

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

¿Quiénes somos?

Somos una EPS, con un modelo mixto de participación y atención, conformada a través de la alianza entre la Gobernación de Antioquia, la Alcaldía de Medellín y la Caja de Compensación Familiar de Antioquia – Comfama, para garantizar los servicios de salud a las personas identificadas por el Sisbén y la población especial identificada en listados censales. Los valores del respeto, transparencia, cercanía, equidad y responsabilidad, son los principios que nos mueven cada día a realizar nuestro trabajo.

Savia Salud, tiene como misión atender a las personas del régimen subsidiado, así como personas que por movilidad ingresan al régimen contributivo, de conformidad con el cambio normativo establecido con el Decreto 780 de 2016.

Resolución No. 2366 de 2023

Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC.

Resolución No. 2775 de 2022

Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS para la vigencia 2023.

¿Qué es el plan de beneficios?

Conjunto de actividades, servicios,

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

Régimen subsidiado

¿Qué es y quiénes pueden afiliarse al régimen subsidiado?

El régimen subsidiado es el conjunto de normas que rigen la vinculación de las personas al SGSSS a través del pago de una cotización subsidiada con recursos fiscales o de solidaridad.

Está dirigido a las personas que no cuentan con los requisitos para estar afiliados al régimen contributivo y que cumplen con las siguientes condiciones:

- Personas clasificadas en las nuevas categorías del Sisbén (**Grupos A, B, C o D**).
- Habitantes de la calle.
- Población en programas de protección a testigos.
- Población reclusa a cargo de la entidad territorial.
- Adulto mayor en centros de protección.
- Comunidades indígenas.
- Población ROM (**gitanos**).
- Población infantil a cargo del ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes - SRPA.
- Personas en detención domiciliaria a cargo del INPEC - Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.
- Migrantes colombianos repatriados.

- Miembros de los grupos armados al margen de la ley, que celebran acuerdo de paz.
- Menores desvinculados del conflicto armado.
- Población desmovilizada.
- Víctimas del conflicto armado interno.
- Los voluntarios acreditados y activos de la **Defensa Civil, Cruz Roja y Cuerpos de Bomberos y su núcleo familiar.**

¿Cómo obtener la afiliación al régimen subsidiado en salud?

El gobierno municipal deberá constituir un listado de población elegible de acuerdo con la normatividad y lo entregará a las EAPB inscritas en el municipio, para adelantar la afiliación. Las personas que resulten beneficiarias deberán seleccionar una EAPB y suscribir su afiliación por medio de la plataforma establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, SAT o diligenciando el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud (**Resolución 974 de 2016**) y siguiendo el proceso descrito en el **Decreto 780 de 2016**. El servicio adquiere vigencia desde el momento de afiliación.

Asimismo, podrán solicitar directamente su afiliación en cualquier oficina de la EAPB, por medio de la plataforma SAT o por nuestra página web www.saviasaludeps.com si ya cuentan con la encuesta del Sisbén IV; si aún no cuentan con la encuesta, podrá solicitarla en las oficinas del Departamento Nacional de Planeación ubicadas en los municipios. Las personas con las condiciones especiales mencionadas anteriormente no requieren del Sisbén, basta con acreditar su calidad según el instrumento definido en la ley.

Régimen contributivo

¿Qué es y quiénes pueden afiliarse al régimen contributivo?

El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al SGSSS, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual, familiar o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y su empleador.

Se deben afiliar en el régimen contributivo las personas que tienen una vinculación laboral, con capacidad de pago, como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias.

Tipos y requisitos de afiliación por ocupación

Trabajadores dependientes

Cada empleado puede escoger la EAPB que prefiera y comunicarle al empleador esta decisión, junto con los datos del grupo familiar para que realice el trámite pertinente. El empleador deberá solicitar a Savia Salud EPS su inscripción, para lo cual deberá diligenciar el formulario y adjuntar:

- Copia de certificado de existencia y representación expedido por la Cámara de Comercio (menor a 30 días de vigencia).
- Copia del RUT de la empresa.
- Copia de la cédula del representante legal. Para realizar la afiliación del trabajador, el empleador deberá adjuntar el Formulario Único de Afiliación, la copia de la cédula del cotizante y la copia del contrato de aprendizaje (**para aprendices y practicantes**).

