

ARTÍCULO 2.9.2.6.3. CONDICIONES PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS.

<Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

Los recursos del nivel nacional que sean destinados para el pago de las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos, deberán ser utilizados por las entidades territoriales, siempre que concurran las siguientes condiciones:

1. Que corresponda a una atención inicial de urgencias en los términos aquí definidos.
2. Que la persona que recibe la atención no tenga subsidio en salud en los términos del artículo [32](#) de la Ley 1438 de 2011 ni cuente con un seguro que cubra el costo del servicio.
3. Que la persona que recibe la atención no tenga capacidad de pago.
4. Que la persona que recibe la atención sea nacional de un país fronterizo.
5. Que la atención haya sido brindada en la red pública hospitalaria del departamento o distrito.

PARÁGRAFO. Con el fin de incentivar la adquisición de un seguro o plan voluntario de salud, las autoridades de ingreso al país informarán al nacional del país fronterizo, mediante el mecanismo más idóneo, de la existencia de esa posibilidad.

Notas de Vigencia

- Capítulo sustituido por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [6](#) del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos', publicado en el Diario Oficial No. 50.817 de 24 de diciembre de 2018.

- Capítulo sustituido por el artículo [1](#) del Decreto 866 de 2017, 'por el cual se sustituye el Capítulo [6](#) del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos', publicado en el Diario Oficial No. 50.244 de 25 de mayo de 2017.

Concordancias

Decreto 1288 de 2018; Art. [7](#)

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 866 de 2017:

ARTÍCULO 2.9.2.6.3. Los excedentes de la Subcuenta del Fosyga ECAT o quien haga sus veces, que sean destinados para el pago de las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos, deberán ser utilizados por las entidades territoriales, siempre que concurren las siguientes condiciones:

1. Que corresponda a una atención inicial de urgencias en los términos aquí definidos.
2. Que la persona que recibe la atención no tenga subsidio en salud en los términos del artículo [32](#) de la Ley 1438 de 2011 ni cuente con un seguro que cubra el costo del servicio.
3. Que la persona que recibe la atención no tenga capacidad de pago.
4. Que la persona que recibe la atención sea nacional de un país fronterizo.
5. Que la atención haya sido brindada en la red pública hospitalaria del departamento o distrito.

PARÁGRAFO. Con el fin de incentivar la adquisición de un seguro o plan voluntario de salud, las autoridades de ingreso al país informarán al nacional del país fronterizo, mediante el mecanismo más idóneo, de la existencia de esa posibilidad.

Texto original del Decreto 780 de 2016:

<Consultar texto original del Capítulo 2.9.2.6 al inicio de este Capítulo>



ARTÍCULO 2.9.2.6.4. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> Los recursos del nivel nacional que sean destinados para el pago de la atención inicial de urgencia brindada a los nacionales de países fronterizos serán distribuidos y asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social entre los departamentos y distritos que atiendan a los nacionales de países fronterizos, con fundamento en el número de atenciones a esa población que ha sido reportadas históricamente, privilegiando los departamentos y distritos de frontera de acuerdo con los criterios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Notas de Vigencia

- Capítulo sustituido por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [6](#) del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos', publicado en el Diario Oficial No. 50.817 de 24 de diciembre de 2018.

- Capítulo sustituido por el artículo [1](#) del Decreto 866 de 2017, 'por el cual se sustituye el Capítulo [6](#) del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos', publicado en el Diario Oficial No. 50.244 de 25 de mayo de 2017.

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 866 de 2017:

ARTÍCULO 2.9.2.6.4. Los recursos disponibles para la atención inicial de urgencias brindada a los nacionales de países fronterizos en el territorio nacional, serán distribuidos entre los departamentos y distritos que atiendan a la población fronteriza, con fundamento en el número de personas que han sido atendidas históricamente, privilegiando en todo caso a los departamentos ubicados en las fronteras.

La asignación la realizará el Ministerio de Salud y Protección Social o quien asuma las funciones del Consejo de Administración de los Recursos que administra el Fosyga.

Texto original del Decreto 780 de 2016:

<Consultar texto original del Capítulo 2.9.2.6 al inicio de este Capítulo>



ARTÍCULO 2.9.2.6.5. GIRO DE LOS RECURSOS. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> Los recursos a que hace referencia el artículo precedente se girarán según la programación de giros que el Ministerio de Salud y Protección Social acuerde con la respectiva entidad territorial y, en todo caso, de acuerdo con la disponibilidad de recursos destinados para tal fin.

