Clínicas Colsanitas pertenecientes a la OSI.</p>
	Parto prematuro	<p>Original de la licencia expedida por el médico que contenga Nombres, apellidos y número de documento de identidad del paciente, fecha de inicio, número de días, diagnóstico, fecha de prescripción y datos del médico tratante.</p> <p>Fotocopia del certificado de nacido vivo o Registro Civil de Nacimiento del hijo.</p> <p>Copia de la historia clínica (en sobre cerrado) donde conste semanas de gestación.</p> <p>Nota. No se debe adjuntar historia clínica cuando la atención haya sido brindada en los Clinisanitas y Clínicas Colsanitas pertenecientes a la OSI.</p>

MATERNIDAD	Aborto, parto con criatura no viable	Original de la licencia expedida por el médico que contenga Nombres, apellidos y número de documento de identidad del paciente, fecha de inicio, número de días, diagnóstico, fecha de prescripción y datos del médico tratante. Copia de la historia clínica, en sobre cerrado. Nota. No se debe adjuntar historia clínica cuando la atención haya sido brindada en los Clínicas Sanitas y Clínicas Colsanitas pertenecientes a la OSI.
	Adopción	Fotocopia del acta de entrega del niño(a) o adolescente por parte del ICBF o institución autorizada por el mismo. Que el niño(a) o adolescente sea menor de 18 años.
LICENCIA REMUNERADA DE PATERNIDAD		Presentar dentro de los 30 días siguientes al nacimiento del hijo: Registro Civil de Nacimiento del hijo (fotocopia) Copia de la historia clínica (en sobre cerrado) de la atención del parto donde conste la edad gestacional. Nota. No se debe adjuntar historia clínica cuando la atención haya sido brindada en los Clínicas Sanitas y Clínicas Colsanitas pertenecientes a la OSI En caso de adopción, fotocopia del acta de entrega del menor del ICBF o institución autorizada por el mismo.
ACCIDENTE DE TRABAJO		Original de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo tratante que contenga nombres, apellidos y número del documento de identidad del paciente, fecha de inicio, número de días, diagnóstico, fecha de prescripción y datos del médico tratante. Copia de la historia clínica (en sobre cerrado) que corresponda con la fecha de atención médica que dio origen a la incapacidad. Nota. No se debe adjuntar historia clínica cuando la atención haya sido brindada en los Clínicas Sanitas y Clínicas Colsanitas pertenecientes a la OSI. Deben ser presentadas en orden cronológico. Las prescripciones no deben ser alteradas, resaltadas ni modificadas.
ENFERMEDAD PROFESIONAL		Original de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo tratante que contenga nombres, apellidos y número del documento de identidad del paciente, fecha de inicio, número de días, diagnóstico, fecha de prescripción y datos del médico tratante. Certificación de la ARL o Juntas de Calificación, aceptando el origen profesional. Copia de la historia clínica (en sobre cerrado) que corresponda con la fecha de atención médica que dio origen a la incapacidad. Nota. No se debe adjuntar historia clínica cuando la atención haya sido brindada en los Clínicas Sanitas y Clínicas Colsanitas pertenecientes a la OSI. Deben ser presentadas en orden cronológico. Las prescripciones no deben ser alteradas, resaltadas ni modificadas.

Nota: De acuerdo con el caso, EPS Sanitas podrá solicitar documentos y/o soportes adicionales a los aquí descritos.

2.2.10 Accidentes de Tránsito

En caso de accidente de tránsito, EPS Sanitas únicamente autorizará el cubrimiento de los servicios que se generen cuando los mismos excedan el tope de 800 SMLMV al momento del accidente y por cada persona lesionada. Los servicios que estén por debajo de este tope deberán ser cubiertos por la póliza del SOAT del o de los vehículos involucrados y el Fosyga.

2.3 SOLICITUD DE MEDICAMENTOS, PROCEDIMIENTOS O INSUMOS NO CONTEMPLADOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.

Cuando el médico tratante ordene medicamentos, procedimientos y/o insumos no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud dichas solicitudes se presentarán ante el Comité Técnico Científico para su estudio y trámite, de acuerdo con lo establecido en la norma vigente. El resultado será informado al afiliado por EPS Sanitas y se le indicará los tiempos y lugar de entrega del medicamento, procedimiento y/o insumo autorizado.

