

Plan Nacional de Formación

Control social

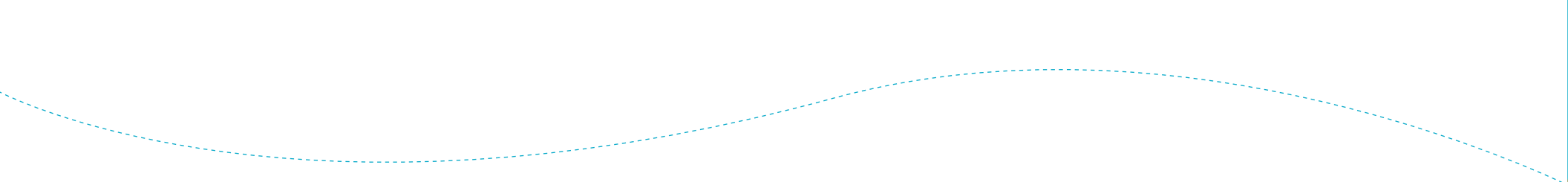
a la Gestión Pública

Control social al derecho a la salud

Fase de **focalización**

Módulo 7





Tercera edición ¹

1 Primera edición 2003, Bogotá, Colombia. Financiada por el Ministerio del Interior y de Justicia, Proyecto Sistema Nacional de Capacitación Municipal - Unión Europea y la Escuela Superior de Administración Pública.

***Segunda edición 2006**, Bogotá, Colombia. Financiada por la Defensoría del Pueblo. ISBN Módulo: 9353-65-7.

***Tercera edición 2018**, Bogotá, Colombia. Financiado por la Unión Europea a través del proyecto ACTUE Colombia implementado por la FIIAPP; con el apoyo del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Control social al derecho a la salud

Fase de **focalización**

Módulo 7

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Juan Manuel Santos Calderón

Presidente de la República

MINISTERIO DEL INTERIOR

Guillermo Rivera Flórez

Ministro

**Dirección para la Democracia y
la Participación Ciudadana y
Acción Comunal**

Jose David Riveros

Director

**DEPARTAMENTO NACIONAL
DE PLANEACIÓN**

Luis Fernando Mejía Alzate

Director

Dirección de Justicia Seguridad y Gobierno

Lina María Valencia Ordóñez

Coordinadora del Grupo de Gobierno

Dirección de Vigilancia de las Regalías

Amparo García Montaña

Directora

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA
FUNCIÓN PÚBLICA**

Liliana Caballero Durán

Directora General

**Dirección de Participación, Transparencia
y Servicio al Ciudadano**

Fernando Segura Restrepo

Director

**ESCUELA SUPERIOR DE
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

Claudia Marcela Franco Domínguez

Directora (E)

Proyección Institucional

Alexander Cruz Martínez

Subdirector (E)

Departamento de Capacitación

José Alberto López Aragón

Jefe

**PROCURADURÍA GENERAL DE
LA NACIÓN**

Fernando Carrillo Flórez

Procurador General de la Nación

**Procuraduría Delegada para la Vigilancia
Preventiva de la Función Pública**

Leandro Ramos Castiblanco

Procurador Delegado

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Carlos Alfonso Negret Mosquera

Defensor del Pueblo

**Dirección Nacional de Promoción y
Divulgación de Derechos Humanos**

Sergio Roldán Zuluaga

Director

**CONTRALORÍA GENERAL DE
LA REPÚBLICA**

Edgardo Maya Villazón

Contralor General de la República

**Contraloría Delegada para
la Participación Ciudadana**

Julio Andrés Ossa Santamaría

Contralor Delegado

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN
SOCIAL**

Alejandro Gaviria Uribe

Ministro

**Oficina Gestión Territorial, Emergencias y
Desastres**

Luis Fernando Correa Serna

Jefe

**FUNDACIÓN INTERNACIONAL Y PARA
IBEROAMÉRICA DE ADMINISTRACIÓN Y
POLÍTICAS PÚBLICAS (FIIAPP)**

Pedro Flores Urbano

Director

PROYECTO ACTUE – UNIÓN EUROPEA

Karen Hussmann

Directora

**COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA
DEL ROSARIO**

José Manuel Restrepo Abondano

Rector

**Facultad de Ciencia Política, Gobierno y
Relaciones Internacionales**

Mónica Pachón Buitrago

Decana

EQUIPO DE TRABAJO

Elaboración a cargo de:

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

Daniel Tobón García
John Melgarejo Cantor
Consultores

Revisión a cargo de:

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Grupo Gestión y Fomento de la Participación Social en Salud

Tilcia Helena Angarita Baena
Coordinadora
María Liliana Quimbaya Bahamón
Contratista

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Virginia Guevara Sierra
Consultora Grupo de Análisis y Políticas

Coordinación general:

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

Rubén Ignacio Sánchez David
Mauricio Jaramillo Jassir
Coordinadores
Giovanna Insuasty - Sepúlveda
Coordinadora Educación Continua
Natalia Sáenz Rengifo
Corrección de estilo
Diego Armando Marín Prieto
Diseño y diagramación

PROYECTO ACTUE – UNIÓN EUROPEA

Martha Lucía Tamayo Rincón
Nadia Kahuazango Heredia
Sergio Andrés Díaz Beltrán
Consultores

2018, Bogotá, Colombia.

Cláusula *ad cautelam*, aclaración y exoneración. Este documento se ha realizado con ayuda financiera de la Unión Europea. Las opiniones expresadas en él no reflejan necesariamente la opinión oficial de la Unión Europea.

Control social a la gestión pública: hacia la construcción colectiva de lo público

La serie Documentos de Consulta del Plan Nacional de Formación para el Control Social a la Gestión Pública ha sido construida colectivamente desde 2003 por las entidades que integran la Red Institucional de Apoyo a las Veedurías, como un instrumento significativo para el ejercicio de la democracia participativa en Colombia. Es grato presentar una tercera edición, esta vez con cuatro módulos actualizados y el desarrollo de dos módulos nuevos, que se articulan en el conjunto de trece módulos que constituyen el Plan Nacional y que se configuran como herramientas para el ejercicio del control social a la gestión pública.

La propuesta curricular de estos módulos ha sido concebida para ser implementada en los momentos de:

- **Sensibilización:** es el espacio para promover la reflexión sobre la participación como derecho fundamental y el ejercicio del control social efectivo frente a lo público.

- **Fundamentación:** permite contextualizar las acciones de control social.

- **Focalización:** se orienta a desarrollar habilidades para el control ciudadano a objetos específicos como servicios públicos, vivienda y salud entre otros.

El Plan Nacional de Formación, como experiencia de coordinación interinstitucional, busca preparar a los ciudadanos y ciudadanas del país, y a las organizaciones sociales comprometidas con el ejercicio del control social a la gestión de las entidades del Estado. Con la formación y capacitación se espera lograr que el control social por parte de la ciudadanía confluya y enriquezca la tarea de las entidades públicas para la garantía de derechos ciudadanos, así como el rol de los organismos de control, y fortalezca la confianza de los ciudadanos y ciudadanas en el Estado y en la democracia.

El Plan Nacional de Formación concibe lo público como un proceso histórico de construcción colectiva, que supone la intervención activa de los ciudadanos, considerando la diversidad poblacional y regional.

De allí la importancia de la participación ciudadana en la vida social, en los diversos procesos políticos y, en especial, en el control a la acción estatal. Es claro que dicho control contribuye a hacer realidad un fundamento de la democracia contemporánea: el origen de la legitimidad del Estado reside en la ciudadanía y, por tanto, sus acciones se deben llevar a cabo con la mayor transparencia.

La participación, dentro de este marco, es otra categoría importante de la democracia puesto que permite a la ciudadanía hacer efectiva la posibilidad de “hacer parte de” las decisiones que le afectan en todos los ámbitos de la vida. En este sentido, la incidencia ciudadana es tal vez la categoría más importante de la democracia, pues se refiere a la verdadera capacidad de cada ciudadano y ciudadana de participar en la construcción y definición de las políticas en el marco de la vida

económica, social, cultural, política y administrativa de la Nación.

Así, el control social en el marco de la participación ciudadana es una condición necesaria para la construcción de una paz estable y duradera, así como para el desarrollo de una conciencia e identidad que permita que todos aportemos en el diálogo que día a día construye nuestro país. Los ciudadanos pueden efectivamente sentirse parte integral a través de la participación en los diferentes escenarios de discusión en el ciclo del desarrollo de políticas públicas.

Es así como el Plan Nacional de Formación para el Control Social prepara a los ciudadanos para una acción efectiva y propositiva frente al Estado, y a la vez, brinda herramientas que les permite exigir o velar judicialmente el cumplimiento de las obligaciones derivadas de los derechos ciudadanos en el marco del ejercicio cualificado de control social a la gestión pública.

Contenido

Siglas	10
Introducción	11
Capítulo 1. ¿Qué debo saber sobre el derecho a la salud?	13
1. El derecho a la salud, más que la prestación de un servicio	13
2. ¿Cuál es el rol del Estado y de la ciudadanía en la garantía del derecho a la salud?	19
3. ¿Cuáles son las bases para ejercer control social al derecho a la salud?	25
Capítulo 2. ¿Cómo funciona el sistema de salud colombiano?	29
1. Generalidades del sistema de salud colombiano	29
2. La Política Integral de Atención en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud	31
3. El enfoque diferencial en la prestación de servicios de salud	36
4. Principales funciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud	39
5. Talento humano en salud	43
6. Medicamentos y tecnologías	44
7. Prestación de servicios de salud	46
8. ¿Qué es el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC?	52
Capítulo 3. ¿Cómo hacer control social en salud?	53
1. Marco normativo para el control social del derecho a la salud	55
2. Espacios de participación	58
3. ¿Quiénes pueden constituir una veeduría ciudadana?	62
4. Política Pública de Participación Social en Salud (PPSS)	64
5. Control social para la planeación en salud	71
6. Entidades que apoyan el ejercicio de control y exigibilidad del derecho a la salud	78
Capítulo 4. Experiencias de control social en salud	83
1. El VIH y el derecho a la salud en Colombia	83
2. El anticancerígeno y el interés público en Colombia	84
Capítulo 5. Herramientas de apoyo al control social	85
1. Normatividad adicional	85
2. Páginas web para capacitación y orientación	88
3. Lecturas y materiales complementarios	89
4. Modelos de formatos para exigibilidad del derecho	90
5. Directorio de asociaciones de usuarios, ONG e iniciativas ciudadanas de control y veeduría en salud	95
Referencias bibliográficas	96

Siglas

ADRES	Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
DAFP	Departamento Administrativo de la Función Pública
EAPB	Empresa administradora del Plan de Beneficios
EPS	Entidad promotora de salud
ESE	Empresa Social del Estado
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantías
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPS	Institución prestadora de salud
MIAS	Modelo de Atención Integral en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
POS	Plan Obligatorio de Salud
PPSS	Política de Participación Social en Salud
PTS	Plan Territorial de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural
UPC	Unidad de pago por capitación

Introducción

El módulo de control social para la garantía del derecho a la salud hace parte de la serie Documentos de Consulta del Plan Nacional de Formación para el Control Social a la Gestión Pública, y busca explicarle a la ciudadanía cómo se comprende el derecho a la salud, cuál es el rol del Estado y la ciudadanía en la garantía de este derecho, cómo funciona el sistema de salud colombiano, cuáles son los mecanismos con los que cuenta para exigir este derecho, y cuáles son las áreas donde puede jugar un papel fundamental para contribuir a la garantía del derecho a la salud y a su exigibilidad, mediante la participación y el control social.

El control social a la garantía del derecho a la salud plantea retos a la ciudadanía y a las instituciones. Estos retos están asociados con la necesidad de mejorar la relación entre las partes y acordar como objetivo común garantizar el derecho a la salud, para que las personas y comunidades alcancen su máximo potencial, lo que a su vez implica comprender lo que hace cada una de las partes para llegar a este objetivo. Este proceso de acercamiento y reconocimiento hace que las acciones de control social, que son uno de los mecanismos para contribuir a la garantía del derecho, trasciendan los procesos de supervisión a contratos y estados financieros, y que se configuren en apuestas colectivas orientadas a transformar los determinantes sociales de la salud y el bienestar de las comunidades.

Finalmente, con una ciudadanía que participa y ejerce su derecho al control social, es fundamental que las instituciones incorporen en sus estructuras y modelos de operación, acciones que no sólo estén diseñadas para transmitir información a la ciudadanía sobre sus deberes y derechos, sino que busquen establecer y/o fortalecer relaciones comunicativas, donde la participación y el control social sean pilares fundamentales para fortalecer la gestión pública para la garantía del derecho a la salud.

Con estos propósitos establecidos, se presenta este módulo compuesto por cinco capítulos:

El primer capítulo responde a la pregunta *¿qué debo saber sobre el derecho a la salud?* Esto debe ser muy claro para todas las personas, incluso para grupos y organizaciones interesadas en contribuir a la garantía del derecho. Este capítulo contiene elementos para comprender el derecho a la salud más allá de la prestación de servicios de salud, como los roles del Estado y la ciudadanía en la garantía del derecho, y las bases que necesita la ciudadanía para ejercer control social a la garantía del derecho.

El segundo capítulo responde a la pregunta *¿cómo funciona el sistema de salud colombiano?* y parte del reconocimiento de la amplitud del núcleo del derecho y de la complejidad

del sistema para su garantía, teniendo en cuenta que este debe coordinar más que la prestación de servicios de salud para individuos. En este capítulo se define claramente el objetivo del sistema de salud y se desglosa el sistema por actores y funciones, haciendo énfasis en los asuntos en los que es crucial hacer control social.

El tercer capítulo responde a la pregunta *¿cómo hacer control social en salud?* Para responder esta pregunta, se comenzará con una introducción a los espacios y mecanismos de participación social en salud, haciendo énfasis en los mecanismos individuales y comunitarios, así como en las instituciones que pueden facilitar y favorecer los ejercicios participativos y de control social en salud. Posteriormente, se partirá de los marcos generales para la planeación en salud pública (PDSP/PTS) para ver cómo la ciudadanía puede hacer control social en los diferentes momentos de planeación.

El cuarto capítulo responde a la pregunta *¿qué otras experiencias existen sobre el control social a la garantía*

del derecho a la salud? y busca presentar a la ciudadanía experiencias concretas donde el control social generó cambios significativos que contribuyeron a la garantía del derecho a la salud.

