

Qué significa EPS'S

Las entidades promotoras de salud subsidiadas son empresas del sector salud pública y/o privada que administran los recursos del estado para garantizar la prestación de servicio de salud de la población de los niveles 0, 1, 2 del SISBEN

Qué es el Régimen SUBSIDIADO

Es el conjunto de normas que rigen e ingreso de las personas sin capacidad de pago y su núcleo familiar al SGSSS, cuando esta afiliación a través del pago total o parcial de la unidad de pago por capitación subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad.

1. Plan de Beneficios

Principios para las Exclusiones. Los criterios generales de exclusiones explícitas de los Planes Obligatorios de Salud son los siguientes:

- a. Que no se cumplan los criterios antes mencionados y particularmente que sean actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud que no contribuyan a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- b. Actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud considerados como cosméticos, estéticos, suntuarios o de embellecimiento, y las necesarias para atención de sus complicaciones.
- c. Actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos y servicios de carácter experimentales, o para las cuales no existe evidencia científica de costo efectividad o no hayan sido reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial.
- d. Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosas, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. En estos casos deberá brindarse terapia paliativa para el dolor, la disfuncionalidad y la incomodidad o terapia de mantenimiento y soporte psicológico cuando el médico lo estime necesario. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías de Atención Integral.
- e. Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral, distintos de aquellos necesarios definidos con criterios de evidencia clínica demostrada para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas.
- f. Actividades, procedimientos e intervenciones no mencionadas o incluidas expresamente en el presente Acuerdo.
- g. Aquellos que expresamente defina la Comisión de Regulación en Salud en el futuro.

2. Servicios de demanda incluida

Las actividades de Protección Específica y Detección Temprana son aquellas que buscan promocionar la salud y prevenir y/o detectar tempranamente la enfermedad, son gratuitas y todas las personas tienen derecho a solicitarlas, según su grupo de edad, estas actividades, se describen en el cuadro siguiente.

La EPS Humanavivir, cuenta con auxiliares que realizan la Demanda Inducida a toda la población afiliada, ya sea de manera personal en terreno y de manera telefónica, orientando a los afiliados hacia los programas.

Además la EPS atiende las enfermedades de Interés en Salud Pública, las cuales son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial. Estas enfermedades requieren de atención inmediata para evitar su propagación, disminuir su avance, reducir las secuelas y evitar la mortalidad.

La EPS proporciona la atención a estas enfermedades a través de las IPS contratadas. Son de obligatorio cumplimiento las Guías de Atención para Tuberculosis, Lepra, leishmaniasis y malaria.

ACTIVIDADES DE PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA - REGIMEN SUBSIDIADO

PROGRAMA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PERIODICIDAD
VACUNACIÓN	BCG	Recién nacido	Única
	Pentavalente (DPT, Hib,HB)	Niños menores de 1 año	3 (2, 4, 6 meses)
	VOP (Vacuna oral de polio)	Niños menores de 5 años	4 (2, 4, 6 meses; refuerzo a los 18 meses y 5 años)
	Influenza estacional	Niños de 6 meses a los 23 meses	Anual en jornada
	Rotavirus	niños menores de 6 meses	2 (2 y 4 meses. Edad límite para aplicar la primera dosis 4 meses 29 días)
	Triple viral (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	Niños mayores de 1 año	2 (1 año y refuerzo a los 5 años)
	Fiebre Amarilla (FA)	Niños de 1 año	1 año, refuerzo cada 10 años
	DPT (Difteria-Tosferina-Tetanos)	Menores de 5 años	2 (refuerzos de meses y 5 años)
	Td	Gestantes ; Mujeres en edad fértil	5 (Td1:dosis inicial; Td2: Al mes de Td 1; Td3: A los 6 meses de Td2; Td4: Al año de la Td 3; Td5: Al año de la Td 4.