2.4 EXCLUSIONES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

El Plan Obligatorio de Salud tiene las siguientes exclusiones y limitaciones:

- En general: Todas aquellas actividades, procedimientos, inter-

venciones, medicamentos y elementos médico - quirúrgicos, que su objetivo no sea contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; igualmente aquellos considerados como cosméticos, estéticos y los que expresamente determine la Comisión de Regulación en Salud, cumpliendo con los principios de universalidad, equidad y eficiencia enunciados en la Ley 100 de 1993. Igualmente, se excluyen en general los tratamientos de las complicaciones que Surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos o excluidos del Plan Obligatorio de Salud.

- b. En particular, las descritas a continuación:
1. Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética.
 2. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
 3. Diagnóstico y tratamientos para la infertilidad.
 4. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
 5. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales y aquellos otros dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para procedimientos no incluidos expresamente en el Acuerdo 029 de 2011.
 6. Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
 7. Tratamientos con medicamentos o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
 8. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el Acuerdo 029 de 2011.
 9. Tratamiento con psicoanálisis.
 10. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el Acuerdo 029 de 2011.
 11. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
 12. Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación.
 13. Tecnologías en salud de carácter educativo, instruccional o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintas a las necesarias de acuerdo a la evidencia clínica debidamente demostrada para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas.
 14. Pañales para niños y adultos.
 15. Toallas higiénicas.
 16. Artículos cosméticos.
 17. Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.
 18. Líquidos para lentes de contacto.
 19. Tratamientos capilares.
 20. Champús de cualquier tipo.

21. Jabones.
22. Cremas hidratantes.
23. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.
24. Medicamentos o drogas para la memoria.
25. Medicamentos para la disfunción eréctil.
26. Medicamentos anorexígenos.
27. Edulcorantes o sustitutos de la sal.
28. Enjuagues bucales y cremas dentales.
29. Cepillo y seda dental.
30. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
31. El tratamiento de las complicaciones que Surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud.
32. Insumos o dispositivos que no sean necesarios para las tecnologías en salud descritas en el Acuerdo 029 de 2011.
33. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de la salud tratante.
34. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.

La información detallada de los contenidos y exclusiones del Plan Obligatorio de Salud pueden ser consultados en el Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud, a través de la página web de EPS Sanitas.

3. PERÍODOS DE CARENCIA

Desde el 1º de enero del 2012 no hay periodos de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con lo establecido en el parágrafo transitorio del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011.

4. PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

4.1 Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Con los Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad los afiliados a EPS Sanitas pueden utilizar los siguientes servicios sin pago de cuotas moderadoras:

- Vacunación
- Salud oral
- Planificación familiar
- Crecimiento y desarrollo
- Control prenatal
- Evaluación de agudeza visual
- Detección de las alteraciones del joven de 10 a 29 años
- Detección de las alteraciones del adulto

- Detección temprana de cáncer de cuello uterino
- Detección temprana de cáncer de mama

Estos servicios son prestados en la Unidad de Atención Primaria (UAP) donde usted y su grupo familiar se encuentran asignados; en las ciudades donde no hay UAP, estos servicios son prestados directamente por los médicos de la red adscrita a EPS Sanitas o en su defecto serán remitidos por ellos a una Institución Prestadora de Servicios.

Vacunación - Plan Ampliado de Inmunización (PAI)

Este programa está dirigido a afiliados menores de cinco años, mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y embarazadas, previene las enfermedades de tuberculosis, poliomielitis, difteria, tétanos, tosferina, meningitis por haemophilus influenza, hepatitis B, sarampión, parotiditis, rubéola y fiebre amarilla a través de la aplicación de las respectivas vacunas en las edades y dosis recomendadas.

Salud Oral

El principal objetivo de este programa es conocer cómo controlar la placa bacteriana y mantener una buena higiene oral.

Durante las consultas de este programa se realizan actividades de prevención tales como:

- El control de placa bacteriana, donde se revisa si hay placa bacteriana presente en los dientes.
- Fluorización (de 5 a 19 años) para fortalecer la superficie del diente y reducir la producción de ácidos y el desarrollo de caries.
- La aplicación de sellantes (de 3 a 15 años), con lo cual se modifica la superficie del diente con el fin de disminuir la acumulación de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma con el cepillado después de cada comida.
- Detartraje supragingival (de 12 años en adelante) es la remoción mecánica de la placa bacteriana y los depósitos calcificados de la porción coronal del diente, para evitar daños en los tejidos de soporte.

Es importante que las mujeres embarazadas asistan a control con el odontólogo para controlar o prevenir la inflamación de las encías o gingivitis, que se produce por el cambio hormonal.

Los afiliados deben asistir a su Centro Odontológico asignado para acceder a este servicio.