El quinto capítulo, *recursos adicionales*, pone a disposición una serie de materiales para apoyar las acciones de control social para la garantía del derecho a la salud. Entre los materiales incluidos se encuentra normativa adicional a la referenciada en el transcurso del módulo, recursos electrónicos de capacitación y orientación, lecturas complementarias, modelos de formatos para la exigibilidad del derecho, y un directorio de iniciativas, grupos y organizaciones ciudadanas que se dedican al control social en la salud.

¡Bienvenidos!

Capítulo 1.

¿Qué debo saber sobre el derecho a la salud?

1. El derecho a la salud, más que la prestación de un servicio

La concepción popular de la salud ha estado marcada por una noción de funcionalidad cuya característica principal es la de señalar a la enfermedad como un estado opuesto (Gutiérrez, 1985). Sin embargo, la salud y la enfermedad hacen parte de un proceso dinámico en el que interactúan una serie de factores determinantes provenientes del contexto en el que se desenvuelve el individuo, así como sus comportamientos particulares (Lalonde, 1996; Grau Abalo J., 2016a; Blum, 1971).

Los factores asociados con el contexto se han denominado determinantes sociales de la salud ², definidos como “las

circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, s.f), que a su vez son el resultado del ejercicio político y las decisiones económicas a nivel global y local; y se consideran como elementos determinantes en el establecimiento de inequidades sanitarias y en la aparición de enfermedades.

Este enfoque hace parte de la formulación de políticas en salud en Colombia y reconoce como determinantes sociales aquellos referidos particularmente al contexto sociopolítico, a las condiciones socioeconómicas y a los comportamientos de los individuos, así como el sistema de salud; cuya afectación mediante el establecimiento de prácticas políticas particulares y la búsqueda de equidad en salud, tiene el potencial de modificar las condiciones de vulnerabilidad de la población y por ende fortalecer el capital social (Frenz, 2005).

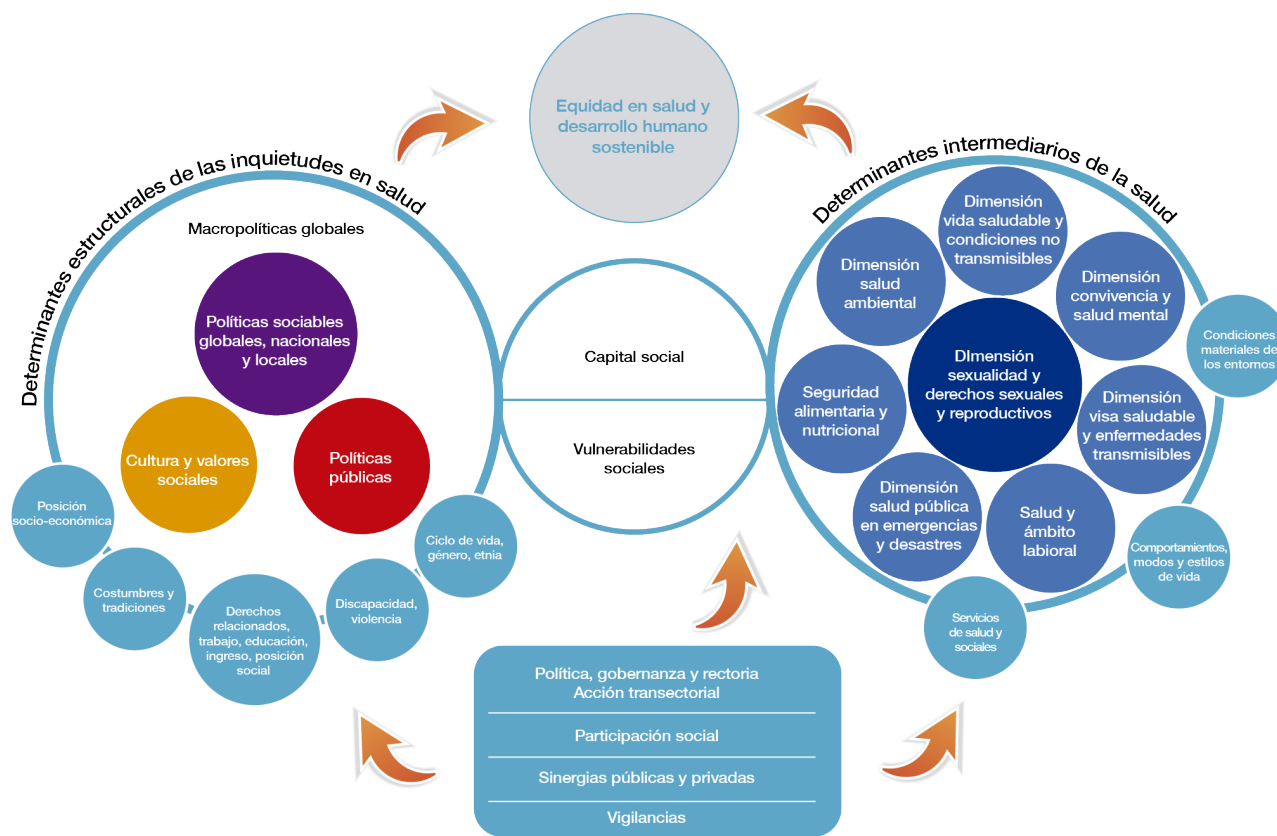
Estos determinantes sociales interactúan con las características biológicas, psicológicas, sociales y culturales del individuo, y afectan en él la capacidad de ajustarse al

2. En la política nacional, se entiende por Determinantes Sociales de Salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud (Ley 1751, 2015, art. 9, párrafo).

medio y a sus exigencias. Esta capacidad está dada por los estilos de vida de los individuos, la forma en que viven, las reacciones habituales y las pautas de conducta que las personas desarrollan durante sus procesos de socialización (Perea Quesada, 2004). El estilo de vida debe entenderse como:

(...) el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que pueden influir en el mantenimiento de su salud o lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad. (Grau Abalo J., 2016a)

Figura 1. Modelo de determinantes sociales en salud. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021



Fuente: MSPS, 2013, p.80.

Los comportamientos que hacen parte del estilo de vida son modificables y pueden afectar de forma positiva o negativa la salud, de manera que pueden constituirse en factores de riesgo o factores protectores en el proceso salud-enfermedad (Grau Abalo, 2003; Ryff y Singer, 1998). Así pues, un factor de riesgo puede entenderse como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (OMS, en web) ³; mientras que los factores protectores son como la otra cara de una moneda, y se entienden como aquellos hábitos o comportamientos que disminuyen la posibilidad de un padecimiento y propenden por la calidad de vida (Grau Abalo, 2003).

En este sentido, la promoción de la salud ⁴ hace referencia en principio al fomento de factores protectores; es decir, a

3. Ver http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

4. La carta de Ottawa indica: “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>).

las acciones orientadas a impulsar a un individuo o a una comunidad hacia un mayor grado de bienestar percibido, en búsqueda de mejoras en la calidad de vida, y de la incorporación de ciertos comportamientos que contribuyan al logro de las metas vitales más relevantes para el individuo (Restrepo y Málaga, 2001). Desde un punto de vista se trata de acciones educativas, persuasivas y motivacionales, orientadas a favorecer la ejecución de comportamientos saludables, las cuales pueden realizarse desde dos áreas: (a) actividades sociopolíticas para la defensa de la salud-ambiente, orientada a la mejora de las condiciones de vida; y (b) educación en estilo de vida, asociada con la modificación del comportamiento de los individuos (Oblitas, 2003).

Con base en lo anterior, es importante tener en cuenta que en Colombia, el derecho fundamental a la salud es uno de los derechos que más protección tiene, pero igualmente, es uno de los que más se vulnera. Con la Constitución Política de 1991 esta protección se hace más notoria, ya que trae los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. El artículo 48, al referirse a la seguridad social, la describe como:

(...) un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley [y] se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social. (Const., 1991, art. 48)

Recuerda que la salud es un derecho que debe garantizarse a todas las personas. Para ello el Estado debe organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud y de saneamiento ambiental para todos los habitantes del territorio; establecer las políticas para su prestación por parte de entidades privadas; y promover y ejercer la vigilancia y el control sobre la prestación de este servicio.



Con posterioridad, al pronunciarse sobre el derecho a la salud, la Constitución establece que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” (Const., 1991, art. 49), de manera que debe garantizarse a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

El derecho a la salud ha sido desarrollado por la jurisprudencia de la Corte Constitucional a través de un proceso de evolución a nivel jurisprudencial y legislativo, cuyo estado actual implica su categorización como derecho fundamental autónomo para tal efecto. En este contexto es importante resaltar la sentencia T-760 de 2008, según la cual:

Son fundamentales aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo. (Corte Constitucional, T-760, 2008)

Esta posición jurisprudencial con relación a la protección del derecho a la salud se concretó normativamente con la expedición de la Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015, cuyo control previo de constitucionalidad se ejerció a través de la Sentencia C-313 de 2014. Así las cosas, tanto en el artículo 1 como en el 2, se dispone que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable y que comprende –entre otros elementos– el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, con el fin de alcanzar su preservación, mejoramiento y promoción ⁵.

La Ley estatutaria 1751 de 2015 reconoce expresamente la salud como un derecho fundamental autónomo, de manera que a nadie puede negársele el acceso al servicio de salud, el cual debe ser oportuno, eficaz y de calidad.

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. (...) Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control

del Estado. (Ley 1751, 2015, art. 2)

Es importante tener en cuenta con la diferente normatividad, que en Colombia, frente al tema de salud, se ha establecido que la salud no es solamente la prestación de un servicio para la atención de una enfermedad, sino que es un derecho que tiene la ciudadanía. En este contexto, es importante resaltar los principios de la Ley 1751 de 2015:

a) Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;

b) Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;

c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;

5. Ver Sentencia T-121 de 2015

e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones;

f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los siete(7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;

g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;

i) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;

j) Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo

entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;

k) Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población;

l) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global;

m) Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI);

n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección. (Ley 1751, 2015, art. 6)

2. ¿Cuál es el rol del Estado y de la ciudadanía en la garantía del derecho a la salud?

En materia de salud es fundamental la participación del Estado en la definición y sostenimiento de las propuestas necesarias para garantizar la salud de la población. El derecho a la salud es un derecho humano que se desprende del derecho a la vida digna que tiene toda persona. El Estado debe garantizar condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, prevención y atención de la salud.

En este contexto, es importante comprender la participación ciudadana como un ejercicio que permite transformar la esfera de lo público en función del bien común. En este marco, la participación en salud permite que las y los ciudadanos construyan calidad de vida (construcción social de la salud) como acción social y política.

Teniendo en cuenta lo anterior, [el Estado juega un papel fundamental en los procesos de participación social, ya que tiene la obligación de facilitar a las comunidades los medios necesarios para participar en espacios que propendan por el derecho a la salud. Se trata de la transferencia de una parte del poder a los sectores que antes estaban al margen en la toma de decisiones del Estado.](#)

Ten en cuenta que tanto el Estado como los ciudadanos tienen derechos y deberes en materia de salud. Por un lado, el Estado debe fomentar los procesos de participación social y facilitarle a las comunidades los medios necesarios para participar en espacios que propendan por su derecho a la salud; mientras que los ciudadanos deben conocer, apropiarse y ser partícipes de aquellos espacios con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud.



Por otra parte, las y los ciudadanos tienen que conocer y apropiarse de aquellos espacios de participación en los cuales pueden participar a nivel comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud. El Decreto 1757 de 1994, compilado en el Decreto 780 de 2016, parte 10, título 1, capítulo 1, organiza y establece las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, bien sea esta de carácter individual (participación ciudadana) o colectivo (participación comunitaria), asignando funciones específicas a cada una.

En este contexto es importante tener en cuenta que el Estado debe garantizar el derecho a la salud, lo que implica por parte de las comunidades generar procesos de control social, para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes criterios que se basan en las Cuatro Aes de los Derechos Humanos ⁶:

Accesibilidad: significa que el derecho a la salud debe ser accesible a todos los que requieren:

- **No discriminación**, en tanto procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o

6. Ver artículo 6 de la Ley 1751 de 2015. Para más información, puede consultarla en el siguiente enlace: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.

- **Accesibilidad económica**, de manera que la garantía del derecho no está supeditada a la capacidad de pago.
- **Accesibilidad física**: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de toda la ciudadanía, las minorías étnicas, poblaciones indígenas, mujeres, niños y niñas, y adultos mayores en situación de discapacidad.

Asequibilidad o disponibilidad: el Estado debe crear todas las condiciones económicas, de infraestructura, programas, entre otros, y debe implementar políticas públicas efectivas para que la ciudadanía goce del derecho a la salud.

Aceptabilidad: la salud debe garantizarse de manera integral acorde con las necesidades de las personas en materia de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad, que permita mejorar la calidad de vida de la gente. La garantía del derecho se hará con condiciones culturalmente apropiadas y de respeto de la ética médica, sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del

ciclo vital. De igual forma, tendrá en cuenta el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.

Adaptabilidad: los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, de personal de salud competente, enriquecido con educación continua e investigación científica, y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Por otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), por medio del “Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú”, señala la ruta para fortalecer procesos participativos de análisis situacional de salud, la articulación de los actores alrededor de compromisos prioritarios, la integración de la salud y bienestar en todas las políticas sociales, y liderazgos efectivos de la autoridad sanitaria en todos los ámbitos territoriales (MSPS, 2013, p.156).

En este marco es importante referenciar que para garantizar el funcionamiento de la ruta, esta debe realizarse a través de:

- El abordaje de determinantes sociales de la salud y enfoques diferenciales en el análisis de situación de salud y la planificación sanitaria a nivel territorial;
- El fortalecimiento del sistema de información en salud como soporte para el análisis y toma de decisiones en salud pública;
- El fortalecimiento de las capacidades territoriales del sector, de otros sectores y de la comunidad, en planificación, coordinación, ejecución, control y evaluación;
- La armonización de las competencias en todos los niveles territoriales, con total inclusión y participación de los actores involucrados en la gestión del PDSP 2012-2021;
- La asistencia técnica en los territorios para garantizar el desarrollo de las capacidades de la autoridad sanitaria en los liderazgos necesarios para la gestión del PDSP 2012-2021;
- El desarrollo y fortalecimiento de un sistema nacional de gestión territorial y evaluación de resultados de la salud pública (MSPS, 2013, p. 156).