Notas de Vigencia

- Capítulo sustituido por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [6](#) del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos', publicado en el Diario Oficial No. 50.817 de 24 de diciembre de 2018.

- Capítulo sustituido por el artículo [1](#) del Decreto 866 de 2017, 'por el cual se sustituye el Capítulo [6](#) del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos', publicado en el Diario Oficial No. 50.244 de 25 de mayo de 2017.

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 866 de 2017:

ARTÍCULO 2.9.2.6.5. Los recursos a que hace referencia el artículo precedente se girarán a una cuenta especial abierta para el efecto por el Fondo Departamental o Distrital de Salud, según la programación de giros que el Ministerio de Salud y Protección Social acuerde con la respectiva entidad territorial y, en todo caso, de acuerdo con la disponibilidad de excedentes de recursos de la Subcuenta ECAT del Fosyga.

Texto original del Decreto 780 de 2016:

<Consultar texto original del Capítulo 2.9.2.6 al inicio de este Capítulo>



ARTÍCULO 2.9.2.6.6. EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> Los departamentos y

distritos ejecutarán los recursos de que trata el presente capítulo a través de los mecanismos definidos por la entidad territorial para la atención en salud de la población pobre no asegurada con la red pública del departamento o distrito.

En desarrollo de lo anterior, deberán realizar las auditorías verificando el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo [2.9.2.6.3](#) y los demás criterios que permitan verificar el pago de lo debido y llevando estricto seguimiento del gasto, según los requerimientos de información que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha información deberá estar actualizada permanentemente y a disposición de esta entidad. Las entidades territoriales deberán apoyar a la Empresa Social del Estado respectiva en el cumplimiento del registro de información.

Los resultados deberán ser reportados a este Ministerio, con la periodicidad y las condiciones definidas por el mismo.

PARÁGRAFO. Los recursos transferidos deberán ser incorporados en el presupuesto de la Entidad Territorial y se manejarán a través de las cuentas maestras del sector salud de las entidades territoriales.

Notas de Vigencia

- Capítulo sustituido por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [6](#) del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos', publicado en el Diario Oficial No. 50.817 de 24 de diciembre de 2018.
- Capítulo sustituido por el artículo [1](#) del Decreto 866 de 2017, 'por el cual se sustituye el Capítulo [6](#) del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos', publicado en el Diario Oficial No. 50.244 de 25 de mayo de 2017.

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 866 de 2017:

ARTÍCULO 2.9.2.6.6. Los departamentos y distritos ejecutarán los recursos de que trata el presente capítulo a través de los convenios o contratos suscritos con la red pública del departamento o distrito para la atención en salud de la población pobre no asegurada. En desarrollo de lo anterior, deberán realizar las auditorías verificando el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo [2.9.2.6.3](#) y los demás criterios que permitan verificar el pago de lo debido y llevando estricto seguimiento del gasto, según los requerimientos de información que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha información deberá estar actualizada permanentemente y a disposición de esta entidad. Las entidades territoriales deberán apoyar a la Empresa Social del Estado respectiva en el cumplimiento del registro de información.

Los resultados deberán ser reportados a este Ministerio, con la periodicidad y las condiciones definidas por el mismo.

PARÁGRAFO. Además de los informes periódicos, dentro del primer bimestre de la

siguiente vigencia fiscal, la entidad territorial deberá informar al Fosyga o a la entidad que haga sus veces, acerca de los recursos transferidos que no hayan sido ejecutados durante la respectiva vigencia fiscal y los deberá reintegrar a dicha entidad. Tales recursos conservarán la finalidad que dio origen a su transferencia.

Texto original del Decreto 780 de 2016:

<Consultar texto original del Capítulo 2.9.2.6 al inicio de este Capítulo>

PARTE 10.

PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL SGSSS.

TÍTULO 1.

PARTICIPACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

CAPÍTULO 1.

PARTICIPACIÓN EN SALUD.