Planificación Familiar

Planear cuántos hijos se desea tener y cuál es el mejor momento de tenerlos es una decisión muy importante. Por esto, EPS Sanitas a través del Programa de Planificación Familiar ofrece a sus afiliados y afiliadas en edad fértil:

- Asesoría sobre derechos sexuales y reproductivos.
- Consulta médica y de enfermería enfocadas a la consejería en planificación familiar.

- Educación sobre los métodos de planificación existentes, con el objetivo de que elijan el que más se ajusta a las condiciones de la pareja.
- Seguimiento a la utilización del método, buscando que ésta sea óptimo y que se logre la adaptación del afiliado o afiliada.
- Acceso a los métodos anticonceptivos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Inserción del Dispositivo Intra Uterino (DIU) a la usuaria que selecciona este método de planificación.
- Esterilización femenina (ligadura de trompas) y masculina (vasectomía).

La educación acerca de los métodos, sus ventajas y desventajas, se hace tanto a mujeres como a hombres favoreciendo la equidad de género y procurando siempre que la elección del método sea decisión de la afiliada, el afiliado o la pareja.

Crecimiento y Desarrollo

El programa busca tener niños saludables que en un futuro sean adultos sin enfermedad.

En este programa los niños y niñas menores de diez años acceden a una serie de actividades médicas y de enfermería que permiten evaluar periódicamente cómo están creciendo y cómo se están desarrollando física y emocionalmente, con el fin de tomar las medidas correctivas necesarias para que tengan buena salud.

El programa busca que se mantenga un control periódico de la salud y del desarrollo de los pequeños afiliados, quienes deben asistir a:

- 1 consulta durante el primer mes de vida
- 4 consultas durante el período de los 2 a los 12 meses de edad.
- 3 consultas entre los 13 y los 24 meses de edad.
- 4 consultas entre los 2 y los 4 años de edad.
- 4 consultas entre los 5 y los 7 años de edad.
- 1 consulta anual a los 8 y a los 9 años de edad.

Adicionalmente, los padres y/o los cuidadores de los niños(as) reciben educación sobre alimentación balanceada, esquema de vacunación, estimulación temprana, afectividad, prevención de accidentes, higiene oral, intervención oportuna de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda, entre otros.

Control Prenatal

El 90% de las mujeres embarazadas que asisten regularmente a control prenatal tienen menor probabilidad de presentar complicaciones durante el periodo de gestación de la madre y del bebé. Por esto, EPS Sanitas y su Programa de Control Prenatal pone a disposición de las afiliadas embarazadas un equipo de profesionales altamente capacitado para ofrecer una adecuada atención prenatal y cuidado durante el parto y el posparto, así como el cuidado del recién nacido.

Durante el Control Prenatal que idealmente debe comenzar entre el segundo y tercer mes de embarazo, la mujer gestante accede a valoraciones médicas y de enfermería, preparación para la maternidad y la paternidad

junto con su pareja, información sobre los signos de alarma, vacunación y salud oral.

Agudeza Visual

Las personas de 4, 11, 16 y 45 años deben asistir en estas edades a una consulta médica en la que se evaluará la agudeza visual.

Los afiliados de 55, 60, 65, 70, 75 y 80 años deben asistir en estas edades a una valoración médica de su estado de salud que incluye también una consulta con oftalmología.

Detección de las alteraciones del joven

Diseñado para los jóvenes de 10 a 29 años, el programa ofrece una consulta médica para que estos jóvenes puedan resolver todas sus inquietudes sobre su estado de salud.

Detección de las alteraciones del adulto

Los afiliados a partir de los 45 años deben asistir a una consulta cada cinco años, encaminada a determinar si la persona tiene factores de riesgo y a diagnosticar tempranamente enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus y problemas de la glándula tiroides.

Detección temprana de cáncer de cuello uterino

Mediante la realización anual de la citología vaginal en las mujeres de 21 a 69 años, se busca diagnosticar tempranamente el cáncer de cuello uterino y realizar intervenciones que permitan un tratamiento oportuno.

Detección temprana de cáncer de mama

Con el objetivo de diagnosticar el cáncer de seno y realizar las intervenciones necesarias para su tratamiento las mujeres mayores de 50 años deben asistir a una consulta en la que además de buscar la presencia de masas u otras alteraciones en los senos, se analiza el resultado de la mamografía.

5. PAGOS MODERADORES

A continuación se informan los pagos moderadores que se han estimado en el Plan Obligatorio de Salud como un aporte en dinero, para regular la utilización del servicio y ayudar a subsidiar el sistema. La no cancelación de los pagos moderadores no puede ser barrera de acceso al servicio de salud.

5.1 Cuota Moderadora

La cuota moderadora es un aporte en dinero que deben realizar los afiliados cotizantes y beneficiarios al utilizar los servicios ofrecidos por el POS, a fin de moderar el uso de los mismos.