Así pues, el PDSP establece como objetivos estratégicos, los siguientes:

• **Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud**⁷: la equidad en salud es un imperativo ético para alcanzar la justicia social, un derecho inalienable de los ciudadanos y un deber del Estado (MSPS, 2013; p.128).

• **Mejorar las condiciones de vida y salud de la población**: las condiciones de vida son los medios materiales (vivienda, servicios, trabajo, escuela, entornos, alimentación e ingresos) necesarios para la supervivencia, evitar la miseria y contribuir al desarrollo humano sostenible y saludable (Allardt, 1976). Están influenciadas por los estilos de vida, que son las formas sociales culturalmente aceptadas por las personas. La sinergia entre condiciones y estilos de vida se conoce como el modo de vida; circunstancias que están influenciadas por el acceso a los servicios básicos de salud y de protección social (MSPS, 2013, p.162).

7. La equidad en salud es el razonable beneficio que requiere cada individuo para el desarrollo de su potencial de vida con el goce de un bienestar integral, en ausencia de diferencias evitables e injustas (Gómez, 2002, citado por MSPS, 2013, p. 161).

• **Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables:** entre los daños en salud existe una proporción de mortalidad, morbilidad y discapacidad que puede clasificarse como evitable, teniendo en cuenta la existencia de los servicios de salud y la tecnología necesaria, de modo que su presencia significa fallas en el proceso de atención; estos daños persisten a pesar de la tendencia creciente en los últimos 20 años de asumir el enfoque preventivo y anticipatorio, desarrollando servicios que previenen enfermedades y mantienen la salud, además de los tradicionales (MSPS, 2013; p. 164).

En este marco es importante tener en cuenta que la participación ciudadana hace parte de la evolución del Estado Social de Derecho, donde el Estado está al servicio de la ciudadanía. Considerando la salud en Colombia como un derecho fundamental autónomo, es de especial relevancia el papel de la participación de la sociedad organizada en las decisiones regulatorias y normativas que rigen la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

Los organismos que hacen parte del Estado Colombiano, tienen la obligación constitucional y legal de establecer mecanismos de democratización en sus decisiones, que le permitan a la sociedad civil, en sus diversas modalidades de organización, ejercer un adecuado control social en lo que les atañe como modalidad de participación ciudadana, que

permite a las personas y a las organizaciones de la sociedad civil influir en los asuntos del Estado.

Sin embargo, el desarrollo constitucional y normativo del control social está orientado principalmente a la vigilancia de las actuaciones públicas y el control sobre los recursos públicos, lo cual se estableció en la construcción de la política pública, por la Corte Constitucional, en la Sentencia T-760 de 2008, al hacer exigible la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud en la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS). De esta forma, el control social está ligado, por un lado, al desarrollo de la conciencia social sobre los derechos y deberes ciudadanos, y por otro, al deber de las administraciones de fomentar y poner en práctica la participación ciudadana, con el sentido de democratizar el ejercicio de lo público, de transformar las relaciones entre Estado y sociedad civil y de empoderar a la ciudadanía.

En este contexto es importante comprender los elementos básicos del control social (Organización Panamericana de la Salud, 2010):

a. **Organización:** es una asociación de personas regulada por normas en función de determinados fines. La organización da poder a los grupos, pues ordena el trabajo y hace que las habilidades de los individuos se complementen.

b. **Conocimiento:** los particulares y el Estado deben conocer de las acciones que se adelantan y que benefician en doble vía, tanto al desarrollo social como al equilibrio del Estado.

c. **Rendición de cuentas:** es dar explicación, justificar, someter a examen público o a la revisión de la ciudadanía, las decisiones y actuaciones de los servidores públicos en desarrollo de su gestión.

d. **Comunicación:** consiste en el entendimiento compartido que dos o más partes de una relación, pueden tener de un tema en el que tienen relevancia el respeto para asegurar una comunicación asertiva.

e. **Investigación:** es la búsqueda de información que permite tener un conocimiento de la situación, por tanto, es necesario saber con exactitud la información que se requiere solicitar a la administración de manera sistemática y organizada, para luego proceder al análisis crítico que permita llegar a propuestas de alternativas de solución.

f. **Seguimiento:** es un proceso continuo que implica recolección y análisis de información, para identificar aciertos y dificultades en la ejecución de un plan, programa o proyecto, para sugerir correcciones oportunas.

3. ¿Cuáles son las bases para ejercer control social al derecho a la salud?

La importancia de la participación comunitaria en salud ha sido ampliamente reconocida en América Latina. Con distintos enfoques, propósitos y metodologías, desde 1950, se ha buscado involucrar a las comunidades en los programas de promoción de la salud y en la gestión de los servicios de salud (Vásquez, Siquiera, Kruzel da Silva y Leite, 2002).

En el marco de los procesos de reforma en salud de la década de 1990, se impulsaron estrategias de participación social para garantizar la eficiencia y la eficacia en la gestión de los recursos públicos, debido a la fuerte vinculación del sector privado en la administración de los recursos y en la prestación de servicios de salud. Adicionalmente, frente a fenómenos como la corrupción y la necesidad de regular el funcionamiento del mercado, se promovieron mecanismos de participación para velar por la correcta y la transparente administración de los recursos públicos (Arévalo, 2004).

En Colombia, con el establecimiento de la Constitución de 1991, se declara que el país se rige por una democracia participativa, y se propone la ampliación tanto de los espacios de decisión, como de los sujetos del proceso democrático y de los mecanismos de decisión (Londoño, 1997), de manera

que se busca involucrar a los ciudadanos en la gestión pública para así trascender la elección de gobernantes, es decir, pasar de una democracia representativa a una democracia participativa.

Con la Ley 1751 de 2015, la participación en las decisiones del sistema de salud se convierte en un mecanismo que garantiza y protege el derecho fundamental a la salud. Lo anterior, implica la participación de la ciudadanía en diferentes niveles, tal y como se describe en el artículo 12:

- Formulación de la política de salud y planes para su implementación.
- Instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema.
- Programas de promoción y prevención.
- Decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías.
- Procesos de definición de prioridades de salud.

- Decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud.
- Evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Las ventajas de un enfoque de trabajo desde la participación comunitaria en salud son amplias, entre ellas se encuentra (Gatti, Villaba, Molina y Alegría, 2006):

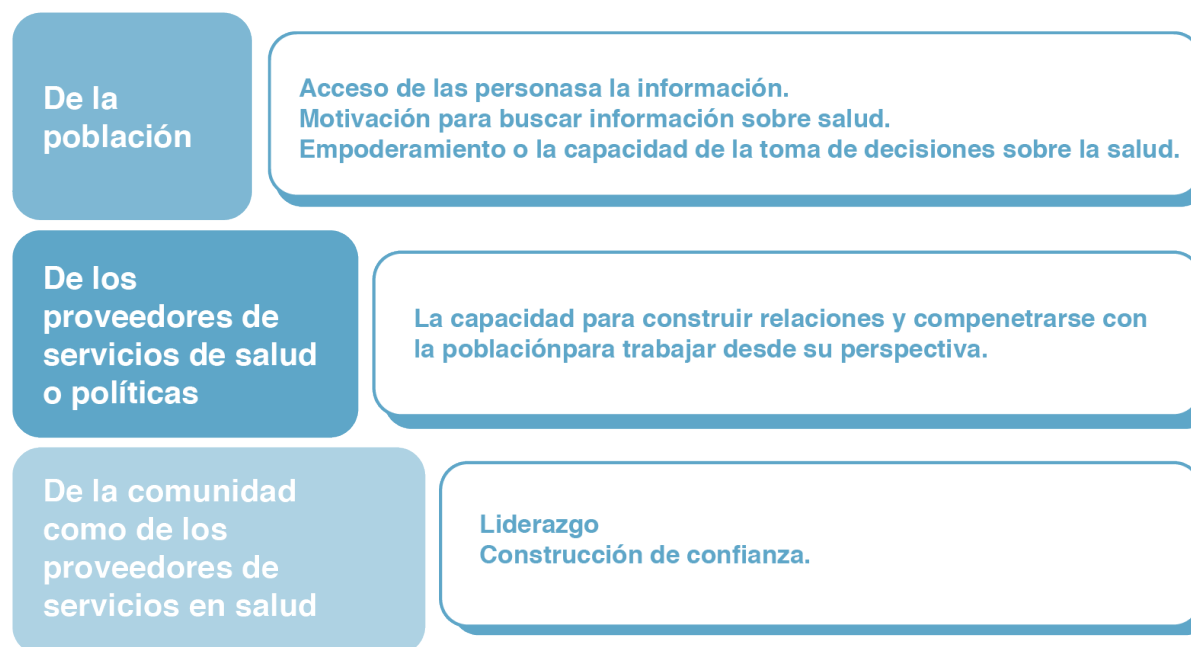
- El enfoque de la participación comunitaria es una manera económica de ampliar el sistema de atención sanitaria a la periferia geográfica y social de un país, aunque su costo no es insignificante.
- Las comunidades que empiezan a comprender su estado de salud objetivamente y no de manera

fatalista, tal vez se animarán a adoptar una serie de medidas preventivas.

- Las comunidades que invierten trabajo, tiempo, dinero y materiales en actividades de fomento sanitario son más propensas a utilizar y mantener las instalaciones que van creando, por ejemplo, las de abastecimiento de agua.
- La educación sanitaria es más eficaz cuando forma parte de las actividades de la localidad.
- Los agentes de salud de la comunidad, cuando son bien elegidos, gozan de la confianza de la población.

De esta manera, es importante mencionar que existen factores que facilitan la participación en salud, entre los que encuentran los relacionados en la Figura 2 (Pineda, 2014):

Figura 2. Factores facilitadores en la participación en salud



Fuente: Adaptado de Pineda, 2014, p.14.

En este sentido, los proyectos y acciones que se desarrollen en los territorios deben tender hacia el fortalecimiento de procesos participativos, donde lo fundamental sea la creación de ideas, sugerencias y propuestas, por parte de las comunidades en todas las fases del ciclo del proyecto, es decir, en el diagnóstico de necesidades, planificación, implementación, monitoreo y evaluación. Se plantea, por lo tanto, el énfasis en la participación incluyente, en donde la

comunidad sea la protagonista con derecho a participar⁸ en las decisiones relacionadas con la vida social, económica, cultural, política, entre otros aspectos, y a exigir una mayor transparencia, eficacia y eficiencia del Estado (López y Añez, 2005).

8. La Organización mundial de la Salud (2008) expone que el fortalecimiento de la participación social efectiva empodera a la población en la toma de decisiones.

De esta forma, en la construcción de escenarios para la participación social en salud, es necesario evidenciar (Contradriopoulus, 2004):

- **Mecanismos de medición sobre la extensión:** ¿Qué actores participan, cuáles no participan y por qué?
- **Intensidad:** ¿En qué y cómo participan esos actores?
- **Modalidad:** explora la dinámica y naturaleza del proceso participativo.
- **Impacto:** eficacia social en el logro de las metas de salud y en la construcción de ciudadanía y comunidad.
- **Sostenibilidad:** continuidad de los procesos participativos.

La participación en salud impulsa estrategias de autocuidado y autogestión de la salud en los diferentes entornos (familiar, educativo, comunitario, laboral y servicios de salud). De igual forma la participación social es el refuerzo del poder de la ciudadanía para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables, de manera que influyan en las decisiones que afecten su salud y su acceso a unos servicios adecuados de salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Capítulo 2.

¿Cómo funciona el sistema de salud colombiano?

Entender el sistema de salud colombiano no es una tarea fácil debido a su complejidad y alto nivel de regulación. Sin embargo, con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud, es imperativo que la ciudadanía y las instituciones públicas comprendan el sistema de salud. Lo anterior implica tener claro el objetivo del sistema, su estructura y funcionamiento; elementos que serán necesarios para que las acciones de control social sean contundentes y efectivas, y que se abordarán en este capítulo.

1. Generalidades del sistema de salud colombiano

Definición

El actual sistema de salud en Colombia es fruto de la Ley 100 de 1993 y de las diferentes reformas que se han generado desde entonces, siendo la última, la Ley 1438 del 2011. Actualmente, toma el nombre de **Sistema General de Seguridad Social en Salud** (SGSSS) y comprende

el conjunto de principios y normas, políticas públicas, instituciones, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, financiamiento, controles, e información y evaluación, que el Estado dispone para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Objetivo

El sistema de salud tiene como objetivo “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención” (Ley 100, 1993), mediante una orientación a “generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud” (Ley 1438, 2011).

Beneficiarios

Está dirigido a todos los residentes del territorio colombiano para que gocen efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida. Sin embargo, dentro

Para conocer mayor información sobre el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, puedes ingresar al siguiente enlace:

<https://miseguridadsocial.gov.co/index/index?AspxAutoDetectCookieSupport=1>.



de los beneficiarios se definen unos sujetos de especial protección, para quienes la atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica, a saber: niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas con discapacidad (Ley 1751, 2015).

Estructura

El SGSSS está integrado por (Ley 100, 1993): 1) organismos de dirección, vigilancia y control como el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y la Superintendencia Nacional de Salud; 2) organismos de administración y financiación como entidades promotoras de salud (EPS), las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, y la Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES); 3) las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, mixtas o privadas; 4) las demás entidades de salud que estén adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social; 5) los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones, y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados; 6) los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en todas sus modalidades; y 7) los espacios de participación social en salud.

2. La Política Integral de Atención en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud

La Política Integral de Atención en Salud (PAIS) (MSPS, 2016) busca orientar al sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, 2015). La PAIS se compone de un marco estratégico y de un modelo operacional (Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS).