ARTÍCULO 2.10.1.1.1. PARTICIPACIÓN EN SALUD. Las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

(Artículo 1o del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.2. FORMAS DE PARTICIPACIÓN EN SALUD. Para efectos del presente Capítulo, se definen las siguientes formas de Participación en Salud:

1. La participación social, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.

La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:

a) La participación ciudadana, es el ejercicio de los deberes y derechos 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;

b) La participación comunitaria es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

2. La participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

(Artículo 2o del Decreto 1757 de 1994)

Concordancias

Circular SUPERSALUD 8 de 2018 (Circular Única; Título VII-Capítulo [II](#));



ARTÍCULO 2.10.1.1.3. SERVICIO DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS. Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas, privadas o mixtas, deberán establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Artículo 3o del Decreto 1757 de 1994)

Concordancias

Circular SUPERSALUD 8 de 2018 (Circular Única; Título VII-Capítulo [I](#));



ARTÍCULO 2.10.1.1.4. SERVICIO DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD. Los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizarán un Servicio de Atención a la Comunidad, a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos. Para el adecuado servicio de atención a la comunidad en salud, se deberá a través suyo:

1. Velar porque las Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud, sean públicas, privadas o mixtas, establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.
2. Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución y/o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.
3. Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las Empresas Promotoras de Salud.
4. Exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestatarias de salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quienes hagan sus veces, de los niveles Departamentales, Distritales y Municipales.
5. Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.
6. Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso, con el fin de retroalimentar el Servicio de Atención a la Comunidad.

(Artículo 4o del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.5. SISTEMA DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN A USUARIOS. Las Instituciones Prestadoras de Servicios Salud, sean públicas, mixtas o privadas, garantizarán:

1. Un sistema de información y atención a los usuarios a través de una atención personalizada que contará con una línea telefónica abierta con atención permanente de veinticuatro (24) horas y garantizarán, según los requerimientos de ese servicio, el recurso humano necesario para que

atienda sistemáticamente y canalice tales requerimientos.

2. Implantar articulado al sistema de información sectorial, un control de calidad del servicio, basado en el usuario.

PARÁGRAFO 1o. El Servicio de Atención al usuario de los centros y puestos de salud podrá estar centralizado en el Hospital de Primer Nivel de Atención del Municipio o Distrito, con el cual se establecerán los mecanismos de retroalimentación y control que sean del caso.

PARÁGRAFO 2o. Cuando las condiciones locales impidan disponer del servicio telefónico como un medio idóneo para el sistema de información de que trata el presente artículo, se deberá establecer un sistema de información permanente, consultando los medios más idóneos de los cuales se disponga en la localidad o la región.

(Artículo 5o del Decreto 1757 de 1994)

Concordancias

Circular SUPERSALUD 8 de 2018 (Circular Única; Título VII-Capítulo [D](#));



ARTÍCULO 2.10.1.1.6. ATENCIÓN DE LAS SUGERENCIAS DE LOS AFILIADOS. Las empresas promotoras de salud garantizarán la adecuada y oportuna canalización de las inquietudes y peticiones de sus afiliados, pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado y designarán los recursos necesarios para tal efecto.

(Artículo 6o del Decreto 1757 de 1994)

Concordancias

Circular SUPERSALUD 8 de 2018 (Circular Única; Título VII-Capítulo [D](#));



ARTÍCULO 2.10.1.1.7. COMITÉS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. En todos los municipios se conformarán los Comités de Participación Comunitaria en Salud establecidos por las disposiciones legales como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado, para cuyos efectos estarán integrados así:

1. El alcalde municipal, distrital o metropolitano o su respectivo delegado, quien lo presidirá. En los resguardos indígenas el comité será presidido por la máxima autoridad indígena respectiva.

2. El Jefe de la Dirección de Salud Municipal.

3. El Director de la entidad prestataria de servicios de salud del Estado más representativa del lugar, quien presidirá el Comité en ausencia de la autoridad administrativa de que trata el numeral 1 de este artículo. La asistencia del director es indelegable.

4. Un representante por cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del Municipio, tales como:

a) Las formas organizativas promovidas alrededor de los programas de salud como las UROS, UAIRAS, COE, COVE, MADRES COMUNITARIAS, GESTORES DE SALUD, EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD, entre otras;

- b) Las Juntas Administradoras Locales;
- c) Las organizaciones de la comunidad de carácter veredal, barrial, municipal;
- d) Las asociaciones de usuarios y/o gremios de la producción, la comercialización o los servicios, legalmente reconocidos;
- e) El sector educativo;
- f) La Iglesia.