Actividades o procedimientos que requieren el pago de cuota moderadora:

- Consulta externa médica, odontológica y paramédica.
- Consulta externa por médico especialista.
- Suministro de medicamentos para tratamientos ambulatorios.
- Exámenes de diagnóstico ambulatorios (clínicos, patológicos, radiológicos, tanto simples como especializados).
- Suministro de lentes.
- Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente 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.

¿Cuál es el valor de la cuota moderadora?

Está directamente relacionado con el Ingreso Base de Cotización (IBC) reportado por el afiliado cotizante. Este valor se expresa en Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV).

Los afiliados se clasifican en tres categorías A, B o C, teniendo en cuenta el ingreso base de cotización reportado en la planilla de aportes. De acuerdo con la categoría a la cual pertenezca el afiliado se cobrará el valor de la cuota moderadora, el cual es reajustado anualmente en un porcentaje equivalente al aumento del SMLMV.

Categoría	Ingreso Base de Cotización	Porcentaje sobre el SMLMVD*
Categoría C	Ingresos menores a 2 SMLMV	11,7%
Categoría B	Ingresos entre 2 y 5 SMLMV	46,1%
Categoría A	Ingresos mayores a 5 SMLMV	121,5%

*SMLMVD: Salario mínimo legal mensual vigente diario

¿Dónde se pueden adquirir las cuotas moderadoras?

En las cajas ubicadas en las oficinas de EPS Sanitas. Adicionalmente, puede cancelar su valor en las Unidades de Atención Primaria y en los consultorios de los médicos de familia el día de su cita.

Es importante indagar previamente si el médico o la institución que lo atenderá presta el servicio de recaudo de cuotas moderadoras.

5.2 Copagos

Es el aporte en dinero que deben realizar exclusivamente los afiliados beneficiarios, sobre los procedimientos e intervenciones sujetos por Ley a estos cobros. Los copagos podrán aplicarse a todos los servicios contenidos en el POS, con excepción de:

- Actividades de detección temprana y protección específica.
- 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 sometidos al pago de cuotas moderadoras.

El monto de los copagos se determina de acuerdo con el ingreso base de cotización del afiliado cotizante y con los límites establecidos legalmente para este fin. El cobro se genera de acuerdo con la categoría a la que pertenezca el afiliado así:

COPAGO	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC)		
	Menor de 2 SMLMV	Entre 2 y 5 SMLMV	Mayor de 5 SMLMV
Porcentaje del valor del servicio	11.50%	17.30%	23.00%
Tope máximo por servicio	28.7% de 1 SMLMV	115% de 1 SMLMV	230% de 1 SMLMV
Tope máximo por año	57.5% de 1 SMLMV	230% de 1 SMLMV	460% de 1 SMLMV

Los porcentajes registrados se aplican sobre el valor total del procedimiento o intervenciones sujetas al cobro de copagos que requiera el afiliado. Los copagos tienen un límite máximo por evento y un límite máximo por año, relacionado con la categoría del cotizante.

¿Dónde se debe pagar el copago?

Directamente en las cajas ubicadas en las oficinas de EPS Sanitas.

6. RED DE PRESTADORES ADSCRITOS A EPS SANITAS

La información actualizada de la red de prestadores de servicios y la red de urgencias adscritos a EPS Sanitas a nivel nacional puede consultarla en nuestra página Web www.epssanitas.com en la sección “Cuadro Médico y Puntos Propios”. Así mismo, puede consultarla en la sección “Red de Prestadores” de este documento.

7. TRANSPORTE Y ESTADIA

El Plan Obligatorio de Salud incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Si a criterio del médico tratante el paciente puede ser atendido por otro prestador, el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del Plan Obligatorio de Salud. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria.

Cuando se requiera del traslado interinstitucional la Institución Prestadora de Servicios realizará los trámites pertinentes ante EPS Sanitas para la consecución de la ambulancia y la ubicación en la IPS del nivel de complejidad que se requiera.

El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional de las Unidades de Pago por Capitación respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión.

8. INFORMACIÓN GENERAL

8.1 Reporte de Novedades

Novedades de su grupo familiar

Si la novedad corresponde a alguna de las relacionadas en el siguiente listado, es importante que las reporte oportunamente. Para ello debe acercarse a uno de nuestros puntos de atención, diligenciar el formato “Formulario de novedades a la afiliación” y radicarlo junto con los documentos soportes de la novedad que esté reportando.