Trabajadores independientes

El trabajador independiente puede realizar la afiliación a través de los diferentes canales establecidos, que pueden ser:

- Sedes de atención de Savia Salud EPS, diligenciando el Formulario Único de Afiliación.
- Sitio web de Savia Salud EPS
<https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/index.php/>
- Plataforma SAT del Ministerio de Salud y Protección Social
<https://miseguridadsocial.gov.co/>

Adjuntar:

- Copia del contrato por prestación de servicios o carta de la empresa con las condiciones del contrato. **(Solo para contratistas).**
- Copia del documento de identidad del cotizante.

Grupo familiar del cotizante

Cuando desee incluir a su grupo familiar como beneficiario, debe aportar adicionalmente:

- **Hijos:** copia del registro civil, copia de la tarjeta de identidad (niños de 7 a 18 años), copia de la cédula (hijos de 18 a 25 años) o documento válido según la normatividad vigente.
- **Cónyuge o compañero (a) permanente:** copia del registro de matrimonio y/o declaración juramentada de convivencia o documento válido según la normatividad vigente.
- **Padres:** copia del registro civil del cotizante y copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido según la normatividad vigente.
- **Adicional:** documento que acredite el grado de consanguinidad en relación con el cotizante principal.

Pensionado

En caso de obtener la calidad de pensionado, deberá aportar:

- Resolución de pensión.
- Copia de la cédula de ciudadanía.

Movilidad

La movilidad es el cambio de régimen dentro de la misma entidad promotora de salud para los afiliados al SGSSS focalizados en los niveles I y II del Sisbén o su equivalencia, las poblaciones especiales. En virtud de la movilidad, tales afiliados podrán cambiar de un régimen a otro con su núcleo familiar, sin solución de continuidad, manteniendo su inscripción en la misma EPS, según lo establecido en el artículo 2.1.7.7 del Decreto 780 de 2016.

¿Cuál es la diferencia entre movilidad y traslado?

Movilidad: es la garantía que tiene el afiliado de continuar en la misma EAPB, cuando por alguna circunstancia cambie de régimen.

Traslado: es el derecho que tiene el Afiliado de cambiar de EAPB, luego de transcurrir doce meses de antigüedad en la misma EAPB.

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

Movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado

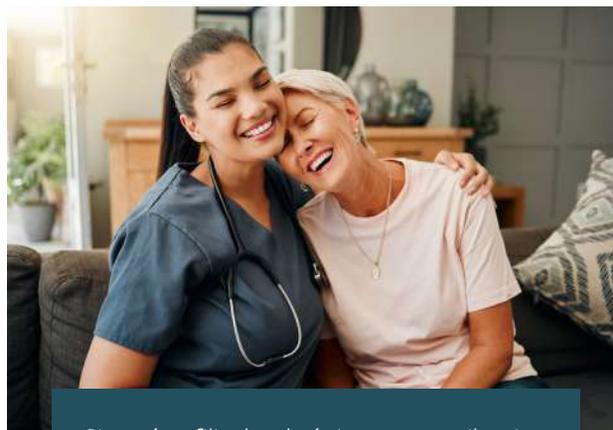
Esta movilidad ocurre cuando un afiliado pierde las condiciones para cotizar, en cuyo caso la EAPB valida los criterios para pertenecer al régimen subsidiado y garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

Movilidad del régimen subsidiado al

régimen contributivo

Esta movilidad ocurre cuando un afiliado adquiere las condiciones para cotizar, en cuyo caso la persona o el empleador debe reportar la novedad de ingreso al régimen contributivo a través de los diferentes canales establecidos:

- Sedes de atención de Savia Salud EAPB, diligenciando el Formulario Único de Afiliación.
- Sitio web de Savia Salud EPS <https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/index.php/>
- Plataforma SAT del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://miseguridadsocial.gov.co/>



Si estás afiliado al régimen contributivo y pierdes la capacidad de pago, ¿cómo ingresas al régimen subsidiado?



Si pasas al régimen contributivo y permaneces en la misma EPS del régimen subsidiado, ¿cómo debes hacer los aportes a la EPS?

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

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



¿Qué trámite deben realizar para hacer efectiva la movilidad?

- Solicitar a la EPS la movilidad en el sistema (cambio de régimen subsidiado o contributivo) con el fin de no perder la continuidad en la prestación del servicio.
- Acercarse a las oficinas y diligenciar nuevamente el Formulario Único de Afiliación.



¿Las EPS del régimen subsidiado deben reconocer prestaciones económicas a las personas que tengan afiliadas en el régimen contributivo?