Marco estratégico de la Política Integral de Atención en Salud

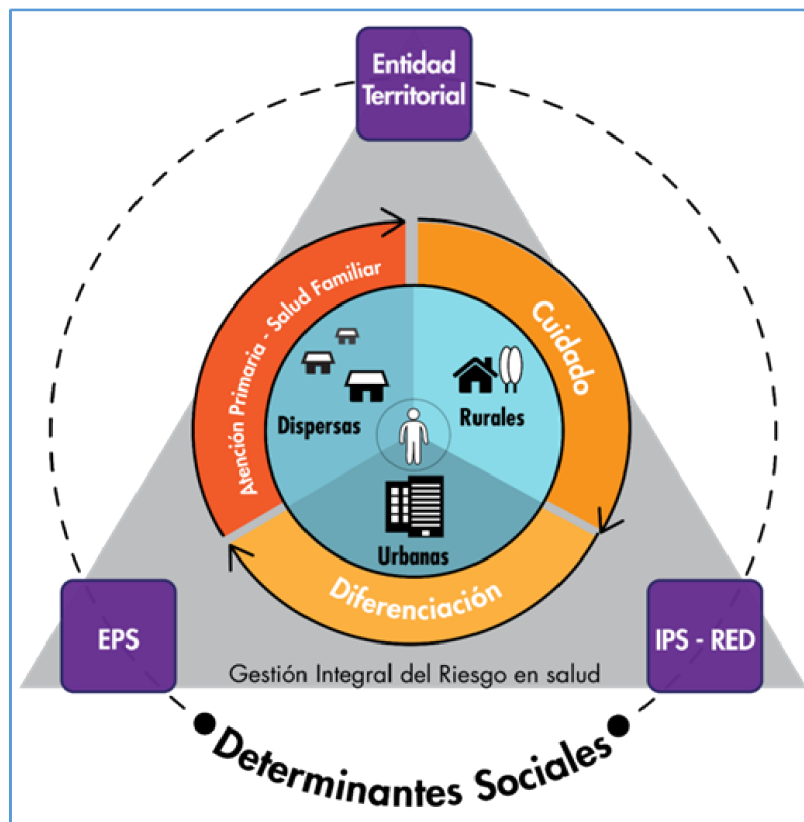
- **La atención primaria en salud**, con enfoque de salud familiar y comunitaria, integra las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles para el logro de la progresividad del ejercicio del derecho. Así mismo, busca dar respuesta a las necesidades en salud de la persona, la familia y la comunidad.

- **El cuidado**, entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea.

- **La gestión integral del riesgo en salud**, como estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, tiene como finalidad la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad.

- **El enfoque diferencial de territorios y poblaciones**: estrategia mediante la cual la política busca reconocer y organizarse frente a las diferencias de las personas y colectivos respecto a los determinantes sociales.

Figura 3. Política de Atención Integral en Salud



Fuente: MSPS, 2016, p. 31.

Modelo Integral de Atención en Salud

Comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales, que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema hacia una visión centrada en las personas. Esta visión busca la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios. (MSPS, 2016). El modelo tiene diez componentes que requieren de la activa participación de la comunidad:

• **Caracterización de la población y su situación de salud**, con enfoque diferencial, lo que se hace a partir de los análisis de situación de salud que están a cargo de las entidades territoriales, y de la caracterización de la población afiliada a cargo de las EAPB. De acuerdo a estos insumos y a los planes de desarrollo territorial, las entidades territoriales formulan los planes territoriales de salud.

• **Regulación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS):** herramienta operativa que orienta sobre las condiciones y acciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención de las personas, familias y comunidades. Incluye las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. A partir de las RIAS, se consolidan las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas y el Plan de Beneficios en Salud (anteriormente conocido como POS). El MSPS ha definido varias rutas:

o Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

o Rutas de grupos de riesgo.

- Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas.

- Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas.

- Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.

- Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

- Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento.

- Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal.

- Población con riesgo o presencia de cáncer.

- Población en condición materno - perinatal.

- Población con riesgo o infecciones.

- Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales.

- Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales.

- Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.

- Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.

- Población con riesgo o enfermedades raras.

- Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos.

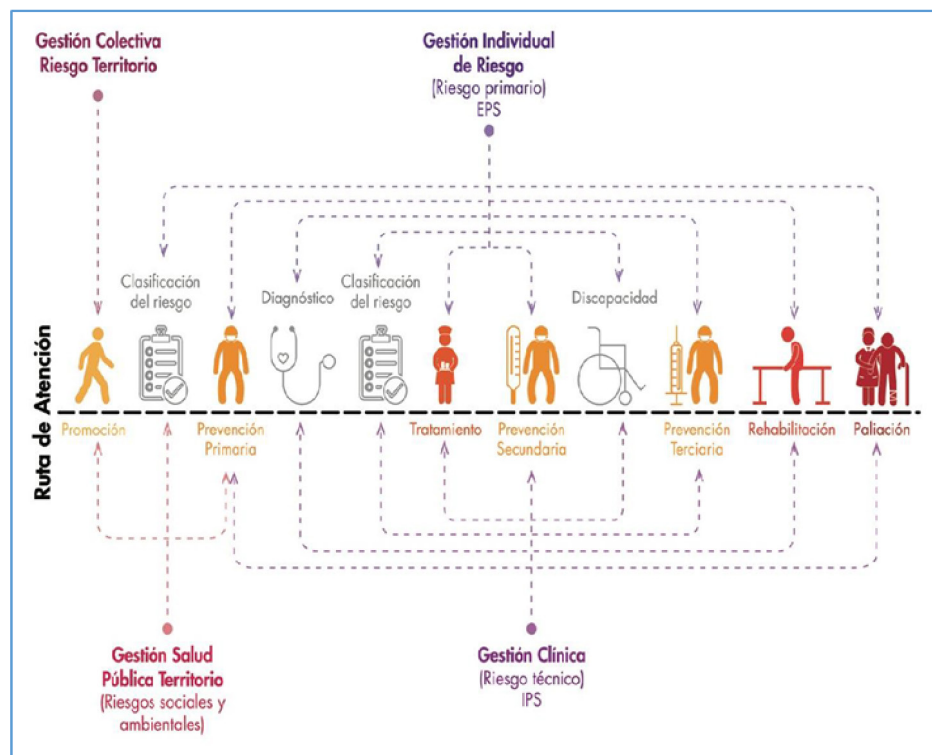
- Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.

o Rutas específicas de atención, que abordan condiciones específicas de salud.

• **Implementación de la gestión integral del riesgo:**

comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones para cada grupo de riesgo según las RIAS. Las acciones pretenden controlar los riesgos para la salud de las personas, prevenir las enfermedades y sus complicaciones. Comprende un componente colectivo a cargo de la entidad territorial y uno individual que es responsabilidad conjunta entre las EAPB y la red integral de servicios de salud (conformada por las IPS).

Figura 4. Proceso para la gestión Integral del riesgo en salud



Fuente: MSPS, 2016, p. 61.

- **Delimitación territorial del modelo**, en donde las entidades territoriales, las EAPB y las redes de prestación de servicios de salud se articulan para adaptar el modelo según las características y condiciones de los territorios y sus comunidades. Con respecto a los territorios, el modelo reconoce tres tipos, frente a los cuales hay intervenciones diferenciales:

- o Ámbitos territoriales urbanos.

- o Ámbitos territoriales con alta ruralidad.

- o Ámbitos territoriales dispersos.

- **Redes integrales de servicios de salud**, que se definen como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud (IPS) en un ámbito territorial definido según las necesidades de salud de la población.

- **Redefinición del rol del asegurador o EAPB** para que: 1) incluya protección financiera de los afiliados derivado de los riesgos en salud; 2) represente a los afiliados para pagar los servicios que pueda requerir y disminuir los costos relacionados con la atención; y 3) garantice que los afiliados puedan acceder a los servicios que requieran para el cuidado de su salud.

- **Redefinición del esquema de incentivos** para que se dé la integralidad en la atención según las RIAS.

- **Requerimientos y procesos del sistema de información**, que incluye hacer ajustes al Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social.

- **Fortalecimiento del recurso humano en salud**, que incluye: 1) la formación del RHS; 2) la armonización del recurso humano con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios; 3) el fortalecimiento del recurso humano responsable de la planeación y gestión territorial en salud; y 4) la gestión, planificación y mejoramiento de las condiciones laborales del recurso humano a nivel nacional y territorial.

- **Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento**, como mecanismo para alcanzar los desafíos que presenta la implementación del modelo.

El modelo afirma la necesidad de fomentar la participación social, para lo cual se plantean mesas de trabajo con los actores a través de técnicas de participación consultiva que permitan la participación de todos los convocados. Para tal efecto, el modelo de implementación de las RIAS propone la inclusión de la ciudadanía desde la planificación, a través de la conformación de un equipo territorial para la gestión, con participación de representantes de la Dirección Territorial de Salud, las EAPB presentes en el territorio, los prestadores de servicios de salud y los representantes de organizaciones sociales, comunitarias y usuarios.

3. El enfoque diferencial en la prestación de servicios de salud

La Ley Estatutaria 1618 de 2013, “por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”, define el enfoque diferencial como:

La inclusión en las políticas públicas de medidas efectivas para asegurar que se adelanten acciones ajustadas a las características particulares de las personas o grupos poblacionales, tendientes a garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos acorde con necesidades de protección propias y específicas. (art. 2)

Dicho de otro modo, desde **el enfoque diferencial se plantea la inclusión de políticas, programas, proyectos y acciones que promuevan y faciliten la inclusión y participación de las personas, que por alguna u otra circunstancia, hacen parte de poblaciones en una condición acentuada de vulnerabilidad, o no han podido disfrutar de los derechos que las cobijan o no cuentan con la capacidad para participar e incidir en los diferentes espacios en los cuales se desarrolla la vida social.**

El disfrute del derecho fundamental a la salud requiere de acciones que promuevan la inclusión y acceso de todas las

personas independientemente de las condiciones físicas, sociales, culturales, económicas o territoriales de cada quien. En este sentido, el Plan Decenal de Salud Pública:

Incorpora diferentes enfoques complementarios: el enfoque de derechos; el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos) y el enfoque de Determinantes Sociales de Salud (DSS), dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y han sido reconocidas como el problema de fondo dominante en la situación de salud en las Américas, a lo cual no escapa Colombia. (MSPS, 2013. p.13)

El Plan Decenal de Salud Pública como carta de navegación de la política en salud pública en Colombia, incluye y propende por la inclusión de los siguientes enfoques como factores que permiten gozar un mayor nivel de salud:

- **El enfoque de derechos**, reconoce la salud como un derecho fundamental irrenunciable, inalienable e irrevocable de carácter universal.

- **El enfoque de ciclo de vida** aborda la salud desde la comprensión de las necesidades que tienen las personas de acuerdo a la etapa de la vida (infancia, niñez, juventud, adultez, vejez) en que se encuentran, y reconoce que las intervenciones en salud que se realizan a una generación afectarán a las siguientes.

- **El enfoque de género** identifica las necesidades particulares de cada persona a partir de las particularidades sociales, culturales, políticas, entre otras, asignadas en función del sexo. También apunta a la realización de acciones que deconstruyan patrones de discriminación contra grupos o personas que históricamente han visto vulnerados sus derechos por su género.

- **El enfoque étnico** busca que las acciones en salud tengan en cuenta las particularidades sociales, culturales y fenotípicas de grupos poblacionales que comparten una historia común, tienen sus propias creencias y costumbres.

- **El enfoque de discapacidad** hace referencia al:

(...) proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes. (Ley 1618, 2013, art. 2)

- **El enfoque para víctimas del conflicto armado** tiene como objetivo realizar acciones integrales en salud que permitan atender los impactos emocionales y físicos a los que se han visto expuestos las víctimas del conflicto, a causa de este.

Para esta población se han formulado políticas con las que se busca garantizar el disfrute y acceso a sus derechos, entre ellos el derecho a la salud. El siguiente cuadro presenta la síntesis de algunas políticas o normas que definen el acceso diferencial a los servicios de salud para personas en condición de discapacidad, mujer y género, víctimas del conflicto y pueblos indígenas.

Figura 5. Políticas y normas para la atención diferencial en salud

Algunas políticas diferenciales para la atención en salud

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)

El Decreto Ley 4800 de 2011 en su artículo 164: Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas. "Se define como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial. Podrán desarrollarse a nivel individual o colectivo y en todo caso orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante. Los entes territoriales deberán adoptar los lineamientos del programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas en concordancia con lo establecido en el artículo 174 de la Ley 1448 de 2011.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social debe desarrollar herramientas de seguimiento y monitoreo a la atención en salud brindada a la población víctima del conflicto armado interno, de acuerdo a lo establecido en el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial".

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=45063>

Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI)

De acuerdo al artículo 74 del Decreto 1953 de 2014, el SIPI es el "conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas.

El SISPI es integral y se desarrolla en el marco del derecho fundamental a la salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, a través de las instancias y procedimientos que determine el decreto y demás disposiciones que lo modifiquen, sustituyan y reglamenten".

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=59636>

Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social (PPDIS)

El objetivo de la política pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social (PPDIS) es asegurar el goce pleno de los derechos y el cumplimiento de los deberes de la persona con discapacidad, sus familias y cuidadores para el periodo 2013 - 2022.

A partir de la expedición de la Ley Estatutaria 1618 de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social ha desarrollado acciones encaminadas a la reglamentación de manera coordinada entre todas las entidades estatales de la mano con los y las representantes de la sociedad civil que hacen parte del Sistema Nacional de Discapacidad (SND).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>

Política Nacional de Equidad de Género para las Mujeres

El Ministerio de Salud y Protección Social como entidad rectora del Sistema General de Seguridad Social en Salud hace parte integral de la Política Nacional de Equidad de Género para las Mujeres, liderada por la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, formulada en respuesta al compromiso establecido en el Plan Nacional Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos” y que tiene como propósito garantizar los derechos humanos integrales e interdependientes de las mujeres y la igualdad de género.

El Ministerio desarrolla acciones de los ejes de (i) Transformación cultural y construcción de paz, ii) Salud y derechos sexuales y reproductivos; y iii) una vida libre de violencia del Plan de Acción Indicativo para el periodo 2013-2016.

<http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Paginas/politica-publica-de-equidad-de-genero.aspx>

4. Principales funciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Rectoría

Contempla, entre otras funciones, la formulación de políticas, planes, programas y proyectos para mejorar la salud de la población; la dirección, orientación y regulación del funcionamiento del sistema; y la evaluación del resultado de las políticas ejecutadas, a través de mecanismos de inspección, vigilancia y control. A nivel nacional, está en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, y a nivel territorial, está a cargo de las secretarías departamentales, distritales y locales de salud.