PROGRAMA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PERIODICIDAD
SALUD ORAL	Control de placa	Personas de 2 a 19 años	2 al año
		Personas mayores de 19 años	1 al año
	Aplicación de fluor Tópico	Personas de 5 a 19 años (expuesta a riesgo de caries)	2 veces al año según criterio del odontólogo
	Sellantes	Personas de 3 a 15 años	Según criterio del odontólogo.
	Detartraje supragingival	Personas mayores de 12 años	cada 3 – 6 meses,Según criterio del odontólogo.
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Consulta de Primera Vez mujeres	Mujeres en edad fértil mayores de 15 años	Única
	Métodos de planificación familiar (será elegido, según criterio profesional)	Hormonales orales	Mínimo cada tres meses
		Inyectable trimestral	Cada tres meses
		Implante subdérmico	Cada 5 años
		DIU	Según criterio médico
		Esterilización quirúrgica masculina (vasectomía)	1
		Esterilización quirúrgica femenina (oclusión tubárica bilateral)	1
	Indicaciones para la entrega del condón masculino de látex para la prevención de ITS/VIH/SIDA	Parejas sexualmente activas con alguno de los siguientes diagnóstico confirmado al menos en uno de sus miembros: VIH/SIDA, Hepatitis B o Hepatitis C o con diagnóstico e inicio de tratamiento de ITS.	10 unidades por mes, por periodos mínimos de 3 meses.
CRECIMIENTO Y DESARROLLO MENOR DE 10 AÑOS	Consulta médica 1a vez	Desde el primer mes de vida	1
	Consulta de seguimiento por enfermera	< de 1 año: 1-3m; 4-6m; 7-9m; 10-12m.	4 al año
		De 1 año: 13-16m; 17-20; 21-24m.	3 al año
		De 2 a 4 años: 25-30m; 31-36m; 37-48m; 49-60m.	4 veces
		De 5 a 7 años: 61-66m; 67-72m; 73-78m; 79-84m.	4 veces
		De 8 a 9 años: Cada año	3 veces

PROGRAMA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PERIODICIDAD
JOVEN	Consulta de medicina general para la detección de las alteraciones del desarrollo	Adolescencia temprana o inicial – 10 - 13 años	Una vez en la etapa
		Adolescencia media 14 - 16 años	Una vez en la etapa
		Adolescencia final o tardía 17 – 21	Una vez en la etapa
		Adulto Joven personas de 21 a 29 años	Una vez en la etapa
	Solicitud de exámenes de laboratorio	Hemoglobina y hematocrito a todas las mujeres de 10 a 13 años	1
		Colesterol HDL en jóvenes que tienen historia familiar de hiperlipidemias o de infartos en menores de los 50 años .	Una vez por etapa
		VDRL y ofrecer prueba de VIH/SIDA a adolescentes sexualmente activos	Una vez por etapa
	Citología Cervicouterina	Según esquema	
CONTROL PRENATAL	Consulta de primera vez por medicina general	Toda mujer gestante sin antecedentes de control prenatal en la gestación actual	1
	Consulta de control por medicina o enfermería	Toda mujer gestante con antecedente de consulta de primera vez por medicina general en la gestación actual.	mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto.
	Solicitud de exámenes de laboratorio	Hemograma completo, Hemoclasificación, glicemia	1
		Serología	1. Si es negativo; sin embargo si hay condiciones de alto riesgo se repite en el tercer trimestre.
		Parcial de orina	Si es normal repetirlo cada trimestre, si es patológico solicitar los urocultivos y antibiogramas necesarios.
		Ecografía obstétrica	1er trimestre y entre las semanas 19 a 24.

PROGRAMA	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PERIODICIDAD
CONTROL PRENATAL	Solicitud de exámenes de laboratorio	VIH previa consejería	1
		Toxoplasma	1
		Hepatitis B	1
		Frotis de flujo vaginal	En caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro
	Actividades del programa	Remisión a Citología Cervicouterina	Según esquema
		Administración de Td	Según esquema
		Formulación de micronutrientes (sulfato ferroso, ácido fólico y calcio)	En cada consulta de control prenatal.
		Remisión a consulta odontológica general	1
		Remisión a curso de preparación para el parto	Durante la gestación
ADULTO MAYOR	Consulta por medicina general	Adulto mayor de 45 años.	1 vez cada 5 años (45,50,55 y mas)
	Solicitud de exámenes de laboratorio	Creatinina, Glicemia basal, Parcial de orina, HDL LDL, colesterol total, triglicéridos.	1 vez cada 5 años (45,50,55 y mas)
CANCER DE CUELLO UTERINO	Toma de citología cervicouterina	Mujeres entre 25 y 69 años o las menores de 25 años con vida sexual activa.	Esquema 1-1-3, según criterio médico
AGUDEZA VISUAL	Medición de la agudeza visual	Personas de 4, 11,16 y 45 años	1
	Consulta de primera vez por oftalmólogo	Personas de 55, 65, 70,75, 80 años y mas	1

* Según Normas técnicas de las resoluciones 00412 de 2000 y 769 de 2008.