- Sí, las EAPB del régimen subsidiado, que en el marco de la movilidad garanticen la prestación de servicios a los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán el valor de las incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad y paternidad. Todo lo anterior, de acuerdo con la normatividad vigente y aplicable solo al afiliado cotizante, siempre y cuando hayan cotizado como mínimo 4 semanas anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad. (Decreto 780 de 2016).



¿Las EAPB del régimen subsidiado deben reconocer la prestación de servicios en casos de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral a las personas que tengan afiliadas en el régimen contributivo?

- Sí, las EAPB del régimen subsidiado que en el marco de la movilidad tengan afiliados cotizantes pertenecientes al régimen contributivo, deben garantizarles la prestación de los servicios que demanden en virtud de un accidente de trabajo y/o enfermedad laboral, conforme a las reglas propias del Sistema de Riesgos Laborales.

Importante:

Deben diligenciar nuevamente el formulario de afiliación, cada vez que realicen una movilidad en cualquiera de los dos regímenes.

Sistema de Afiliación Transaccional - SAT

El Ministerio de Salud y Protección Social creó el SAT, una plataforma tecnológica que permite:

- Registrar en tiempo real la afiliación al régimen subsidiado y al régimen contributivo.
- **Realizar novedades como:** movilidad,

traslados, suspensiones y actualización de documentos.

- Consultar en tiempo real el grupo familiar, historial de afiliación en salud, ARL, AFP, CCF, adicional del historial de aportes a través de la PILA.

Para interactuar en la plataforma, debe estar registrado en el sitio web

www.miseguridadsocial.gov.co

Aprenda a registrarse:

1. Ingrese a: **www.miseguridadsocial.gov.co**
2. Haga clic en la pestaña “acceso” y luego “**registrarse**”.
3. Registre los datos básicos.
4. Valide la identidad respondiendo algunas preguntas.
5. Ingrese los datos de contacto.
6. Cree una contraseña en el enlace que le llegará al correo electrónico, así finalizará el registro.

Nota: diligencie nuevamente el formulario de afiliación cada que realice una movilidad entre cualquiera de los regímenes.

¿Cuáles servicios de salud cubren el plan de beneficios?

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

- Atención ambulatoria.
- Atención domiciliaria.
- Acceso a servicios especializados de salud.
- Atención de urgencias.
- Atención para la recuperación de la salud.
- Principios activos y medicamentos.

- Suministro de sangre total o de productos hemoderivados.
- Lentes externos (frecuencia según norma).
- Kit de glucometría.
- Ayudas o soportes técnicos.
- Aparatos ortopédicos.
- Stent coronario.

Coberturas relacionadas con la salud oral

Se cubren las tecnologías en salud oral descritas en la Resolución 3512 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social.

A continuación, se enumeran los principales servicios:

1. Promoción y prevención

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

2. Consulta y tratamiento de odontología general

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

3. Consulta y tratamiento de urgencias

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

4. Consulta de odontología especializada

De acuerdo a la pertinencia que el odontólogo general determine.

5. Prótesis total mucosoportada (caja de dientes).

6. Ayudas diagnósticas

Rayos X, tomografía axial computarizada – TAC y resonancia magnética.

7. Tratamientos de odontología con anestesia general

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

Nota: no se prestan tratamientos considerados estéticos y otros que no están incluidos en el plan de beneficios de salud oral.

A partir de la expedición de la Ley 1751 de 2015, el afiliado tiene derecho a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios y aquellos que, sin ser financiados con recursos de la UPC, no han sido excluidos.

Coberturas relacionadas con la salud mental

- Atención de urgencias en salud mental.
- Hospitalización para manejo de enfermedad en salud mental.
- Atención a víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual o con trastornos alimentarios.
- Hospitalización para menores víctimas de violencia, con trastornos alimentarios o uso de sustancias psicoactivas.
- Psicoterapia ambulatoria para menores.
- Atención psicológica y psiquiátrica a mujeres víctimas de violencia.
- Atención con hospitalización en salud mental para mujeres víctimas de violencia.
- Atención integral de gestación, parto y posparto.
- Atención de enfermedades de alto costo.

Coberturas en el PBS para condiciones especiales

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

Cobertura y exclusiones

Puedes encontrar la cobertura y exclusiones del Plan de Beneficios en Medicamentos en la Resolución 2366 del 2023 de forma detallada en el siguiente enlace: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucio%CC%81n%20No%202366%20de%202023.pdf

¿Qué no cubre el plan de beneficios?