Para orientar la toma de decisiones frente al sistema, a nivel nacional, el MSPS cuenta con sus oficinas y direcciones, entre las que se encuentra la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, la cual propone políticas, planes, programas y proyectos en la materia. Adicionalmente a las funciones establecidas en el Decreto 2562 de 2014, esta dirección orienta y dirige estudios, análisis, metodologías o evaluaciones relacionados con planes de beneficios, actualizaciones y tarifas; y propone los contenidos de Plan de Beneficios de los aliados

al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el diseño de la metodología para su actualización. Igualmente, las demás direcciones y dependencias del MSPS orientan las decisiones de política pública en salud, de acuerdo con sus áreas de experticia. A nivel territorial, se encuentran los consejos territoriales, que sirven como organismos de concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y están encargados de dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el sistema en el territorio de su jurisdicción.

La inspección, vigilancia y control del sistema está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, que busca proteger los derechos de los usuarios del sistema mediante la inspección, vigilancia, control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación, de manera transparente y oportuna. Tiene seis sedes regionales: Andina (Medellín, Antioquia), Caribe (Barranquilla, Atlántico), Nororiental (Bucaramanga, Santander), Occidental (Santiago de Cali, Valle del Cauca), Sur (Neiva, Huila) y Chocó (Quibdó), y diferentes puntos de atención que se pueden consultar en la página web institucional.

Para mayor información sobre los puntos de atención de la Superintendencia Nacional de Salud, puedes ingresar al siguiente enlace:

<https://www.supersalud.gov.co/es-co/atencion-ciudadano/contactenos>



¿Qué rol juega la ciudadanía en la rectoría?

La normativa colombiana sobre el sistema de salud ha sido clara frente a la importancia que reviste la participación social en todas las decisiones que afecten la salud de la ciudadanía. Para tal fin, la ciudadanía cuenta con diferentes espacios y mecanismos de participación social que puede usar de manera individual o colectiva, para ser parte de las decisiones que se toman en materia de salud. Entre estos espacios se destacan: los comités de participación comunitaria, las asociaciones o ligas de usuarios y las veedurías en salud.

Financiamiento

Se refiere a los mecanismos que utiliza el sistema para financiar sus funciones, especialmente en la prestación de servicios de salud. Los recursos para la financiación de la prestación de los servicios de salud provienen de recursos fiscales (impuestos) y parafiscales (contribuciones de trabajadores asalariados, sus empleadores, e independientes).

Algunos principios del sistema relacionados con el financiamiento son:

- **Universalidad:** cubre a todos los residentes en el país en todas las etapas de su vida.
- **Solidaridad:** práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios

de seguridad social en salud, entre las personas. Como materialización de este principio, los aportes de los contribuyentes son usados para financiar a las personas del régimen subsidiado.

- **Igualdad:** el acceso se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

- **Obligatoriedad:** la afiliación al sistema es obligatoria para todos los residentes en Colombia, la cual puede hacerse a través de cualquiera de los regímenes.

- **Equidad:** se garantiza el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos, pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

¿Qué son los regímenes de afiliación?

El SGSSS cuenta con varios regímenes de afiliación que se diferencian según la capacidad de pago de las personas: subsidiado, contributivo y especiales. Cuando una persona pertenece a uno de los regímenes, puede afiliarse a sus dependientes como beneficiarios.

¿A dónde van las contribuciones de los empleados, empleadores e independientes?

Las contribuciones de los trabajadores asalariados, sus empleadores y las personas independientes se recaudan a través de las EPS o regímenes especiales (Policía Nacional, Fuerzas Militares de Colombia, Ecopetrol y el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio). Con estas contribuciones y los recursos fiscales, se financia el régimen subsidiado, que es aquel donde están las personas desempleadas o con empleos informales que no cuentan con los recursos suficientes para aportar al sistema.

¿Quién administra los recursos de la salud?

Todos los recursos mencionados anteriormente son manejados por la ADRES, entidad que reemplazó al Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) en agosto de 2017, y que tiene como objetivo garantizar el adecuado flujo de los recursos del sistema e implementar los respectivos controles al uso de los recursos. Sus funciones principales son: administrar los recursos del sistema, reconocer y pagar la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las EPS para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del sistema, efectuar giros directos a los prestadores y proveedores de tecnologías en salud y transferencias a los agentes del sistema (giros directos a IPS, recobros de servicios no incluidos en los planes de beneficios, reclamaciones por accidentes de tránsito y eventos catastróficos y terroristas), verificar la eficiencia en el uso de los recursos, y desarrollar mecanismos para el fortalecimiento

financiero de las entidades del sector.

¿Qué tienen que ver las EPS con los recursos de la salud?

Las EPS no sólo se encargan de la afiliación de las personas al sistema y el recaudo de los aportes de los afiliados al régimen contributivo, sino que funcionan como representantes de sus afiliados ante los diferentes actores e instancias del sistema, y organizan y garantizan la prestación de los servicios cubiertos en los planes de beneficios en salud.

¿Cómo llegan los recursos a la prestación de los servicios de salud?

La financiación de la prestación de servicios de salud para los afiliados al sistema se da por medio de la UPC, recurso que la ADRES gira a las EPS para cada uno de sus afiliados y cuyo valor se calcula anualmente de acuerdo a la edad, sexo y ubicación geográfica de los afiliados, sin importar su capacidad de pago o régimen de afiliación. La UPC que recibe cada EPS debe estar destinada a la prestación de servicios de salud, incluyendo los servicios de promoción y prevención, los cuales son prestados por las IPS con las que cada EPS tenga convenios. Las IPS pueden ser públicas o privadas; sin embargo, el régimen subsidiado debe contratar al menos el 60% de los servicios con hospitales públicos y ninguna EPS puede contratar más del 30% de los servicios con sus propios prestadores. Para las personas que aún no están afiliadas al sistema, la prestación de los servicios

de salud la asumen los departamentos con recursos que provienen de rentas cedidas, regalías y del Sistema General de Participaciones. De este último también proviene la financiación de los servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, que son requeridos por los afiliados al régimen subsidiado.

¿Y hay recursos para la salud pública?

Es importante recordar que el derecho a la salud no comprende únicamente la prestación de servicios de salud a los individuos, sino que implica generar condiciones que protejan la salud de los colombianos. Así, es importante que se ejecuten acciones de salud pública, que son las que buscan promover la salud y prevenir la enfermedad. Las acciones de salud pública son competencia de las entidades territoriales, quienes deben ajustarse a las prioridades de salud pública, definidas por el MSPS y establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas. Las fuentes de financiación para estas acciones son: los recursos propios de las entidades territoriales y los recursos que para este fin gira la Nación en el marco del Sistema General de Participaciones. La Nación debe girar este recurso en los diez primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia (Ley 715, 2001, arts. 52-53).

Convenios entre EPS e IPS para la prestación de los servicios

Los convenios entre EPS e IPS son focos importantes en los que se debe hacer control social, ya que allí se generan unos

incentivos que inciden de manera importante en el acceso y la calidad de los servicios de salud. Aquí se presentan los principales mecanismos de pago usados por las EPS e IPS:

- **Pago por capitación:** mecanismo ampliamente usado en los servicios de baja complejidad, en donde la EPS destina un monto fijo para la prestación de los servicios y la IPS debe administrar este recurso.
- **Pago porevento:** mecanismo frecuentemente usado para los servicios de mediana y alta complejidad, en donde las EPS pagan por cada servicio que la IPS presta.
- **Por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico:** mecanismo que aún no es ampliamente usado, en donde la EPS paga conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico.

Nota: para saber más sobre los potenciales incentivos que genera cada mecanismo de pago, los cuales pueden condicionar la cantidad y calidad de los servicios de salud que se prestan, se sugiere revisar el documento citado⁹ (PROESA, 2013).

5. Talento humano en salud

Esta función del sistema de salud cobra mucha importancia pues es la base para poder atender las necesidades de salud de la población. El talento humano en salud es:

(...) todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud. (Ley 1164, 2007)

Aquí es importante tener en cuenta diferentes procesos:

¿Cuántos profesionales de la salud se requieren en el país?

Las profesiones y especialidades en salud son ofrecidas por instituciones de educación superior con registro calificado para tal fin. De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud, se requieren 25 médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes (OPS, 2011)¹⁰.

9. Disponible en el siguiente enlace: http://www.icesi.edu.co/proesa/images/docs/modelos_contratacion.pdf

10. Al respecto pueden consultar el siguiente link: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=10509&Itemid=270&lang=en

6. Medicamentos y tecnologías

Estos son insumos necesarios para la garantía del derecho a la salud de la población. Para hacer control social en este tema, que se ha convertido en un punto álgido para la sostenibilidad y funcionamiento del sistema, es importante que se tenga presente no sólo la disposición de estos insumos sino también el acceso de las personas a ellos, aspectos que están mediados por su efectividad, seguridad y asequibilidad.

¿Cuáles medicamentos y tecnologías el sistema no cubrirá?

No se financian con recursos públicos los medicamentos o tecnologías que cumplan los siguientes criterios:

- Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;

- Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- Que se encuentren en fase de experimentación;
- Que tengan que ser prestados en el exterior.

¿Quién define qué medicamentos y tecnologías no cubre el sistema?

La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del MSPS coordina un procedimiento técnico-científico y participativo en donde un grupo de análisis define las exclusiones de medicamentos y tecnologías del sistema. Este procedimiento está reglamentado por la Resolución 330 de 2017. Aquí participan, representantes de asociaciones y federaciones de profesionales de la salud, de la Academia Nacional de Medicina, de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, del Colegio de Químicos Farmacéutico, Odontológico, Nutricionistas, Optómetras, Psicólogos, Terapeutas, u otros, y del MSPS. Adicionalmente, el proceso es apoyado por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y por los pacientes posiblemente afectados y la ciudadanía.

Para participar del proceso de exclusión de medicamentos y tecnologías, las personas, grupos, asociaciones o redes, deben inscribirse en la página del MSPS:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/participe-y-opine-en-la-actualizacion.aspx>



¿Cómo se sabe que los medicamentos y tecnologías son de buena calidad?

En este proceso están presentes el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), cuyo objetivo es proteger y promover la salud de la población mediante la gestión del riesgo asociada al consumo y uso de alimentos y bebidas, medicamentos, dispositivos médicos, cosméticos, productos homeopáticos y otros objeto de vigilancia sanitaria que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva. Este propósito lo cumple a través de las funciones de: inspección, vigilancia y control a los establecimientos productores y comercializadores de los productos objeto de vigilancia sanitaria; certificación en buenas prácticas y condiciones sanitarias; identificación y evaluación de las infracciones a las normas sanitarias y a los procedimientos establecidos; desarrollo de campañas de educación sanitaria con los consumidores sobre cuidados en el manejo y uso de los productos; y otorgamiento de visto bueno sanitario a la importación y exportación de los productos de su competencia.

Así mismo, el IETS es el encargado de hacer los estudios técnico-científicos, protocolos y guías de práctica clínica, para favorecer que los medicamentos y tecnologías que se usan sean efectivos, asequibles y seguros para las personas.

¿Qué pasa con la entrega de medicamentos?

Las EPS tienen la obligación de asegurar a sus afiliados la entrega completa e inmediata de los medicamentos que se le hayan formulado, y de establecer un procedimiento de suministro de medicamentos cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, a través del cual se asegure la entrega completa e inmediata de los mismos (Decreto 019, 2012). En el evento excepcional en que esta entrega no pueda hacerse completa en el momento que se reclamen los medicamentos, las EPS deberán disponer del mecanismo para que en un lapso no mayor a 48 horas (después que el afiliado reclama los medicamentos) se coordine y se garantice su entrega en el lugar de residencia o trabajo si el afiliado así lo autoriza (Resolución 1604, 2013).

7. Prestación de servicios de salud

Breve explicación del proceso

La prestación del servicio de salud es la función del sistema de salud que la ciudadanía percibe de manera más cercana, pues es lo que solicita cuando requiere alguna atención en salud. Esta función está principalmente a cargo de la EPS de cada afiliado, la cual contrata a las IPS para la prestación de los servicios. Adicionalmente, también se encuentra a cargo del Estado, quien coordina las acciones de salud pública que buscan garantizar la salud de la población, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Para la prestación final de los servicios individuales de salud o las acciones de salud pública, las EPS y las entidades territoriales contratan a las IPS. El MSPS ha diseñado una guía que orienta a los ciudadanos sobre cómo acceder a los servicios de salud.

Para más información sobre cómo acceder a los servicios de salud, puedes ingresar al siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/SG/SAB/AT/guia-usuario-minsalud.pdf>



¿Qué son las IPS?

Son los hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios, centros de atención básica, centros de servicios de salud y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrecen sus servicios de salud y se encuentran registrados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Cada EPS puede generar los convenios con las IPS que requiera para garantizar la prestación de servicios a su población afiliada, estos pueden tomar la forma de contratos o acuerdos de voluntades. Las IPS con las que las EPS hacen convenio se definen, en principio, con base en las características y necesidades de la población afiliada de cada EPS. Esta información se encuentra en la caracterización de población afiliada que cada EPS debe hacer anualmente.

¿Qué es el Plan de Beneficios en Salud - POS?

Es el conjunto de servicios y tecnologías para la atención en salud al que todo afiliado al sistema, y sus beneficiarios, tienen derecho y se financian con cargo a la UPC ¹¹.

11. Para más información sobre la UPC, puedes revisar la sección "Financiamiento" del sistema, el numeral "4. Principales funciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

• **¿Qué incluye el Plan de Beneficios en Salud – POS?** Debido a que el Ministerio de Salud y Protección Social actualiza anualmente el Plan de Beneficios, este se debe consultar en el aplicativo POS Pópuli ¹². Para incluir nuevos medicamentos y tecnologías en las coberturas del sistema, se requiere de procesos como evaluación de tecnologías en salud, análisis de grupos terapéuticos o del mercado, análisis de tecnologías derivadas de recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC), adoptadas por el Ministerio, y otros análisis. Vale la pena mencionar que de acuerdo a la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751, 2015), es obligación del Estado proveer todos los medicamentos, dispositivos y procedimientos que se necesiten para garantizar la atención integral en salud a las personas, según las Rutas Integrales de Atención en Salud para cada grupo poblacional.