- Cambio de documento de identidad.
- Modificación en nombres del afiliado.
- Modificación en fecha de nacimiento del afiliado.
- Cambio de dirección de residencia.
- Exclusión de beneficiarios amparados y/o adicionales.
- Exclusión por fallecimiento de algunos de los integrantes de la afiliación.
- Exclusión por separación, divorcio o nulidad del matrimonio.
- Interrupción de la afiliación por salida del país.
- Activación de la interrupción por regreso al país.
- Retiro de trabajador independiente.
- Unificación del grupo familiar.

¿Cómo solicitar activación de la afiliación cuando ha sido interrumpida por viaje al exterior?

Una vez regrese al país y dentro de los 30 días siguientes, debe acercarse a cualquier punto de atención de EPS Sanitas y presentar original y fotocopia del pasaporte para solicitar la reactivación. Recuerde que mensualmente debe pagar el porcentaje de solidaridad, el cual se liquida sobre el ingreso base de cotización declarado y una vez regrese al país reanudar el pago de las cotizaciones respectivas sobre el porcentaje total establecido legalmente.

Tenga en cuenta que la interrupción de la afiliación sólo procede cuando el cotizante y su grupo familiar residen temporalmente en el exterior.

Modificaciones al Ingreso Base de Cotización para Independientes

Cuando se produzcan cambios en los ingresos se podrá reportar la modificación a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, para lo cual deberá diligenciar la novedad de variación transitoria de salario (VST), cuando la modificación es temporal o cuando la modificación del Ingreso Base de Cotización sea permanente deberá diligenciar una novedad de variación permanente de salario (VSP). La variación temporal del salario será efectiva por tres meses, tiempo durante el cual no se podrá realizar otra novedad temporal de salario.

8.2 Pago de Aportes

¿Qué es la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud?

Es el aporte obligatorio que con base en el ingreso mensual, hacen los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo.

¿Cuál es el monto de la cotización en salud?

Actualmente para trabajadores dependientes e independientes es del 12.5% del ingreso base de cotización, para pensionados es el 12%. En el caso del trabajador dependiente, la empresa asume el 8.5% y el trabajador cotizante el 4%. En el caso de independientes la cotización del 12.5% la asume integralmente el cotizante y los pensionados asumen un su totalidad el 12%.

¿Cuándo se debe realizar el pago de los aportes en salud?

En las fechas establecidas de acuerdo con los últimos dos dígitos del NIT o documento de identidad del empleador o del cotizante independiente, así:

Último día hábil de pago	TIPO DE APORTANTE		
	Empresas con más de 200 empleados	Empresas con menos de 200 empleados	Cotizantes Independientes
	Últimos dos dígitos del Nit o C.C. (no incluye dígito de verificación)		
1	00 al 10	00 al 08	00 al 07
2	11 al 23	09 al 16	08 al 14
3	24 al 36	17 al 24	15 al 21
4	37 al 49	25 al 32	22 al 28
5	50 al 62	33 al 40	29 al 35
6	63 al 75	41 al 48	36 al 42
7	76 al 88	49 al 56	43 al 49
8	89 al 99	57 al 64	50 al 56
9		65 al 72	57 al 63
10		73 al 79	64 al 69
11		80 al 86	70 al 75
12		87 al 93	76 al 81
13		94 al 99	82 al 87
14			88 al 93
15			94 al 99

Es importante tener en cuenta que de no realizar el pago dentro de las fechas establecidas, habrá lugar al cobro de intereses de mora en el pago de los aportes y suspensión de la afiliación para acceder a las prestaciones contempladas en el POS si no se paga dentro del mes.

¿Cómo se realiza el pago de los aportes en salud?

A través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). Los Operadores de Información son las entidades responsables de permitir al aportante (dependiente, independiente, entidades pensionales, etc.) el acceso a la PILA a través de su portal en Internet o del Call Center, sirviendo de intermediarios entre los aportantes y las administradoras (EPS, ARP, etc.). El listado de los Operadores de Información con los datos de contacto de los mismos se encuentra en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

¿Cuándo se genera la suspensión por el no pago de aportes?

La afiliación será suspendida a partir del primer día del siguiente mes en el cual no se efectúe el pago de la cotización que le corresponde al afiliado o al empleador, según sea el caso o cuando el afiliado cotizante que incluyó dentro de su grupo a un beneficiario adicional, no cancele el valor de la UPC adicional que le corresponda.

8.3 Otros Trámites

Reembolsos por servicios de urgencias

EPS Sanitas reembolsará a los afiliados los costos por servicios médico-quirúrgicos y hospitalarios por urgencia, en aquellas ciudades y poblaciones donde EPS Sanitas no tenga contrato con ninguna IPS para el servicio de urgencias. Esto, siempre y cuando, haya sido autorizado expresamente por EPS Sanitas para una atención específica o en caso de incapacidad e imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS, para cubrir las obligaciones para con sus afiliados.