1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
3. Servicios no habilitados en el sistema

de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería, granja protegida, entre otros.

4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de exclusión señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.
6. Incapacidades derivadas de procedimientos estéticos o tratamientos no PBS.

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

- Prestaciones suntuarias o cosméticas **(estéticas)**.
- Las experimentales sin evidencia científica.
- Aquellas que se ofrezcan por fuera del territorio nacional.
- Los usos no autorizados por la autoridad competente en el caso de medicamentos y dispositivos.
- Recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, así sean prestados por personal de salud (cuidador primario).

Adicionalmente, la Resolución 244 de 2019 “por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud” y la podrás consultar en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-244-de-2019.pdf>

¿Qué pasa cuando las tecnologías o servicios no están cubiertas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC?

Las tecnologías o servicios que están cubiertos con cargo a la UPC son los incluidos en la Resolución 3512 de 2019, cuando un profesional de la salud considera que se necesita otra tecnología, bien sea medicamento, procedimiento o dispositivo médico que no está incluido en la norma anterior, pero es necesario para la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación deben realizar el siguiente trámite:

• Régimen subsidiado y régimen contributivo

En cumplimiento de la Resolución 1885 y 2438 de 2018, las tecnologías no PBS, deben ser prescritas por un profesional de la salud mediante la plataforma MIPRES, dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social. La EAPB deberá realizar las validaciones pertinentes a cada una de las prescripciones, teniendo en cuenta los criterios normativos. Las causas de decisión para las tecnologías no PBS son las siguientes:

Entrega total: se dispensan o se prestan las tecnologías en salud, no financiadas, con recursos de la UPC o servicios complementarios en forma completa y en el tiempo establecido.

Entrega parcial: se dispensan o se prestan las tecnologías en salud, no financiadas, con recursos de la UPC o servicios complementarios en forma incompleta o porque no cumple los tiempos establecidos por la norma para su prescripción. Se aplica en caso de:

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

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

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

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

Formato de contingencia: para los casos que se presenten con imposibilidad de acceso y registro en la herramienta tecnológica de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

El profesional de la salud deberá realizar la prescripción mediante el formulario de contingencia establecido por este Ministerio de Salud y Protección Social, cuando se presenten las siguientes circunstancias que imposibiliten el acceso a la herramienta tecnológica.

1. Dificultades técnicas.
2. Ausencia de servicio eléctrico.
3. Falta de conectividad.
4. Inconsistencias de afiliación o identificación.

Será la IPS la responsable de radicar dicho formato de contingencia ante la EPS dentro de los tiempos establecidos en la norma.

Juntas de profesionales de la salud: las IPS que se encuentren habilitadas de acuerdo con la normativa vigente, deberán conformar una junta de profesionales de la salud de su planta de personal prescriban o presten tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios complementarios. Productos de soporte nutricional presentes en el ámbito ambulatorio o medicamentos de la lista temporal de medicamentos, con uso no incluido en registro sanitario del que tratan la Resolución 2438 de 2018 y la Resolución 1885 de 2018 en los artículos 95 y 96.

En las solicitudes ambulatorias, durante los cinco (5) días siguientes a la prescripción en la plataforma, la EPS o el prestador de los servicios, estará comunicándose con el usuario por correo electrónico o vía telefónica para indicarle dónde le prestarán la atención.

Es muy importante que actualicen los datos de contacto.

En cumplimiento a la Ley 1751 de 2015, se estableció en la Resolución 5267 de 2017 “Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud”.

Te invitamos a visitar el sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social, y a registrarse en www.miseguridadsocial.gov.co para mantener los datos actualizados, en el proceso que se llevará en las siguientes fases:

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

Más beneficios para ti

Atención domiciliaria

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

Consulta de optometría y suministro de lentes - monturas

Cobertura de consulta optométrica

Se cubre para la consulta optométrica en todas las edades en ambos regímenes.