3. Exclusiones y limitaciones del plan de beneficios

Principios para las Exclusiones: Los criterios generales de exclusiones explícitas de los Planes Obligatorio de Salud son los siguientes:

- a. Que no se cumplan los criterios antes mencionados y particularmente que sean actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud que no contribuyan a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- b. Actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud considerados como cosméticos, estéticos, suntuarios o de embellecimiento, y las necesarias para atención de sus complicaciones.
- c. Actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos y servicios de carácter experimentales, o para las cuales no existe evidencia científica de costo efectividad o no hayan sido reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial.
- d. Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. En estos casos deberá brindarse terapia paliativa para el dolor, la disfuncionalidad y la incomodidad o terapia de mantenimiento y soporte psicológico cuando el médico lo estime necesario. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías de Atención Integral.
- e. Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral, distintos de aquellos necesarios definidos con criterios de evidencia clínica demostrada para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas.
- f. Actividades, procedimientos e intervenciones no mencionadas o incluidas expresamente en el presente Acuerdo.
- g. Aquellos que expresamente defina la Comisión de Regulación en Salud en el futuro.

Exclusiones en el régimen subsidiado:

En el POS-S se excluye:

- a. Aquello que no esté expresamente incluido en el presente Acuerdo.
- b. Lo mismo que está expresamente excluido en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo descrito en el presente Acuerdo.
- c. El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el POS-S.

Limitación de la Internación especial:

El POS del Régimen Subsidiado no cubre la atención en UCI de los siguientes casos:

- a. Pacientes en estado terminal de cualquier etiología.
- b. Pacientes politraumatizados mientras no se haya definido la conducta quirúrgica o neuroquirúrgica.
- c. Pacientes con diagnóstico de muerte cerebral o descerebrados.

Otras Limitaciones: El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado no incluye la internación en instituciones educativas ni en entidades de asistencia social tipo ancianato, hospicio, orfanato, hogar sustituto, guardería o granja protegida.

Servicios NO incluidos en el POS-S

Para los afiliados al Régimen Subsidiado los servicios no incluidos en el POS-S serán financiados por las direcciones territoriales de salud en el nivel de su competencia con los recursos del **Sistema General de Participaciones para Salud** en el componente de prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

4. Derechos de los usuarios

- Recibir atención en salud de las acciones contempladas en el POSS
- Recibir atención de urgencias a nivel nacional
- Asistir y participar activamente de las actividades de promoción y prevención
- Participar activamente de nuestras asociaciones de usuarios y veedurías ciudadanas
- Escoger libremente su IPS de I Nivel de atención, teniendo en cuenta su lugar de residencia o cualquier IPS que ofrece en nuestra Red de servicios de primer nivel.
- Recibir Capacitación continua en actividades y temas tales como:
 - Planificación familiar
 - Sexualidad Responsable
 - Salud mental
 - Convivencia Pacífica
 - Autoestima y otros temas que la familia considere importantes

4.1. Deberes de los usuarios

- Cuidar nuestra salud y la de nuestra familia
- Usar racionalmente los servicios
- Cumplir puntualmente nuestras citas, controles programados y las indicaciones que nos haga el personal de la salud de la IPS donde recibimos nuestros servicios
- Participar y asistir a todas las actividades de salud que se promueven en las EPS'S y las actividades de Promoción y prevención que se realizan en las IPS
- Reclamar el carné de afiliación.
- Acceder a nuestros servicios de salud SIEMPRE a través de nuestras IPS de primer nivel.
- Reportar la novedad de nacimiento de los menores antes de 30 días de nacidos, con el respectivo registro civil; en caso de deceso o muerte de algún integrante de su núcleo familiar, con el registro de defunción.
- Mantener a la EPS'S actualizada acerca de sus datos personales y los de su familia como: documento de identidad, dirección de la residencia actual y número de teléfono (si los hay).
- Informar a la EPS'S el estado de su afiliación en caso tal de un cambio al Régimen Contributivo, así sea temporal (para que le sea reservado su cupo, durante el período temporal de trabajo).
- Actualizar sus datos de ubicación en cualquier punto de atención, cuando se presente un traslado de residencia del núcleo familiar a otro municipio, ciudad o dirección.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre el núcleo familiar en aspectos relacionados con la salud.
- Efectuar los copagos correspondientes cuando la acción de salud que necesite, así lo requiera.
- Formar parte activa de las ASOCIACIONES DE USUARIOS, grupos de trabajo y veedurías, con el objeto de mejorar nuestros servicios continuamente.
- Denunciar a través de nuestros puntos de atención y/o buzones de sugerencias de Humana EPS'S, cualquier tipo de irregularidad que detecte en la prestación de los servicios de salud, proceso de afiliación, etc.