¿Cuáles son los requisitos para el trámite del reembolso?

Dentro de los 15 días hábiles siguientes a la prestación del servicio, el afiliado debe presentar en EPS Sanitas:

- a. Solicitud de reintegro acompañada de facturas originales, debidamente canceladas.
- b. Certificación del médico tratante del hecho y sus características.
- c. Copia de la historia clínica o el resumen del servicio prestado, en el que conste la causa y el tratamiento de la urgencia.
- d. Copia del documento de identidad del afiliado.

En ningún caso EPS Sanitas hará reconocimientos económicos, ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas por profesionales, personal o instituciones no adscritas, salvo lo dispuesto en el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del POS.

La autorización de reembolso se expedirá en el Área Médica de EPS Sanitas. El valor del reembolso se girará en un lapso no mayor a 30 días después de haberse radicado la solicitud, siempre y cuando cumpla con todos los requisitos exigidos. En estos casos, se aplicarán las tarifas vigentes del Manual Tarifario del SOAT, según la Ley.

9. MEDIOS DE CONTACTO CON EPS SANITAS Y ACCESO A SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Los afiliados cuentan con los siguientes medios para obtener información actualizada sobre los servicios y puntos de atención de EPS Sanitas, así como para comunicarnos sus inquietudes:

- **Atención personalizada en los puntos de atención:** EPS Sanitas cuenta con más de 80 oficinas a nivel nacional donde puede acceder a los servicios de: asesoría comercial, trámite de afiliaciones, autorización de servicios médicos, radicación y trámites de licencias e incapacidades, allí también puede adquirir cuotas moderadoras y copagos. La ubicación de las oficinas y horarios de atención puede consultarlos en nuestra página web www.epssanitas.com, sección “Cuadro Médico y Puntos Propios” / EPS Sanitas.
- **Línea de atención “Fonosanitas”:** nuestros afiliados pueden comunicarse con la línea de atención gratuita 01 8000 919100 a nivel nacional o al 3759000 en Bogotá, las 24 horas del día, los 7 días de la semana en donde recibirá orientación médica general, asesoría en caso de urgencia, información sobre su afiliación, información acerca de profesionales y centros médicos adscritos, recepción de inquietudes, sugerencias o reclamos e información sobre asignación de citas médicas y odontológicas.
- **www.epssanitas.com:** en la Página Web puede consultar información general del Plan Obligatorio de Salud y de la EPS, entre otros: red de prestadores de servicios, puntos de atención, información para acceder a los servicios de salud, licencias e incapacidades, programas de promoción y prevención, información sobre aportes, orientación para algunos trámites, informe de rendición de cuentas, información de la asociación de usuarios, campañas y noticias de interés general. Así mismo, puede acceder a la Defensoría del Usuario Sanitas, a la sección “Contáctenos” y a la opción “Consulta en línea”.
- **Correo Electrónico:** A través del correo contactosi@colsanitas.com nuestros afiliados se pueden contactar con EPS Sanitas.
- **Trámite de peticiones, quejas y reclamos:** EPS Sanitas cuenta con la Defensoría del Usuario Sanitas para el trámite de las peticiones, quejas, reclamos, inquietudes y sugerencias de sus usuarios. Para comunicarse con la Defensoría, usted puede ingresar a www.epssanitas.com sección Defensoría del Usuario; llamar a Fonosanitas EPS, al 3759000 en Bogotá y 018000919100 desde el resto del país, radicar sus cartas en las oficinas y puntos de atención o utilizar los buzones de nuestros puntos de atención a nivel nacional. El servicio Web y telefónico está disponible las 24 horas del día. La respuesta la

podrá recibir en forma telefónica, escrita por correspondencia o por correo electrónico.

- **Boletín “Contacto EPS”:** A través de este canal EPS Sanitas informa a los empleadores y afiliados las novedades y noticias de interés general; este boletín es enviado por correo electrónico.
- **Folletos y Afiches:** En los diferentes puntos de atención los afiliados pueden acceder a información de interés general publicada a través de afiches, folletos y volantes.