Para mayor información sobre el Plan de Beneficios en Salud puedes ingresar a:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx>



12. Disponible en el siguiente enlace: <http://pospopuli.minsalud.gov.co/PospopuliWeb/paginas/home.aspx>

- **¿Qué medicamentos, tecnologías y servicios se excluyen del Plan de Beneficios en Salud – POS?** Los que se definieron en la sección anterior “6. Medicamentos y tecnologías”.

- **¿Qué pasa si se requieren medicamentos o tecnologías que no están cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud?** Para los casos del Régimen Contributivo, el MSPS ha dispuesto un aplicativo llamado Mi prescripción –Mipres, donde los profesionales de la salud pueden justificar el tratamiento formulado para que, sin necesidad de la mediación de comités técnico científicos, la EPS pueda suministrar el tratamiento formulado. En el caso del Régimen Subsidiado, el proceso aún requiere que la formulación pase por un comité técnico científico para su autorización.

- **Servicios de detección temprana y protección específica:** estos servicios son importantes porque están destinados a prevenir enfermedades o detectarlas a tiempo para su manejo y las EPS deben inducir a sus afiliados a usarlos, sin tener que incurrir en copagos o cuotas moderadoras (Resolución 412, 2000). Aquí se encuentran los servicios para niños y niñas de 0 a 10 años, jóvenes entre los 10 a 29 años, adultos mayores de 45 años, así como servicios de planificación familiar, embarazo, parto y atención del recién nacido, salud oral, salud visual y vacunación, según el Esquema del Programa Ampliado Inmunización (PAI) y otros programas especiales

que puede establecer cada EPS (por ejemplo, VIH, diabetes, hipertensión, enfermedad renal, etc.). Los servicios, procedimientos y medicamentos detallados en la Resolución 412 podrán cambiar con la operación de las Rutas Integrales de Atención en Salud y sus actualizaciones.

Tiempos de atención

- **¿Debe pasar un tiempo desde la afiliación o cotización para cubrir los servicios de salud?**

Ninguna EPS puede exigir períodos mínimos de cotización para la prestación de cualquier tipo de servicio o procedimiento. Las personas tienen derecho a todos los servicios desde el momento de su afiliación al sistema.

- **Asignación de citas de medicina general u odontología:** no podrá exceder los tres días hábiles, contados a partir de la solicitud, salvo que el paciente las solicite de manera expresa para un plazo diferente. La EPS no podrá negarse a recibir la solicitud.

- **Asignación de citas de medicina especializada:** las EPS de ambos regímenes, directamente o a través de las IPS que definan, deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada todos los días hábiles del año. Se deberá informar las posibles fechas de la cita al momento de recibir la solicitud y no pueden negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida. Las EPS

no pueden tomarse más de cinco días hábiles para tramitar las autorizaciones.

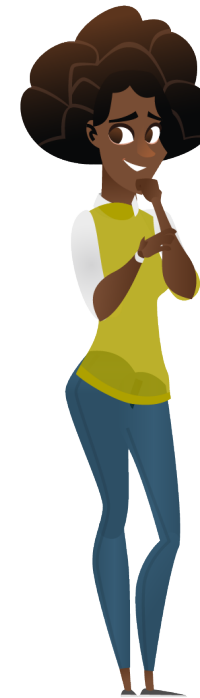
- **Consulta prioritaria:** para personas que presentan condiciones clínicas que no ponen en riesgo su vida, pero tienen síntomas que hacen difícil esperar una cita programada.

¿Qué pasa con la prestación de los servicios ante cambios en estado laboral, capacidad de pago o lugar de residencia?

- **Cambio de municipio de residencia:** las personas tienen derecho a la portabilidad que garantiza la accesibilidad a los servicios de salud en cualquier municipio del territorio nacional. La portabilidad se debe solicitar ante la EPS mediante la asignación de una IPS primaria en el municipio receptor. La solicitud debe ir acompañada de: nombre e identificación del afiliado; el municipio receptor; la temporalidad, si esta se encuentra definida; la IPS a la cual está adscrito en el municipio domicilio de afiliación; y un número telefónico, dirección geográfica o dirección electrónica para recibir respuesta a su solicitud sobre adscripción a un prestador, en el municipio receptor.

Para conocer más sobre la portabilidad, puedes ingresar al siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/portabilidad-en-atencion-en-salud.aspx>



• **Cambio de estado laboral o de capacidad de pago:** las personas tienen derecho a pasar de un régimen a otro cuando cambia su estado laboral o capacidad de pago mediante el proceso de movilidad entre regímenes. La movilidad se deberá solicitar a la EPS para no perder continuidad en la prestación de los servicios de salud, lo que se puede consultar en el ABC de movilidad ¹³. Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

o **Del régimen subsidiado al contributivo:** las personas afiliadas al régimen subsidiado que adquieran capacidad de pago y que estén en la obligación de afiliarse en el régimen contributivo, se mantienen en la misma EPS, harán las contribuciones pertinentes y recibirán todos los beneficios junto con su núcleo familiar.

o **Del régimen contributivo al subsidiado:** las personas que pierdan capacidad de pago, pueden

solicitar ante su EPS la movilidad al régimen subsidiado.

- Si se encuentra clasificado en los niveles 1 y 2 del Sisbén, se aplicará de inmediato la movilidad sin interrumpir la prestación de los servicios de salud.

- Si no se encuentra clasificado en el Sisbén 1 y 2, deberá solicitar ante planeación municipal o distrital la aplicación de la encuesta.

- Si la persona pertenece a población de especial protección (revisar la sección “Beneficiarios” del sistema, Capítulo 2, numeral “1. Generalidades del el sistema de salud colombiano”), deberá ser afiliada inmediatamente al régimen subsidiado sin mediar priorización a través del puntaje exigido en la encuesta Sisbén, como se puede observar en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>

13. Disponible en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/abc-movilidad.pdf>

8. ¿Qué es el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC?

Es el plan de beneficios del sistema, actualizado cada dos años, que comprende un conjunto de intervenciones colectivas e individuales que generan beneficio colectivo e impacto social, facilitando acciones de detección temprana y protección específica, afectando positivamente. Estas acciones se prestan por el Estado, de manera obligatoria y gratuita, a todos los habitantes del territorio nacional, sin importar su estado de afiliación al sistema (Resolución 518, 2015).

- **¿A qué responde el PIC?** El PIC responde a las necesidades, problemáticas y potencialidades del país consignadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual es el marco general sobre el cual las entidades territoriales definen sus planes territoriales de salud y los PIC para cada territorio del país. El MSPS es quien define las directrices para la formulación, implementación y evaluación del plan, las cuales son asumidas por los departamentos, distritos y municipios.

- **¿Cómo se prestan los servicios del PIC?** De acuerdo a las prioridades establecidas, las entidades territoriales deben contratar los servicios con las IPS. En este proceso, se debe dar prioridad a las IPS

públicas (ESE municipales); en caso de no ser posible, se podrán contratar ESE de municipios vecinos, IPS privadas u organizaciones no gubernamentales. Las acciones no se pueden subcontratar.

- **¿Qué no se puede pagar por el PIC?** ¹⁴ Bajo ninguna circunstancia serán objeto de financiación con cargo a los recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva:

- Las tecnologías incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- El talento humano que desarrolla las actividades previstas en el POS.
- Las intervenciones que son competencia de otros sectores o actores.
- La elaboración o impresión de objetos promocionales o informativos que no generen impacto en la salud pública.

14. Para más información ver el artículo 21 de la Resolución 58 de 2015.

Capítulo 3.

¿Cómo hacer control social en salud?

Como ciudadanos es importante conocer las normas y los espacios que permiten velar por el cumplimiento del derecho a la salud en el país. Por ello, en este capítulo se esclarecerán las normas que reglamentan las formas e instancias de participación ciudadana para vigilar el cumplimiento del derecho a la salud. Posteriormente se explicará cómo se puede realizar control social en el marco del proceso de planeación para la implementación de la política en salud en los escenarios territoriales.

La Ley 850 de 2003, reglamentaria de las veedurías ciudadanas, establece en el artículo 1 que:

Las veedurías podrán ejercer vigilancia sobre la gestión pública, respecto a las autoridades administrativas, políticas, judiciales, electorales, legislativas y órganos de control, así como de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional que operen en el país, encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público. (DAFP, 2006, p. 27)

DEFINICIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA

Una política pública “es todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer” (Dye, 2008, p. 1).

DEFINICIÓN DE DECRETO

Un decreto es una decisión que toma una autoridad sobre la materia en que tiene competencia. Suele tratarse de un acto administrativo llevado a cabo por el Poder Ejecutivo (presidente, ministros), con contenido normativo reglamentario y jerarquía inferior a las leyes.

A su vez la Ley 1757 de 2015 “Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”, modificó algunos artículos de la Ley 850 de 2003 e incluyó otros en relación a las veedurías ciudadanas resaltándose los siguientes ¹⁵:

Artículo 67. El artículo 21 de la Ley 850 de 2003 quedará así:

Redes de veedurías. Los diferentes tipos de veedurías que se organicen a nivel nacional o de las entidades territoriales, pueden establecer entre sí mecanismos de comunicación, información, coordinación y colaboración permitiendo el establecimiento de acuerdos sobre procedimientos y parámetros de acción, coordinación de actividades y aprovechamiento de experiencias en su actividad y funcionamiento, procurando la formación de una red con miras a fortalecer a la sociedad civil y potenciar la capacidad de control y fiscalización.

La inscripción y reconocimiento de las redes de veedurías se hará ante la Cámara de Comercio, o ante las personerías

municipales o distritales de cualquiera de las jurisdicciones a que pertenecen las veedurías que conforman la red.

Parágrafo. Para la inscripción de redes de veedurías en personerías municipales o distritales, se exigirán los mismos requisitos que requieren las organizaciones sin ánimo de lucro para ser inscritas ante las gobernaciones o alcaldías que tengan la competencia legal de inspección, control y vigilancia de dichas organizaciones.

Artículo 68. El artículo 16 de la Ley 850 de 2003 quedará así:

Instrumentos de acción. Para lograr de manera ágil y oportuna sus objetivos y el cumplimiento de sus funciones, las veedurías podrán elevar ante las autoridades competentes derechos de petición, y ejercer ante los jueces de la República todas las acciones que siendo pertinentes consagran la Constitución y la ley.

Así mismo, las veedurías podrán:

a) Intervenir en audiencias públicas en los casos y términos contemplados en la ley;

¹⁵ La Ley 1757 de 2015 puede ser consultada en el siguiente vínculo:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=62230>

b) Denunciar ante las autoridades competentes las actuaciones, hechos y omisiones de los servidores públicos y de los particulares que ejerzan funciones públicas, que puedan constituir delitos, contravenciones, detrimento del patrimonio público, irregularidades o faltas en materia de contratación estatal y en general en el ejercicio de funciones administrativas o en la prestación de servicios públicos;

c) Utilizar los demás recursos, procedimientos e instrumentos que leyes especiales consagren para tal efecto;

d) Solicitar a la Contraloría General de la República, mediante oficio, el control excepcional establecido en el artículo 26, literal b) de la Ley 42 de 1993;

e) En todo caso, dicha solicitud no puede implicar un vaciamiento del contenido de la competencia de la Contraloría territorial respectiva. (Ley 850, 2003)

1. Marco normativo para el control social del derecho a salud

En Colombia el control y veeduría ciudadana al cumplimiento del derecho a la salud se encuentra establecido principalmente en dos normas, la primera de ellas el Decreto 1757 de 1994, que como se mencionó anteriormente fue compilado junto con otras normas en materia de salud en el Decreto 780 de 2016, el cual estableció las formas y mecanismos para la participación social en salud; y la segunda de ellas, la Resolución 2063 de 2017 del Ministerio de Salud, con la cual se adoptó la Política de Participación Social en Salud.

Con este decreto se definieron 3 niveles de participación en salud:

- Ciudadano
- Comunitario
- Institucional

Los niveles ciudadano y comunitario se clasifican como formas de participación social en salud. Es decir, son formas de participación que no necesariamente requieren de los espacios dispuestos por las instituciones, como los comités de usuarios, sino que pueden ser llevadas a cabo por cualquier ciudadano o grupo de ciudadanos interesados en participar en la planeación, gestión, evaluación y veeduría del derecho a la salud.

Son ejemplos de participación comunitaria y ciudadana en salud, exigir a la secretaría de salud municipal la realización de acciones para incrementar el consumo diario de frutas y verdura en la población en general (Plan Decenal de Salud Pública). Otro ejemplo puede ser exigir a los prestadores de servicios contar con interpretes para facilitar el acceso a servicios de salud a personas pertenecientes a pueblos étnicos (Ley 1381, 2010, art. 9).

La participación institucional tiene que ver con la interacción de la ciudadanía con los servidores públicos y privados en los espacios creados para tal fin dentro de cada Institución del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La ciudadanía tiene derecho a que las instituciones convoquen y promuevan la creación de las asociaciones de usuarios.

¡Repasemos conceptos!

El vinculado es una persona a la que se le ha realizado la encuesta del Sisbén pero aun no le ha sido asignada una EAPB.

El afiliado se encuentra inscrito ante una EAPB como parte del régimen contributivo o subsidiado de seguridad social en salud. Es una persona que cuenta con una entidad definida que le presta los servicios de salud.

¿Qué deben hacer las Empresas Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las entidades territoriales (municipios, distritos y departamentos)?

Empresas Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB)

Deberán establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Entidades territoriales

Los distritos, municipios y departamentos 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.

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

Propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, brindando información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Deberán establecer un servicio de atención e información al usuario.

Como veedores ciudadanos del derecho a la salud es importante conocer las obligaciones a cargo de las entidades territoriales en la prestación del servicio de atención a la comunidad de manera que los municipios, distritos y departamentos deben:

- Velar porque las EAPB establezcan mecanismos de atención a los usuarios y canalicen sus peticiones.

- 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.

- Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las

2. Espacios de participación

EAPB. Si la EAPB no dan una respuesta adecuada a las solicitudes que realizamos podemos pedir a la entidad territorial que intervenga para que tramite la solicitud realizada.

- Garantizar que las EAPB tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.