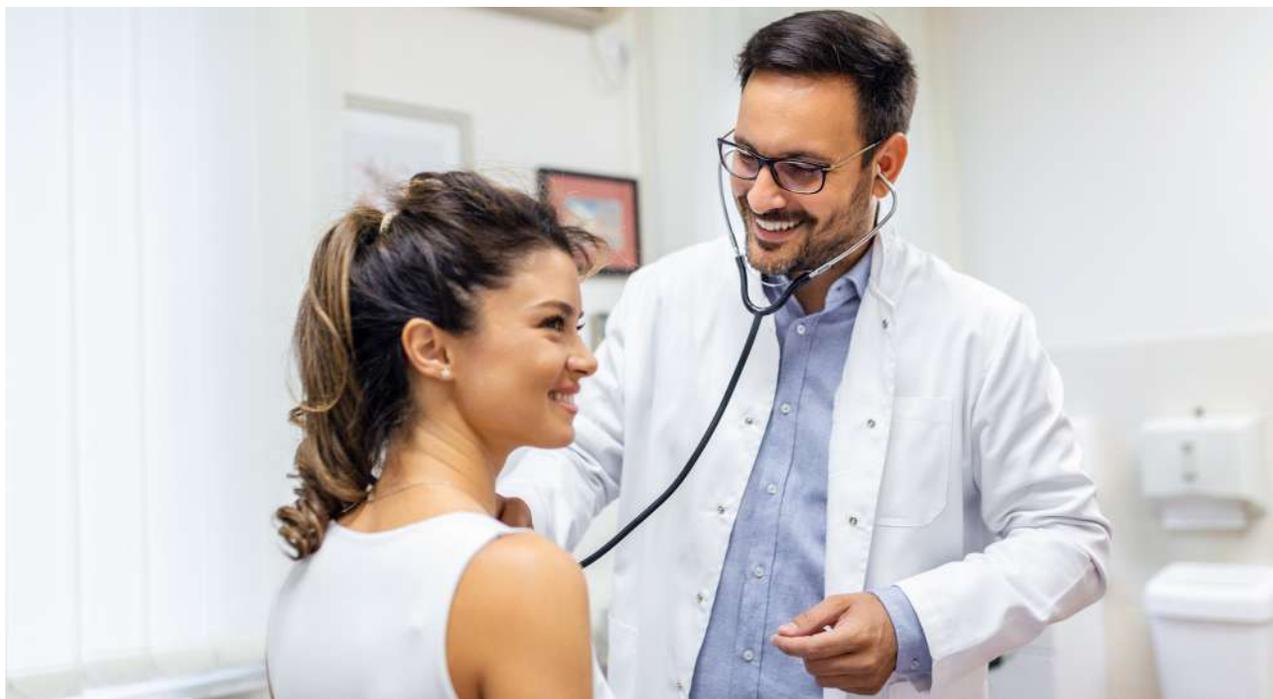
Cobertura de lentes y monturas

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

Régimen subsidiado

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

Savia Salud EPS cuenta con un grupo de especialistas aliados como estrategia, que busca mejorar la oportunidad y accesibilidad



La cobertura incluye el suministro de montura, hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente. Para las personas mayores de 21 años y menores de 60 años, se cubren los lentes externos una vez cada cinco años por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura.

Régimen contributivo

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

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

Pagos moderadores y copagos

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

Encuentre los valores de los copagos y cuotas moderadoras en el **capítulo 4, página 25**.

Población exenta

Según lo que establece la ley, los siguientes grupos poblacionales, no realizan pago de las cuotas moderadoras y copagos para acceder a los servicios de salud:

- 1.** Personas con discapacidad mental que tienen derecho a servicios de salud gratuitamente, salvo si su patrimonio le permite asumir esos gastos.
- 2.** Menores de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por onco - hematólogo pediátrico o

si el médico general o especialista tiene sospecha (hasta que el diagnóstico se descarte), de: cáncer, aplasias medulares, síndromes de falla medular, desórdenes hemorrágicos hereditarios, enfermedades hematológicas congénitas, histiocitosis y desórdenes histiocitarios.

3. Práctica de vasectomía y ligadura de trompas en personas mayores de edad.

4. Servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del PBS para niños y adolescentes en las nuevas categorías del Sisbén, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas certificadas por el médico tratante.

5. Servicios de rehabilitación física, mental y atención integral (hasta su recuperación), para niños y adolescentes víctimas de violencia física o sexual. Así como para mujeres víctimas de violencia física o sexual certificada (hasta su recuperación), sin importar su régimen de afiliación.

6. Atención para víctimas del conflicto armado interno y perteneciente a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en las nuevas categorías del Sisbén.

7. Rehabilitación funcional de personas discapacitadas, cuando se establezca su procedimiento.

8. Servicios médicos y psicológicos a víctimas de tensiones personales con ácidos o sustancias corrosivas que generen daño o destrucción al tejido humano, deformidad o disfuncionalidad para restituirlos.