10. PARTICIPACIÓN SOCIAL

Como afiliado usted cuenta con los siguientes mecanismos para exigir el cumplimiento de los derechos frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- Atención personalizada en los puntos de atención de EPS Sanitas
- Línea de atención Fonosanitas
- Página Web: www.epssanitas.com
- Defensoría del Usuario Sanitas
- Asociación de Usuarios Sanitas

Asociación de Usuarios

La Asociación de Usuarios Sanitas la conforman afiliados a nuestra EPS y su objetivo principal es velar por la calidad del servicio y la defensa del usuario. Puede ser miembro de la Asociación cualquier afiliado de EPS Sanitas S.A., siempre que cumpla la Ley 850 de 2003 (Artículo 19) en cuanto a inhabilidades, impedimentos e incompatibilidades que para tal efecto establece la norma que reglamenta las veedurías ciudadanas.

Para afiliarse a la Asociación de Usuarios Sanitas o para enviar sus inquietudes pueden contactarse a través de los siguientes medios:

- Línea telefónica: en Bogotá: 4871929, Nacional 018000943258
- Correo electrónico: info@asociacionusuariossanitas.com
- Página Web www.asociacionusuariossanitas.com

11. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Cuando se presenten conflictos entre los afiliados y la EPS relacionados con la cobertura del plan de beneficios del POS, las prestaciones excluidas, el pago de prestaciones económicas, el reconocimiento económico de gastos por parte del afiliado, multiafiliación, libre elección y movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrá acudir a la Superintendencia Nacional de Salud, quién actuará como Conciliador

a petición de parte de alguno de los actores, facilitando el diálogo y promoviendo fórmulas de acuerdo que permitan llegar a soluciones satisfactorias para ambas partes.

12. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Las Entidades Promotoras de Salud se encuentran sometidas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que se encuentra ubicada en la Avenida Ciudad de Cali No. 51 - 66, en la ciudad de Bogotá, teléfono (57-1) 4817000, línea gratuita nacional 01 8000 513700, página Web www.supersalud.gov.co. De igual forma, ejercen competencias de inspección, vigilancia y control las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal en el territorio de su jurisdicción.

Los afiliados tienen la posibilidad de acudir para la defensa de sus derechos en salud al Defensor del Usuario en Salud, a la Defensoría del Pueblo y a las Veedurías.

13. MECANISMOS DE PROTECCIÓN

Los afiliados podrán hacer uso de los siguientes mecanismos de protección:

- Presentar derecho de petición en los términos de la Ley 1437 de 2011, o la norma que la sustituya, tanto a la EPS como a la IPS y a las demás entidades del sector salud, para solicitar información, examinar y requerir copias, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos y deberá ser resuelto de manera oportuna y de fondo.
- 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 o la norma que la sustituya.
- La solicitud de cesación provisional ante la Superintendencia Nacional de Salud cuando 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.

CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A

Señor afiliado, en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia T - 760 de 2008 y de conformidad con lo establecido en la Resolución 4343 de 2012 hacemos entrega de la “CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS”. La información presentada fue tomada de las fuentes indicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social

en la Circular externa 014 de 2013. En este documento usted encontrará lo siguiente:

1. Indicadores de Calidad de EPS Sanitas.
2. Indicadores de Calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
3. Posición en el ordenamiento (ranking).
4. Acreditación.
5. Comportamiento como pagador de servicios.
6. Sanciones.

1. INDICADORES DE CALIDAD EPS SANITAS

Los siguientes son los resultados de los indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Indicador	Nombre Indicador	Unidad de Medida	Resultados Segundo Semestre 2012	
			EPS Sanitas	Media Nacional
E.1.1.0	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general.	Días	3.09	4.28
E.1.2.0	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada.	Días	NR	NR
E.1.2.1	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna.	Días	10.43	13.97
E.1.2.2	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecología.	Días	7.64	10.14
E.1.2.3	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría	Días	7.23	7.02
E.1.2.4	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general.	Días	11.16	10.85
E.1.3.0	Número de Tutelas por no prestación de servicios POS o POSS.	Número	25.00	193.64
E.1.4.0	Oportunidad de entrega de medicamentos POS.	%	99.38	96.61
E.1.5.0	Oportunidad en la realización de cirugía programada.	Días	16.15	17.03
E.1.6.0	Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología general.	Días	3.00	4.06
E.1.7.0	Oportunidad en la atención en servicios de imagenología.	Días	5.91	2.48
E.1.8.0	Oportunidad de la referencia en la EPS, ARS, CCF, EA, MP.	Días	10.08	10.82
E.2.1.0	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año.	%	NR	69.94
E.2.2.0	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino.	%	91.11	64.40
E.3.1.1	Tasa de Mortalidad por neumonía en mayores de 65 años.	Muertes X 1000 Afiliados	0.31	0.17
E.3.1.2	Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años.	Muertes X 1000 Afiliados	0.03	0.01
E.3.2.0	Razón de mortalidad materna.	Muertes X 100.000 Nacidos Vivos	52.67	65.35
E.4.1.0	Tasa de satisfacción global.	%	82.27	87.05
E.4.2.0	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.	%	88.42	76.45
E.4.3.0	Tasa de traslados desde la EPS, ARS, CCF, EA, MP.	%	1,07	1.04

Fuente: Página web de la Superintendencia Nacional de Salud, en el link <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=82>

2. INDICADORES DE CALIDAD DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Corresponde al resultado de los indicadores de calidad de las instituciones que hacen parte de la red de prestadores de servicios de salud de las entidades promotoras de salud.