Por su parte a las EAPB les fueron asignadas dos funciones dentro del servicio de atención al usuario:

1. Contar con un sistema de información y atención a los usuarios a través de una atención personalizada. Como lo veíamos con el ejemplo previo, en algunos casos se requerirá de un intérprete para que aquellas personas de los grupos étnicos que no hablen el idioma español puedan presentar sus solicitudes ante las EAPB ¹⁶.

2. Implementar un control de calidad del servicio basado en el usuario. Con ello se busca que el centro del servicio sea la satisfacción de las necesidades del usuario.

Existen tres espacios de participación definidos por la normatividad ¹⁷. El primero de ellos es el Comité de Participación Comunitaria, el cual depende de las entidades territoriales, municipio o distrito, en el cual pueden participar representantes de las organizaciones comunitarias presentes en el territorio. Los otros dos espacios se encuentran ligados a las EAPB, y por parte de la ciudadanía, solo participan sus afiliados, estos son:

- Alianzas o asociaciones de usuarios.
- Comités de Ética Médica.

A continuación se explican cada uno de estos espacios, resaltando las funciones que tienen en el control y veeduría ciudadana al derecho a la salud:

16. El derecho a contar con un intérprete se respalda con el "artículo 9°. "Derechos en las relaciones con la salud", de la Ley 1381 de 2010. Puede ser consultado en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38741>

17. Decreto 1757 de 1994, posteriormente incluido en la parte 10, título I, capítulo I del Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social". Puede ser consultado en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65994>

Espacio de participación	Principales funciones en control y veeduría	Periodos de participación
Comités de participación comunitaria: es un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado. Deberán existir en todos los municipios y distritos. Son presididos por el alcalde de cada entidad territorial. En los resguardos indígenas el comité será presidido por la máxima autoridad indígena respectiva.	- 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. - 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. - 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. - 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.	Los representantes ante los comités de participación comunitaria serán elegidos para períodos de tres años; podrán ser reelegidos máximo por otro período y deberán estar acreditados por la organización que representen.
Alianzas o asociaciones de usuarios: es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, que velan por la calidad del servicio y la defensa del usuario.	- 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. - Vigilar que las decisiones que se tomen en las juntas directivas, se apliquen según lo acordado. - 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. - 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. - Ejercer veedurías en las instituciones del sector, mediante sus representantes ante las empresas promotoras y/o ante las oficinas de atención a la comunidad.	Las alianzas o asociaciones de usuarios elegirán sus representantes en asamblea general, y entre los elegidos de éstas si hubieren varias asociaciones o alianzas de usuarios, para períodos de dos años.

Comités de ética hospitalaria	- Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud. - Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna. - 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. - Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud. - 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.	Los representantes ante los comités de ética hospitalaria serán elegidos para períodos de tres años y podrán ser reelegidos máximo hasta por dos períodos consecutivamente.
Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud	- El Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud es un espacio de toma de decisiones, en el que se desarrollan políticas concertadas frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que asesora a las direcciones de salud de las respectivas jurisdicciones, en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud en la orientación de los sistemas territoriales de seguridad social en salud. - Velar por la participación comunitaria mediante el impulso a la formación de alianzas o asociaciones de usuarios y comités de participación que hagan congruente la política nacional a nivel territorial.	Los miembros no gubernamentales del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, serán designados por un periodo de dos años contados a partir de la fecha de su posesión ante la máxima autoridad local. El artículo 3 del Acuerdo 57 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definió la conformación de los consejos territoriales. Dentro de sus miembros de debe incluir: - Un representante por las asociaciones o alianzas de usuarios de la jurisdicción. - Un representante de las comunidades indígenas de la entidad territorial que será elegido por la propia comunidad de acuerdo con sus usos y costumbres.

18. El artículo 175 de la Ley 100 de 1993, facultó a las entidades territoriales para crear un Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Estos espacios fueron reglamentados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en los Acuerdos: 02 de 1994, 25 de 1996 y 57 de 1997.

De acuerdo con la información anterior, se considera entonces que el ejercicio de veeduría a la salud consiste en participar en los espacios previamente presentados, y en el ejercicio que cada ciudadano realice de manera independiente a dichos espacios con el propósito de controlar y vigilar la garantía del derecho a la salud.

En ese sentido, este ejercicio se realiza de cuatro formas:

- 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.

Las funciones de los veedores en salud son:

1. Contribuir a una gestión adecuada de los organismos de salud.
2. Propiciar decisiones saludables por parte de las autoridades, las empresas privadas, las entidades públicas y la comunidad.
3. Fomentar el compromiso de la colectividad en los programas e iniciativas en salud.
4. Velar por 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.

3. ¿Quiénes pueden constituir una veeduría ciudadana?

En los términos de la Ley 850 de 2003, pueden constituir veedurías ciudadanas todos los ciudadanos en forma plural o a través de organizaciones civiles como: organizaciones comunitarias, profesionales, juveniles, sindicales, benéficas o de utilidad común, no gubernamentales, sin ánimo de lucro y constituidas con arreglo a la ley ¹⁹.

Red de Contralores en Salud ²⁰

Son las entidades que tienen asignadas competencias de inspección, control y vigilancia sobre actividades comprendidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El Artículo 119 del Decreto Ley 2150

de 1995 establece la obligación de la Superintendencia de Salud en fomentar el desarrollo de la red de controladores del SGSSS.

El objetivo de la Red de Controladores del sector salud es integrar y articular todas las acciones de inspección, vigilancia y control que se ejercen al interior del sistema y del sector, con el propósito de lograr que la acción de cada uno de los participantes permita obtener la información y los resultados necesarios para su posterior utilización por todas las instancias de control del sistema. La Red está conformada por tres grupos principales:

Controladores naturales: dirigen exclusivamente al sector salud en todos sus niveles pues toda su normatividad está relacionada con el mismo. Entre estos se incluyen la Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones territoriales seccionales y locales de salud, entre otros.

Otras entidades: ejercen funciones de inspección, vigilancia y control sobre todos los sectores, incluidos el de salud, por ejemplo, la Procuraduría, la Contraloría, la Defensoría del Pueblo, y las personerías municipales.

19. Para mayor información, puedes consultar el siguiente enlace: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/OtrosDocumentosProteccionUsuario/cartilla%20veedurias%20ciudadanas.pdf>

20. Tomado de Supersalud (2011). Implementación del Sistema de Red de Contralores del Sector Salud. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionInstitucional/RedControladoresDocumentos/Documento-Tecnico-Red-De-Controladores.pdf>

La ciudadanía: en ejercicio de su derecho de participación en la planeación, gestión, evaluación y control de los servicios en salud, tiene competencia de vigilancia y control. Su participación puede ser:

- En forma individual: ejerciendo control sobre el cumplimiento de sus derechos fundamentales.
- En forma colectiva: organizándose en formas de participación como las asociaciones de usuarios o los comités de participación comunitaria.

El sistema de salud además está estructurado en tres grandes niveles encargados de ejercer labores de vigilancia y control a la prestación de servicios de salud:

1. **Nivel nacional:** está representado por la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud y el INVIMA. Otras entidades encargadas de ejercer vigilancia y control a este nivel son la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación.

2. **Nivel departamental:** está representado principalmente por las direcciones seccionales de salud y las asambleas departamentales.

3. **Nivel municipal:** su organismo representante es la dirección local de salud, aunque a este nivel también actúan otros entes como la Personería y el Concejo Municipal.

“La Red de Controladores del Sector Salud fue definida como una estrategia que une los esfuerzos de entidades, organismos y agentes de carácter público y privado, quienes bajo los principios de colaboración armónica institucional, y tomando como pilares fundamentales de la gestión pública, la sinergia, la legitimidad, la cooperación, la coordinación, la complementariedad y la acción concertada, y sin perjuicio de la autonomía que les asiste, persiguen alcanzar los fines y cometidos estatales dentro del ámbito normativo del sector de salud, cuyo único objetivo es integrar y articular todas las acciones de inspección, vigilancia y control que se ejercen en el sistema sector de salud” (Superintendencia Nacional de Salud, 2012. p. 10).

4. Política Pública de Participación Social en Salud (PPSS) ²¹

Esta política parte del reconocimiento de la participación social como un derecho fundamental vinculado al derecho a la salud. En tal sentido apunta al derecho y deber de la ciudadanía de construir conjuntamente con las instituciones y el Estado la salud.

Con esta política se sientan las bases para cumplir lo dispuesto en materia de participación ciudadana por las leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015 o la Ley Estatutaria de Salud, y uno de sus objetivos es incentivar el ejercicio de control social y veeduría sobre los recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios.

Una resolución ministerial es una medida decretada por un ministerio de un gobierno. Se trata de una regla o normativa que dicta un ministerio de acuerdo a las facultades que le otorga la Constitución.

Esta política se materializa a través de cinco ejes estratégicos con los que se busca fortalecer la participación ciudadana, facilitando alternativas que permitan superar las debilidades que afectan la participación y de esa manera aportar en la profundización de la democracia (fin político de la participación en salud), en la inclusión de los usuarios en la construcción del sistema de salud (fin ético) y para mejorar, adecuar, y hacer más eficientes e integrales los servicios de salud.

Los ejes estratégicos se encuentran interrelacionados entre sí y el desarrollo de cada uno fortalece al conjunto:

21. Resolución 2063 de 2017 del Ministerio de salud y la Protección Social. Esta política puede ser consultada en el siguiente vínculo: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202063%20de%202017.pdf

Figura 6. Ejes estratégicos de la Política de Participación Social en Salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2063 de 2017.

Para el propósito de este módulo es importante profundizar en el eje estratégico **control social en salud**. Este eje tiene seis líneas de acción:

1. Impulsar procesos de capacitación y formación para el desarrollo de capacidades ciudadanas en los espacios de control social en salud, en temas relacionados con la gestión pública.

Además de poder participar las personas deben tener la capacidad de entender y saber cómo relacionarse efectivamente ante las instituciones. En este caso, se pretende capacitar a los ciudadanos y ciudadanas para que sepan cómo hacer seguimiento a la administración y ejecución de los recursos del Estado destinados a la salud.

2. Mejorar el acceso a la información por parte de la ciudadanía a través de la ampliación de canales de comunicación por parte de las instituciones.

Para acceder a la información se requiere del uso de canales novedosos que atiendan al desarrollo de las tecnologías de la información. También del uso de medios de comunicación que lleguen a las personas que residen en las zonas más apartadas del país, utilizando lenguaje sencillo y adaptado a las particularidades de cada región (etnia, costumbres, formas de comunicación propias).

3. Posicionar el control social como elemento básico de la democracia y la transparencia en salud, lo cual incluye el reconocimiento a veedores y sus redes.

Se debe facilitar la tarea de las personas que realizan las veedurías, para ello se requiere la destinación de recursos que permitan a quienes realizan las veedurías realizar esta tarea disponiendo de todas las facilidades posibles.

4. Implementar los mecanismos que permitan fortalecer la participación ciudadana en el análisis de información para que esta contribuya a que las autoridades hagan un manejo transparente de los asuntos y recursos públicos.

Uno de los principios del buen gobierno es la transparencia y la rendición de cuentas, es decir, que quienes hagan parte de la dirección del Estado, deben hacer un manejo transparente de los recursos, y disponer de información amplia, oportuna y precisa sobre la ejecución presupuestal. También incluye la rendición periódica de cuentas ante la ciudadanía.

5. Definir e implementar una estrategia de formación dirigida a los funcionarios y la ciudadanía para el fortalecimiento y promoción del control social en las instituciones del sector salud.

Para que no solo los ciudadanos sino los funcionarios encargados de la ejecución de las políticas, programas y proyectos de salud comprendan y faciliten la labor ciudadana en el control y veeduría al derecho a la salud.

6. Crear un observatorio de participación y control social en salud.

Los observatorios permiten la organización, análisis y presentación de la información generada por las personas y organizaciones que realizan veeduría y por las instituciones sobre las cuales se realizan dichos procesos con el fin de fortalecer los procesos ciudadanos y mejorar la provisión de servicios de salud. Por medio de estos espacios se facilita el intercambio de información y la evaluación de los temas, formas, rutas, respuestas y ajustes que realizan las instituciones en el marco del control y la veeduría ciudadana.

Otro de los fines de la Política de Participación Social en Salud (PPSS) es fortalecer los espacios y mecanismos de participación. Por este motivo, es importante identificar que no se creen nuevos espacios, sino más bien, que estos se fortalezcan y promuevan el derecho a la participación ciudadana para la garantía al derecho a la salud, mediante la implementación de criterios específicos. La puesta en marcha de estos criterios es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales, las entidades administradoras de los planes de beneficios y las instituciones prestadoras de salud, las cuales deben:

- a. Identificar y disponer los canales y medios de comunicación y los medios electrónicos y presenciales para disponer de información a la ciudadanía.
- b. Identificar y desarrollar los mecanismos o espacios institucionales para adelantar procesos de discusión, negociación y concertación para analizar y decidir conjuntamente con los ciudadanos.

c. Establecer mecanismos para facilitar las veedurías ciudadanas y la participación de grupos sociales y de ciudadanos en el control social a la gestión institucional.

d. Identificar por área misional, las iniciativas o temáticas sobre los cuales se pueden hacer ejercicios de participación.

e. Establecer diálogos participativos en las instancias del sector salud como espacios de encuentro entre las autoridades y la comunidad con la finalidad de recoger comentarios en forma directa y presencial.

f. Garantizar el reconocimiento de los representantes elegidos de forma democrática por parte de la ciudadanía para ocupar espacios o escenarios de representación.

g. Implementar la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación para facilitar a la información y brindar espacios a los ciudadanos para expresar sobre los temas de su interés en salud. La aplicación de las TIC y uso de las redes sociales promoverán la generación de espacios de intercambio de información y generación de relaciones entre la ciudadanía y el Estado.

h. Implementar los diálogos participativos como espacios de encuentro entre las autoridades y la comunidad con la finalidad de recoger comentarios en forma directa y presencial.

Figura 7. Coordinación intersectorial y territorial**Ministerio de salud y Protección Social - Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres**

Coordinación y asistencia técnica para la implementación de la Política de Participación Social en Salud -PPSS-. Se garantizará la transparencia de los procesos participativos y el principio de igualdad de derechos y oportunidades para todos los usuarios, así como la autonomía de las organizaciones.