9. Maternas.

¿Cuáles entidades u organizaciones vigilan la debida prestación del servicio de salud?

Los siguientes son los organismos que ejercen las funciones de inspección, vigilancia y control a los cuales pueden acudir en caso

de requerir asesoría o consideren vulnerados sus derechos:

Asociación de Usuarios de Savia Salud EPS - AUDASS

Correo: audass.directiva@gmail.com

Calle 45 No.55 - 65, Edificio Business Plaza piso 13.

Asociación de Usuarios de Savia Salud EPS en Medellín - AUSSMED

Correo: aussmed20@gmail.com

Calle 45 No.55 - 65, Edificio Business Plaza piso 13.

Defensoría del Pueblo Medellín

Oficina Principal - Carrera 49 # 49 - 24, Ed. Bancomercio - pisos 3, 4, 5 y 6.

Teléfono: 604 511 4381

Correo: antioquia@defensoria.org.co

Personería de Medellín

Plaza de La Libertad, carrera 53A # 42 - 10

Teléfono: 604 384 9999

Procuraduría General de la Nación

Carrera 56 A # 49 A - 30, Medellín

Teléfono: 604 6040294 Ext. 41114

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia - SSSA

Calle 42B # 52-106, Gobernación de Antioquia, piso 8, Medellín.

Conmutador: 383 8000

Sitio web: www.dssa.gov.co

Veeduría en Salud para Medellín y el Área

Metropolitana, registro 578

Celular: 300 784 3513

Correo: veeduriaensalud578@gmail.com

Secretarías de Salud de los municipios donde operamos como EPS:

Superintendencia Nacional de Salud - SNS
Carrera 13 # 28 - 08, locales 21 y 22, Bogotá D.C.

Línea Nacional: 01 8000 513 700

Línea de atención: 57 601 744 2000

Fax: 57 601 744 2000, opción 4

Sitio Web: www.supersalud.gov.co

Unidad Permanente de Derechos Humanos

Calle 52 No. 71-24, Medellín, estación

Universidad del Metro.

Teléfono: 384 9999

El tiempo para dar respuesta a las peticiones es de 15 días hábiles a partir de la fecha del recibo. Si no está de acuerdo con el trámite dado por nuestra entidad a la petición, queja o reclamo, pueden elevar la consulta ante la Secretaría de Salud de cada municipio en la Dirección Seccional de Salud de Antioquia o ante la SNS.

Posibilidad de acudir a la Superintendencia Nacional de Salud - SNS

Para los casos en los que considere que no reciben una respuesta satisfactoria a las solicitudes y con el fin de hacer efectiva la prestación del derecho a la salud, pueden acudir a la función jurisdiccional creada por la SNS en el artículo 41°. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud, de la Ley 1122 de 2007, "por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".



A

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

B

Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la

Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. Conflictos

C

que se susciten en materia de multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

D

Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre éstos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Mecanismos de protección

En desarrollo de lo anterior y sin perjuicio de las acciones constitucionales, como afiliado, 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/ESE y a las demás entidades del sector salud. Este derecho incluye el pedir información, examinar y requerir copias, formular consultas, quejas, denuncias, reclamos y deberá ser resuelto de manera oportuna y de fondo.
- El derecho a la atención prioritaria de las peticiones que formulen, 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.



Asociación de usuarios

Las asociaciones de usuarios están conformadas por los afiliados a Savia Salud EPS del régimen subsidiado y contributivo en los diferentes municipios. Sus funciones principales son: vigilar la prestación, calidad y oportunidad de los servicios, la defensa de los derechos y deberes de los afiliados.

Algunas de sus funciones:

- Asesorar a los afiliados en el ejercicio del derecho de la libre elección y el acceso al paquete de servicios.
- Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para transmitirlos a la institución y hacer propuestas de mejora.
- Apoyar la labor educativa a los afiliados en temas de salud y participación social.
- Elegir democráticamente sus representantes.
- Participación en las asociaciones de usuarios Savia Salud EPS.
- Si están interesados en asistir a las reuniones de asociaciones de usuarios de Savia Salud EPS, deben dirigirse a los puntos de atención en los municipios para consultar las fechas y horarios.
- También pueden conocer la información en la página web en el siguiente enlace: **<https://www.saviasaludeps.com/sitioweb/index.php/afiliados/atencion-al-ciudadano/liga-de-usuarios>**