4.2. Derechos de los pacientes EPS

Establecidos en la resolución 13437 de 1991, expedida Ministerio de Salud, se establecen los Derechos para los usuarios de la salud, los cuales deben entenderse para su aplicación en el actual sistema de seguridad en salud colombiano.

Derechos de los pacientes

- Derecho al diagnóstico
- Derecho a la información
- Consentimiento informado
- Confidencialidad y secreto médico
- Derecho a la libre escogencia
- Derecho a la calidad en prestación de servicios
- Suministro oportuno de medicamentos

Deberes de los pacientes

- Solicitar y conocer información sobre su enfermedad.
- Procurar el cuidado de su salud, en la alimentación, consumiendo los alimentos que le sean permitidos y abstenerse de aquellos que puedan afectar sus condiciones de salud.
- Tomar los medicamentos en las cantidades y formas que le hayan prescrito.
- Realizar su tratamiento en la condiciones y con los cuidados que le hayan sido prescritos, tanto personales como de su entorno.
- Cumplir su tratamiento según lo indicado por su médico.

5. Periodos de carencia

Acorde a la Ley 1122, artículo 14, literal h) No habrá periodos mínimos de cotización o periodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los periodos de carencia;

6. Copagos EPS'S

Copagos: Son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles fijados.

LIQUIDACION COPAGOS

Tipo de Beneficiario	Base de Liquidación	Porcentaje CO-PAGO Máximo POR UN MISMO EVENTO	Valor Máximo por Año Calendario
Indigentes y comunidades indígenas	\$0	Atención gratuita	Atención gratuita
Nivel I Sisbén	\$0	\$0	\$0
Nivel II Sisbén	Valor de la cuenta	10% del valor de la cuenta sin exceder de la mitad de un salario mínimo mensual legal vigente (1 SMLMV)	Valor máximo anual por evento es medio SMLMV.

SMLMV: salario mínimo legal vigente fijado para el año de cubrimiento

Servicio sujeto al cobro de Copagos en el régimen subsidiado total

- Colectectomía, Histerectomías, Cirugía de catarata, Cirugía de hernias, Apendicectomía, Corrección de Estrabismo.
- Cirugías y estancias de ortopedia según lo estipulado en el Art. 68, 90 numeral 2 y 73 de la Resol. 5261.
- Rehabilitación, electromiografía, neuroconducción, terapias físicas, respiratorias, etc.

Servicios exento de Copagos

Los siguientes servicios no serán objeto de cobro de Copago según el plan de beneficio estipulados en el Régimen Subsidiado Total acuerdo 306/2005.

- Promoción y prevención, programas de atención materno infantil
- Enfermedades catastróficas o de alto costo; el control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones, la atención del niño durante el primer año de vida.
- Atención inicial de urgencias
- La consulta Externa medica odontológica paramédica y de medicina alternativa aceptada, la consulta externa por medico especialista
- Formula de medicamentos ambulatorios
- Exámenes de diagnósticos por laboratorios clínico ordenados en forma ambulatoria
- La atención inicial de urgencias

Si el usuario manifiesta no tener capacidad de pago, la EPS y/o IPS tratante debe garantizar el proceso de evaluación socio económico que determine la Capacidad de Pago, eliminando la barrera del Copago como limitante para acceder al servicio en estos casos.