PARÁGRAFO 1o. Los representantes ante los Comités de Participación Comunitaria serán elegidos para períodos de tres (3) años; podrán ser reelegidos máximo por otro período y deberán estar acreditados por la organización que representen.

PARÁGRAFO 2o. Los Comités de Participación Comunitaria en Salud podrán obtener personería jurídica si lo consideran pertinente para el desarrollo de sus funciones, sin detrimento de los mecanismos democráticos de participación y representatividad.

PARÁGRAFO 3o. En las grandes ciudades, los Comités de Participación Comunitaria, tendrán como referente espacial la comuna, la localidad o el silos respectivo, si ellos se hubieren establecido.

PARÁGRAFO 4o. Los Comités de Participación Comunitaria que se encontraban activos al 3 de agosto de 1994, circunscritos al área de influencia de centros y puestos de salud del municipio, enviarán su representante –debidamente acreditado– ante el Comité de Participación Comunitaria del Municipio.

(Artículo 7o del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.8. FUNCIONES DE LOS COMITÉS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD. Son funciones de los Comités de Participación Comunitaria en Salud, las siguientes:

1. Intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo atinente al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su jurisdicción respectiva.
2. Participar en el proceso de diagnóstico, programación control y evaluación de los Servicios de Salud.
3. Presentar planes, programas y prioridades en salud a la Junta Directiva del organismo o entidad de salud, o a quien haga sus veces.
4. Gestionar la inclusión de planes, programas y proyectos en el Plan de Desarrollo de la respectiva entidad territorial y participar en la priorización, toma de decisiones y distribución de recursos.
5. Presentar proyectos en salud ante la respectiva entidad territorial, para que bajo las formalidades, requisitos y procedimientos establecidos en las disposiciones legales, sean cofinanciados por el Fondo de Inversión Social (FIS) u otros fondos de cofinanciación a nivel nacional.

6. Proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extrahospitalaria y de control del medio ambiente.

7. Concertar y coordinar con las dependencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y con las instituciones públicas y privadas de otros sectores, todas las actividades de atención a las personas y al ambiente que se vayan a realizar en el área de influencia del comité con los diferentes organismos o entidades de salud, teniendo en cuenta la integración funcional.

8. Proponer a quien corresponda la realización de programas de capacitación e investigación según las necesidades determinadas en el Plan Local de Salud.

9. Elegir por y entre sus integrantes, un representante ante la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado de la respectiva entidad territorial, conforme las disposiciones legales sobre la materia.

10. Consultar e informar periódicamente a la comunidad de su área de influencia sobre las actividades y discusiones del comité y las decisiones de las juntas directivas de los respectivos organismos o entidades de salud.

11. Impulsar el proceso de descentralización y la autonomía local y departamental y en especial a través de su participación en las Juntas Directivas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o de Dirección cuando existan.

12. Elegir un representante ante el consejo territorial de planeación, en la Asamblea General de representantes de los Comités de Participación Comunitaria o "COPACOS" de la respectiva entidad territorial.

13. Verificar que los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento se administren adecuadamente y se utilicen en función de las prioridades establecidas en el Plan de Salud de la comunidad del área de influencia del respectivo organismo o entidad.

14. Velar porque los recursos de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, destinados a la gestión social de la salud, se incluyan en los planes de salud de la entidad territorial y se ejecuten debidamente, conforme a las disposiciones legales sobre la materia.

15. Solicitar al alcalde y/o concejo municipal la convocatoria de consultas populares para asuntos de interés en salud, que sean de importancia general o que comprometan la reorganización del servicio y la capacidad de inversión del municipio y/o el departamento, conforme a las disposiciones de la ley estatutaria que define este mecanismo.

16. Adoptar su propio reglamento y definir la periodicidad y coordinación de las reuniones, los responsables de las actas y demás aspectos inherentes a su organización y funcionamiento.

17. Evaluar anualmente su propio funcionamiento y aplicar los correctivos necesarios cuando fuere necesario.

PARÁGRAFO 1o. Las funciones de que trata el presente artículo se ejercerán sin perjuicio de la responsabilidad científica, técnica y administrativa de los funcionarios correspondientes.