Teniendo en cuenta la extensión de la información, los resultados de los indicadores de calidad para el año 2012 y la media nacional, de las instituciones que hacen parte de la red de prestadores de servicios de EPS Sanitas, podrá consultarlos en la página Web de la Superintendencia Nacional de Salud en la siguiente ruta: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=82>

3. POSICIÓN EN EL ORDENAMIENTO (Ranking)

Corresponde al nivel de posicionamiento de la EPS en el ordenamiento (ranking) de las EPS.

El ordenamiento que se presenta a continuación se compone de tres dimensiones, cada uno se mide de acuerdo a un número de indicadores trazadores:

1. Respeto a los derechos: Se calcula con base en los criterios definidos por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760.
2. Evaluación por parte de los usuarios: Corresponde a la calificación que los usuarios dan a la EPS a la cual se encuentran afiliados.
3. Proceso y resultado de la atención en salud: Tiene en cuenta indicadores trazadores de los procesos de atención en salud y los resultados en salud, evaluándose cuatro aspectos: calidad de la atención, enfermedad transmisible, salud materno infantil y enfermedad crónica no transmisible.

Los resultados correspondientes al posicionamiento de una EPS en el ranking se clasifican en: Bajo, Medio Bajo, Medio Alto y Alto.

Los resultados de EPS Sanitas son:

CÓDIGO	ENTIDAD	RESPECTO A LOS DERECHOS	EVALUACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS	PROCESO Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD
EPS005	SANITAS	MEDIO-ALTO	MEDIO-ALTO	ALTO

Fuente: Página web del Ministerio de Salud y Protección Social en la siguiente ruta: <http://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/Calidad-de-atención-en-Salud.aspx>

4. ACREDITACIÓN

Es la situación de la entidad promotora de salud y las instituciones prestadoras que hacen parte de su red frente al proceso de acreditación:

Esta información podrá consultarla en la siguiente ruta: <http://www.acreditacionensalud.org.co/novedades.php?IdSub=108&IdCat=25&titulo=IPS%20acreditadas>

5. COMPORTAMIENTO COMO PAGADOR DE SERVICIOS

Son los resultados de los indicadores financieros que reflejan la oportunidad y eficacia de la entidad promotora de salud frente a sus obligaciones como responsable del pago de los servicios de salud.

La información de los indicadores financieros de las EPS podrá consultarla en la página Web de la Superintendencia Nacional de Salud en la siguiente ruta: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=443>

6. SANCIONES

Son las sanciones debidamente ejecutoriadas impuestas en el último año por parte la Superintendencia Nacional de Salud. EPS Sanitas S.A. no ha tenido sanciones debidamente ejecutoriadas en el último año.

La información podrá ser consultada en la página Web de la Superintendencia Nacional de Salud en la siguiente ruta: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=767>

Los servicios, requisitos, derechos, deberes y sanciones especificados en este documentos están definidos en la normativa vigente que regula el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otros: Ley 100 de 1993, Resolución 5261 de 1994, Decreto 1485 de 1994, Decreto 806 de 1998, Decreto 1406 de 1999, Resolución 412 de 2000, Decreto 1703 de 2002, Decreto 2400 de 2002, Acuerdo 260 de 2004, Decreto 1931 de 2006, Ley 1122 de 2007, Decreto 1670 de 2007, Decreto 3085 de 2007, Resolución 3975 de 2007, Ley 1438 de 2011, Acuerdo 029 de 2011 y las normas que complementen, modifiquen, deroguen o sustituyan.

La información contenida en este documento se encuentra publicada y actualizada de forma permanente en la página Web www.epsssanitas.com, la misma podrá ser modificada en cualquier momento por cambios en la normativa que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud o por cambios en los procedimientos administrativos de EPS Sanitas, toda actualización o modificación a la información aquí contenida será publicada de manera oportuna en la página Web.

Fecha de actualización: 10 de mayo de 2013

“*Para una buena digestión, consuma la mayor cantidad de fibra en su dieta y tome abundante agua.*”