PROYECTO GRATUIDAD BOGOTÁ (2008-2011) (Solo para Bogotá)

Decreto 345 de 2008, determina eliminar una barrera económica de acceso a los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable que no cuenta con los recursos suficientes para asumir cobros de copagos y/o cuotas de recuperación, exigidos para la prestación de los servicios de Salud, Subsidiado del 100% en los servicios de salud.

Y quienes aplican a este beneficio?: Adultos mayores de 65 años, niños de 1 a 5 años, población en condición de discapacidad severa identificados.

Requisitos:

Tener encuesta Sisben en niveles 1 ó 2, estar afiliado a una de las entidades promotoras de salud del Régimen Subsidiado que opera en el Distrito, estar incluido en la población objeto del programa de gratuidad; adultos mayores de 65 años, menores de 5 años y población en condición de desplazamiento de discapacidad severa certificada por el médico.

Para recibir los servicios: Debe presentar su carné de afiliación al Régimen Subsidiado y de ser su caso el certificado de condición de discapacidad severa tanto en EPS'S como en los hospitales públicos del Distrito.

Beneficios

1. Gratuidad en las cuotas de recuperación que se generan por la prestación de servicios de salud en lo no cubierto por el POS Subsidiado, para la población antes descrita e identificada en los niveles 1 y 2 del Sisben.
2. Se eliminan los copagos que se generan por servicios de salud, contemplados en el POS'S, para la población antes identificada en el nivel 2 del SISBEN.

7. Mecanismos de acceso a Servicios

Una vez usted ha recibido su carné de afiliación de Humanavivir EPS'S, deberá acercarse a la IPS primaria de su elección, (que aparece inscrita en el carné que lo acredita como usuario) y solicitar el servicio medico necesario.

Recuerde que el carné es el documento que lo identifica como beneficiario del Régimen Subsidiado y es personal e intransferible, es decir, usted no podrá prestarlo a otra persona para recibir servicios, en caso tal de que este hecho ocurra, usted estará realizando un "fraude" e inmediatamente pierde la "calidad de afiliado", será retirado del sistema y perderá el subsidio.

8. Transporte y estadía

Alojamiento

El alojamiento está garantizado para los siguientes pacientes:

- La población indígena (según lo establecido en el acuerdo 326 de 2005)
- Los afiliados para quienes este servicio esté previamente autorizado por el Comité Técnico Científico.
- Los pacientes que por vía de tutela se les haya autorizado la atención en ciudades diferentes a su lugar de residencia
- Los casos especiales autorizados por la coordinación de referencia y contrarreferencia o la Dirección de redes de Servicios.

Para el proceso de alojamiento, es necesario que la regional radique las solicitudes de albergue con tres días de anticipación y debe anexar los siguientes soportes:

- La fecha de solicitud del servicio.
- Justificación del albergue.
- Nombre del usuario.
- Documento de identificación del usuario.
- Número de celular o teléfono fijo del usuario.

Transporte

Los traslados de pacientes ambulatorios y hospitalarios serán suministrados al paciente en los siguientes casos:

- Paciente hospitalizado por enfermedades de alto costo y/o eventos, que requiera un traslado a un nivel superior de atención.
- Paciente manejado por evento que requiera ser remitido a red propia o a un nivel de mayor complejidad de atención.
- Caso de urgencia que requiera traslado a otros niveles de atención cuando medie la remisión de un profesional de la salud.
- Pacientes ambulatorios y hospitalizados por los cuales la EPS-S o EPS recibe prima adicional o UPC diferencial, cuando existan limitaciones de oferta de servicios en el lugar o municipio.
- Paciente que amerite tratamiento ambulatorio, y no cuente con el nivel de complejidad necesario en su lugar de residencia para ser realizado, previa aprobación del área de autorizaciones, residiendo en área que corresponda a UPC diferencial Mayor.

- f. Paciente trasladado previamente por la EPS/EPS-S y que amerite retorno a lugar de domicilio.
- g. Cuando sea aprobado por el Comité Técnico Científico.

Para el proceso de traslados, es necesario que la regional radique las solicitudes de traslado, con tres días de anticipación y debe anexar los siguientes soportes:

- La fecha de solicitud del servicio.
- Justificación del transporte.
- Nombre del usuario.
- Documento de identificación del usuario.
- Número de celular o teléfono fijo del usuario.