PARÁGRAFO 2o. Los servidores públicos o los trabajadores que laboren en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de la respectiva jurisdicción territorial, bien sean de empresas públicas, mixtas o privadas podrán asistir y ser convocados a las sesiones de los

Comités de Participación Comunitaria a fin de que aclaren o expliquen aspectos que el Comité considere indispensables. Los servidores públicos o trabajadores citados podrán delegar a otro que estimen tenga mayor conocimiento del tema y/o capacidad de decisión sobre el asunto requerido.

PARÁGRAFO 3o. Cuando la composición de los Comités sea muy numerosa o cuando sus funciones lo requieran, podrán organizar comisiones o grupos de trabajo de acuerdo con las áreas prioritarias identificadas.

PARÁGRAFO 4o. Los Comités de Participación Comunitaria o "COPACOS" tendrán Asambleas Territoriales, municipales, departamentales y nacionales, para la planeación, concertación, evaluación y elección democrática de sus representantes ante los organismos donde deban estar representados conforme a las disposiciones legales pertinentes.

(Artículo 8o del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.9. GARANTÍAS A LA PARTICIPACIÓN. Las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizarán la participación ciudadana, comunitaria y social en todos los ámbitos que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.

(Artículo 9o del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.10. ALIANZAS O ASOCIACIONES DE USUARIOS. La Alianza o Asociación 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.

Todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán participar en las instituciones del Sistema formando Asociaciones o alianzas de Usuarios que los representarán ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las Empresas Promotoras de Salud, del orden público, mixto y privado.

PARÁGRAFO 1o. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, deberán convocar a sus afiliados del régimen contributivo y subsidiado, para la constitución de Alianzas o Asociaciones de Usuarios.

(Artículo 10 del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.11. CONSTITUCIÓN DE LAS ASOCIACIONES Y ALIANZAS DE USUARIOS. Las Asociaciones de Usuarios se constituirán con un número plural de usuarios, de los convocados a la Asamblea de Constitución por la respectiva institución y podrán obtener su reconocimiento como tales por la autoridad competente, de acuerdo con las normas legales vigentes.

Las Alianzas garantizarán el ingreso permanente de los diferentes usuarios.

(Artículo 11 del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.12. REPRESENTANTES DE LAS ALIANZAS DE USUARIOS O ASOCIACIONES DE USUARIOS. Las alianzas o asociaciones de usuarios elegirán sus representantes en asamblea general, y entre los elegidos de estas si hubieren varias asociaciones o alianzas de usuarios, para períodos de dos (2) años. Para el efecto, sus instancias de participación podrán ser:

1. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la respectiva Empresa Promotora de Salud pública y mixta.
2. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la Institución Prestataria de Servicios de Salud de carácter hospitalario, pública y mixta.
3. Un (1) representante ante el Comité de Participación Comunitaria respectivo.
4. Un (1) representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social, elegido conforme a las normas que regulen la materia.
5. Dos (2) representantes ante el Comité de Ética Hospitalaria, de la respectiva Institución Prestataria de Servicios de Salud, pública o mixta.

(Artículo 12 del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.13. FUNCIONES DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS. Las Asociaciones de Usuarios tendrán las siguientes funciones:

1. Asesorar a sus asociados en la libre elección de la Entidad Promotora de Salud, las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la entidad promotora de salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.
2. Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso al paquete de servicios.
3. Participar en las Juntas Directivas de las Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud, sean públicas o mixtas, para proponer y concertar las medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de los servicios y la atención al usuario. En el caso de las privadas, se podrá participar, conforme a lo que dispongan las disposiciones legales sobre la materia.
4. Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las Juntas Directiva de la Institución Prestataria de Servicios de Salud y la Empresa Promotora de Salud.
5. Vigilar que las decisiones que se tomen en las Juntas Directivas, se apliquen según lo acordado.
6. Informar a las instancias que corresponda y a las instituciones prestatarias y empresas promotoras, si la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de sus afiliados.
7. Proponer a las Juntas Directivas de los organismos o entidades de salud, los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad, según las normas de administración de personal del respectivo organismo.

8. Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad y que se apliquen de acuerdo a lo que para tal efecto se establezca.
9. Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.
10. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
11. Ejercer veedurías en las instituciones del sector, mediante sus representantes ante las empresas promotoras y/o ante las oficinas de atención a la comunidad.
12. Elegir democráticamente sus representantes ante la Junta Directiva de las Empresas Promotoras y las Instituciones Prestatarias de Servicios de carácter hospitalario que correspondan, por y entre sus asociados, para periodos máximos de dos (2) años.
13. Elegir democráticamente sus representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria y los Comités de Participación Comunitaria por periodos máximos de dos (2) años.
14. Participar en el proceso de designación del representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud conforme a lo dispuesto en las disposiciones legales sobre la materia.

PARÁGRAFO 1o. Para aquellas poblaciones no afiliadas al régimen contributivo y subsidiado, el Gobierno promoverá su organización como demandantes de servicios de salud, sobre la base de las formas de organización comunitaria.

PARÁGRAFO 2o. El asociado a una alianza o asociación de Usuarios conserva el derecho a elegir o trasladarse libremente entre entidades promotoras de salud.

(Artículo 14 del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.14. COMITÉS DE ÉTICA HOSPITALARIA. Las Instituciones Prestatarias de Servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas, deberán conformar los Comités de Ética Hospitalaria, los cuales estarán integrados por:

1. El director de la institución prestataria o su delegado.
2. Un (1) representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institución.
3. Dos (2) representantes de la Alianza o de Usuarios de la Institución prestataria de servicios.
4. Dos (2) delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad, que formen parte de los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la respectiva entidad prestadora de los servicios.

PARÁGRAFO. Los representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria serán elegidos para períodos de tres (3) años y podrán ser reelegidos máximo hasta por dos (2) períodos consecutivamente.

(Artículo 15 del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.15. FUNCIONES DE LOS COMITÉS DE ÉTICA HOSPITALARIA. Los Comités de Ética Hospitalaria tendrán las siguientes funciones:

1. Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público.
2. Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.
3. Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna.
4. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
5. Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.
6. Atender y Canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.
7. Reunirse como mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.
8. Llevar un Acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la Dirección Municipal y Departamental de Salud.

(Artículo 16 del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.16. EXPRESIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL. La participación social se expresará en la confluencia de las formas de participación social de que trata el presente Capítulo, en procesos cogestionarios de planeación y veeduría en salud.

Los procesos territoriales de planeación y veeduría en salud, contarán con la participación ciudadana, comunitaria e institucional.

(Artículo 17 del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.17. PROCESO DE PLANEACIÓN EN SALUD. El diseño y gestión de los planes territoriales de Salud, se hará de manera concertada con la participación de los diferentes sectores sociales y las autoridades pertinentes convocarán un representante del nivel local y departamental de salud y del Comité de Participación Comunitaria en Salud de la respectiva entidad territorial.

(Artículo 18 del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.18. REPRESENTACIÓN EN LOS CONSEJOS TERRITORIALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, en los niveles Departamental, Distrital y Municipal, contarán con la representación de las Asociaciones de Usuarios.

Las Asociaciones de Usuarios enviarán un representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, elegido en Asamblea General, por y entre los representantes de las diferentes asociaciones de la respectiva entidad territorial.

(Artículo 19 del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.19. LA VEEDURÍA EN SALUD. El control social en salud podrá ser realizado a través de la veeduría en salud, que deberá ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

a) En lo ciudadano a través del servicio de atención a la comunidad, que canalizará las veedurías de los ciudadanos ante las instancias competentes, para el ejercicio de sus derechos constitucionales y legales;

b) En lo comunitario mediante el ejercicio de las funciones de los Comités de Participación Comunitaria;

c) En lo institucional mediante el ejercicio de las funciones de las Asociaciones de Usuarios, los Comités de Ética Médica y la representación ante las Juntas Directivas de las Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud y las Entidades Promotoras de Salud;

d) En lo social mediante la vigilancia de la gestión de los Consejos Territoriales de Seguridad Social y en los Consejos Territoriales de Planeación, los cuales tendrán la obligación de dar respuesta a los requerimientos de inspección y comprobación que cursen formalmente cualquiera de las Organizaciones Comunitarias mencionadas anteriormente.

PARÁGRAFO. La prestación de los servicios mediante el régimen de subsidios en salud serán objeto de control por parte de veedurías comunitarias elegidas popularmente, entre los afiliados, con el fin de garantizar cobertura, calidad y eficiencia; sin perjuicio de los demás mecanismos de control previstos en las disposiciones legales.