9. Condiciones para la verificación de Derechos

Por medio del sistema de validación de la Base de Datos de los usuarios correspondientes al régimen subsidiado o Régimen Contributivo, se hace la revisión de los documentos entregados por el usuario para confirmar la identificación del usuario y así proceder por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que requiere el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Este procedimiento de verificación de derechos debe ser posterior a la selección y clasificación del paciente "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

10. Libre Elección IPS

Los afiliados a Humanavivir tienen derecho a elegir libremente la IPS de primer Nivel contratada para la atención en salud, que sea cercana a su lugar de residencia.

11. Participación Social

Es el ejercicio de los derechos y deberes del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

Usted puede participar haciendo parte de las Asociaciones de Usuarios de su EPS contributiva o EPS Subsidiada y/o IPS; como Veedor Ciudadano; integrando los Comités de Ética Hospitalaria y/o haciendo parte del Copaco de su localidad.

Asociación o Alianza de Usuarios

Son agrupaciones conformadas por usuarios de una EPS, EPSS que se encargan de promover el buen uso de los servicios entre los usuarios y velar su calidad en defensa de todos los afiliados.

Si quiere hacer parte de la asociación de usuarios asista libremente a la invitación que le hace la EPS,

EPSS a la Asamblea General de Usuarios para promover su nombre y ofrecer su voto a las personas que demuestren su interés en conformar dicha Asociación, o Inscribiéndose en las oficinas de servicio al Cliente de la EPS/EPSS, con el asesor de servicio al cliente, asesores comerciales, Articuladores y Gestores de la población de alto riesgo, promotores municipales o contactando al funcionario encargado de Participación Social de su ciudad en forma presencial o telefónica

Siendo parte de la asociación tiene el beneficio de representar a su familia y a su comunidad en la vigilancia, control y toma de decisiones para mejorar la calidad de los servicios de salud que recibe.

Funciones que Cumple una Asociación de Usuarios

- Vigilar y controlar la prestación y calidad de los servicios de salud.
- Difundir y divulgar los derechos y las obligaciones en salud de los usuarios.
- Vigilar el cumplimiento de estos derechos.
- Asesorar a los usuarios en la libre elección de la EPS, EPSS o IPS.
- Proponer y concertar con la EPS, EPSS o IPS las medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de los servicios y la atención al usuario.
- Vigilar que las decisiones que se tomen en dichas entidades se apliquen según lo acordado.
- Estar informado e informar acerca de los servicios a que tienen derecho los Usuarios de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Proponer medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud.
- Denunciar ante quien corresponda las irregularidades que se estén presentando en la prestación de los servicios.
- Servir de puente de comunicación entre los usuarios y las diferentes entidades.

A nivel nacional las instituciones encargadas de vigilancia y control de la Empresas Promotoras de Salud y a las cuales puede acudir el usuario para manifestar situaciones que afecten la prestación en los servicios de salud son la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud Distritales y Departamentales.

12. Solución de conflictos

Frente a cualquier desacuerdo o inconveniente frente al servicio prestado por la EPS'S o la IPS en donde se le ha atendido, usted podrán elevar su consulta a la Superintendencia Nacional de Salud, máxima autoridad de inspección y vigilancia en la materia (C.E. 009/96) a la páginas Web www.supersalud.gov.co o escribiendo a la Carrera 13 No. 32-76 pisos 6,7,8 y 9 en Bogotá D.C., Línea directa en Bogotá 483 7000, línea de atención Nacional 01 8000 513700.

13. Inspección, vigilancia y control

Las entidades encargadas de la inspección, vigilancia y control para las EPS'S con las cuales se pueden comunicar en caso de cualquier inquietud, son:

Entidad	Dirección	Teléfono	Página Web
Superintendencia Nacional de Salud	Carrera 7 N° 32-16	3300210	www.supersalud.gov.co
Contraloría General de la República	Cr 32A # 26A-10	3351030	www.contraloriabogota.gov.co
Ministerio de la Protección Social	Cra. 13 #32-76	3305000	www.minproteccionsocial.gov.co
Secretarías de Salud Municipal y Distrital	Ubicación en Municipio	Ubicación en Municipio	www.saludcapital.gov.co Según municipio
Interventorías Departamentales y Distritales	Ubicación en Municipio		
Personerías Municipales y Distrital	Ubicación en Municipio		