(Artículo 20 del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.20. EJERCICIO DE LA VEEDURÍA. La veeduría puede ser ejercida por los ciudadanos por sí, o a través de cualquier tipo de asociación, gremio o entidad pública o privada del orden municipal, departamental o nacional.

(Artículo 21 del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.21. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES DEL VEEDOR CIUDADANO. Para ser veedor ciudadano en cualquiera de sus niveles se requiere no estar incurso en este régimen de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con el régimen legal.

(Artículo 22 del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.22. FUNCIONES DE LA VEEDURÍA. Son funciones de la veeduría:

1. Contribuir a una gestión adecuada de los organismos de salud.
2. Propiciar decisiones saludables por parte de las autoridades, la empresa privada, las entidades públicas y la comunidad.
3. Fomentar el compromiso de la colectividad en los programas e iniciativas en salud.
4. Velar una utilización adecuada de los recursos.
5. Coordinar con todas las instancias de vigilancia y control la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas.
6. Impulsar las veedurías como un mecanismo de educación para la participación.

(Artículo 23 del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.23. PARTICIPACIÓN EN EL EJERCICIO DE FUNCIONES Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Las organizaciones sociales y comunitarias podrán vincularse al desarrollo y mejoramiento de la salud en los municipios mediante su participación en el ejercicio de las funciones y la prestación de los servicios que se hallen a cargo de estas, en los términos consagrados en las disposiciones legales.

(Artículo 24 del Decreto 1757 de 1994)

CAPÍTULO 2.

PARTICIPACIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA.



ARTÍCULO 2.10.1.2.1. PROCESO DE ELECCIÓN. Las siguientes normas reglamentan el proceso de elección de los representantes de las Asociaciones de Usuarios en calidad de pacientes ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, que serán elegidos por y entre los miembros de dichas asociaciones.

(Artículo 1o del Decreto 2141 de 2011)



ARTÍCULO 2.10.1.2.2. REQUISITOS DE LOS CANDIDATOS. Los miembros de las Asociaciones de Usuarios interesados en postularse como candidatos, deberán acreditar las siguientes condiciones:

1. Ser paciente con diagnóstico de cáncer y haber utilizado los servicios del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, como mínimo durante el año inmediatamente anterior a la elección. Esta condición se prueba mediante certificación expedida por el Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado.
2. Ser miembro de una Asociación de Usuarios del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, legalmente constituida con una antigüedad no menor a un (1) año inmediatamente anterior a la elección. Esta condición se acredita mediante certificación expida por la Asociación de Usuarios a la que se pertenezca.
3. No estar incurso en causales de inhabilidad e incompatibilidad, manifestación que se entenderá hecha bajo la gravedad del juramento, de conformidad con lo establecido en el artículo [10](#) del

Decreto-ley 2150 de 1995, modificado por el artículo [25](#) de la Ley 962 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

Adicionalmente, deberán manifestar por escrito la aceptación como representante de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, en caso de ser elegido.

(Artículo 2o del Decreto 2141 de 2011)



ARTÍCULO 2.10.1.2.3. CONVOCATORIA GENERAL. El Director General del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, promoverá la convocatoria a través de medios masivos de comunicación a todas las Asociaciones de Usuarios para que se reúnan en la fecha y sitio que se les señale y a través del mecanismo que ellos decidan, elijan entre sus miembros, a las personas que las van a representar ante su Junta Directiva.

(Artículo 3o del Decreto 2141 de 2011)



ARTÍCULO 2.10.1.2.4. CONVOCATORIA PARA LA ELECCIÓN POR FALTA ABSOLUTA. Cuando se presente alguno de los eventos de que trata el presente Capítulo, constitutivos de falta absoluta, el Director General del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, promoverá la convocatoria dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho, a través de medios masivos de comunicación, a todas las Asociaciones de Usuarios para que se reúnan en la fecha y sitio que se les señale y a través del mecanismo que ellos decidan elijan entre sus miembros, a la(s) persona(s) que las va(n) a representar ante la referida Junta Directiva.

(Artículo 4o del Decreto 2141 de 2011)



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma del Ministerio de Relaciones Exteriores

ISSN 2256-1633

Última actualización: 31 de julio de 2019