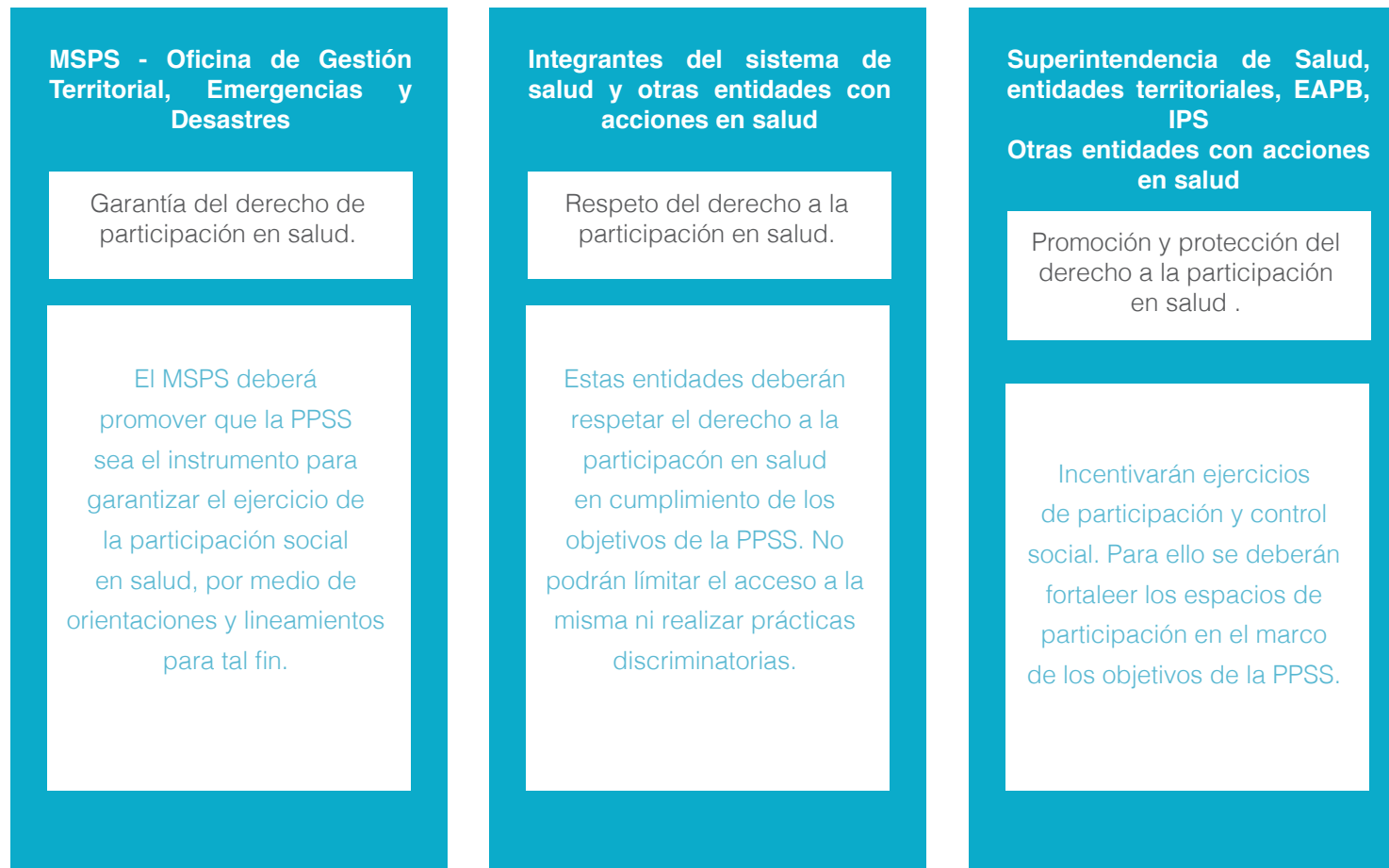
Entidades territoriales, gobernaciones y municipios

Tienen la responsabilidad de garantizar y gestionar los procesos de participación social en salud, como forma de operar la Política de Participación Social en Salud -PPSS- en el territorio. Tendrán que acompañar y apoyar las instancias de participación social en salud: COPACOS, asociaciones de usuarios, veedurías en salud, etc.

Fuente: Resolución 2063 de 2017, numeral 8.

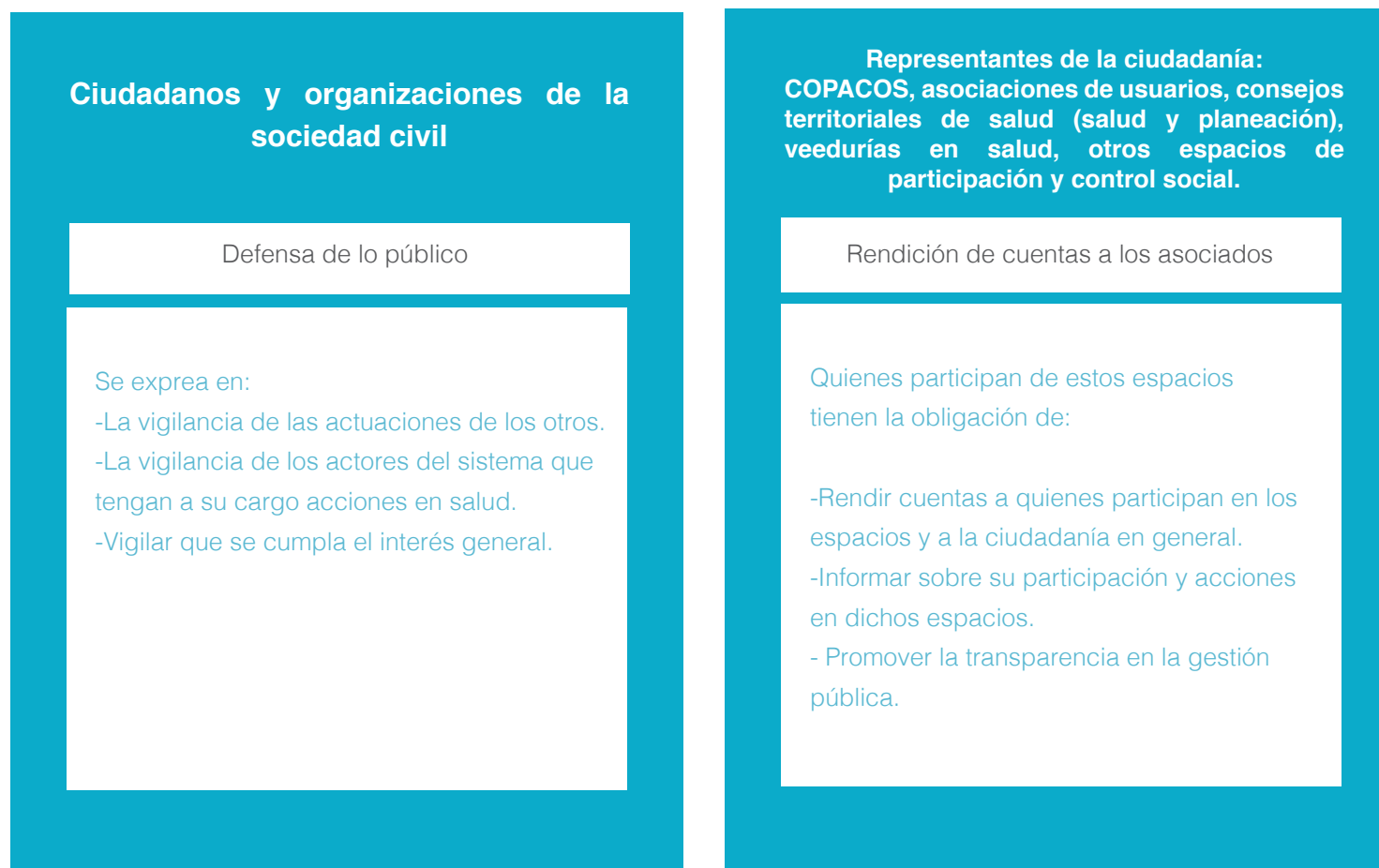
La implementación de la Política de Participación Social en Salud define unas responsabilidades para las instituciones del sistema de salud y para aquellas que no lo son pero que realizan acciones en salud, y unos deberes para la ciudadanía y las organizaciones sociales. El cumplimiento de las responsabilidades y deberes con la Política de Participación Social en Salud permiten su desarrollo efectivo:

Figura 8. Responsabilidades que genera la Política de Participación Social en Salud



Fuente: Resolución 2063 de 2017, numeral 10.

Figura 9. Deberes que genera la Política de Participación Social en Salud



Fuente: Resolución 2063 de 2017, numeral 10.

5. Control social para la planeación en salud

La planeación integral en salud se enmarca en el ciclo de la gestión pública para cada periodo de gobierno –es decir, para cada periodo de alcaldía, gobernación y Presidencia de la República– y le permite a las entidades territoriales definir y desarrollar las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud (PTS). El proceso de planeación integral en salud se presenta en la Resolución 1536 del 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

La planeación en salud requiere de la articulación y armonización de los diferentes instrumentos de planeación que parten desde lo macro o nacional para materializarse en lo micro o territorial, municipal y departamental. Estos instrumentos son:

- Plan Nacional de Desarrollo (PND);
- Plan Decenal de Salud Pública (PDSP);
- Plan de Ordenamiento Territorial (POT);
- Plan de Desarrollo Territorial;
- Plan Territorial de Salud (PTS).

La formulación del Plan de Salud Pública fue definida por la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se delegó al Ministerio de Salud y Protección Social, la elaboración de un “Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud” (Ley 1438, 2011, art. 6). El Plan Decenal de Salud Pública fue adoptado por la Resolución 1841 de 2013.

Al igual que con el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 está planteado con enfoque regional, y reconoce las diferencias como referencia obligada para formular políticas públicas acordes con las características, capacidades específicas y particularidades de diversos grupos poblacionales y regiones. Es decir, que es una política elaborada desde el territorio que incorpora diferentes enfoques complementarios:

- 1) El enfoque de derechos;
- 2) El enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez);
- 3) El enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual, y de los grupos étnicos);
- 4) El modelo de Determinantes Sociales de Salud (DSS), dado que las inequidades en salud están determinadas por las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y han sido reconocidas como el problema de fondo, dominante en la situación de salud en las Américas, del cual no escapa Colombia (MSPS, 2013).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social. Los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adaptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución.

El Plan Territorial de Salud (PTS), es el instrumento de política pública que permite incorporar la salud en todas

las políticas del territorio. Por lo tanto, será el componente transversal del Plan de Desarrollo Territorial. Orienta las acciones sectoriales (de las instituciones del sector salud), transectoriales (de otras instituciones con competencias para realizar acciones que puedan transformar las condiciones de salud de las personas) y comunitarias relacionadas con la salud con el fin de alcanzar la mayor equidad en salud y desarrollo humano sustentable en el territorio (MSPS, 2012).

Es importante resaltar que de acuerdo a la Resolución 1841 de 2013, en su artículo 2, se indican las responsabilidades de las entidades territoriales en la formulación de los planes territoriales de salud.

Así, las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar su implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que para tal efecto defina este Ministerio.

En concordancia con lo definido en el marco estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, el Plan Territorial de Salud se armoniza con los planes de gobierno, planes de desarrollo y de ordenamiento territorial (MSPS, 2012).

Para la materialización del Plan Decenal de Salud Pública en el territorio por medio de los planes territoriales de salud, se definieron ocho dimensiones prioritarias y dos transversales (que deben hacer parte de las ocho prioritarias). Las dimensiones representan aspectos fundamentales para el bienestar y la calidad de vida de las personas y sus comunidades, que, por su importancia, se deben intervenir, preservar o mejorar (MSPS, 2012).

Las ocho dimensiones prioritarias son:

1. Salud ambiental;
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles;
3. Convivencia social y salud mental;
4. Seguridad alimentaria y nutricional;
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos;
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles;
7. Salud pública en emergencias y desastres;
8. Salud y ámbito laboral.

Las dos dimensiones transversales son:

- Gestión diferencial de poblaciones vulnerables;
- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión integral de la salud.

Para facilitar el proceso de planeación y materialización del Plan Decenal de Salud Pública en el territorio, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la metodología PASE a la Equidad en Salud. La cual contiene un conjunto de elementos normativos (leyes, decretos, resoluciones, etc.), conceptuales (qué se entiende por cada término utilizado en el proceso), metodológicos (cómo realizar el proceso de planeación), técnicos (realización de un proceso lógico y coherente) y operativos (cómo se concretiza la planeación) que se entretajan para garantizar la formulación integral de los planes territoriales de salud.

El modelo PASE concibe el desarrollo como un proceso integral en el que están comprometidas de manera simultánea e interdependiente cuatro dimensiones: la poblacional, la ambiental, la económica y la social (PASE). Así, el desarrollo queda comprendido como un proceso integral de transformación de las cuatro dimensiones en el que la población, a la vez que transforma el ambiente, crea una organización económica y social, y resulta también transformada por estas (MSPS-UNFPA-UEC, 2014. p.74).

“La construcción de conocimiento colaborativo y cooperativo solo es posible en contextos de participación social. Así lo entienden el documento del PDSP y la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, que consideran la participación como uno de los principios inherentes a la formulación de cualquier tipo de política o instrumento de planeación” (MSPS -UNFPA-UEC, 2014. p. 63).



Para la formulación de los planes territoriales de salud, el modelo PASE propone una ruta de planeación con cinco procesos que van desde el alistamiento del proceso hasta el momento de rendición de cuentas tras la ejecución del plan. Los procesos son los siguientes:

1. Alistamiento institucional;
2. Ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud;
3. Gestión operativa;
4. Monitoreo y evaluación;
5. Rendición de cuentas.

En cada uno de estos procesos existen tareas para hacer la veeduría y control ciudadano para garantizar que se cumpla con la ruta definida, y que las acciones, metas, recursos y procedimientos sean los adecuados de acuerdo a las particularidades de la población y el territorio para el cual se formula el plan ²².

22. Para profundizar en la ruta y procedimiento de PASE a la Equidad en Salud puedes consultar el siguiente enlace:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Estrategia%20PASE%20A%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20-%20Guia%20Conceptual.pdf>

¿Qué hacer en cada proceso?

1. Alistamiento institucional: en este proceso la entidad territorial se prepara para la formulación del Plan Territorial de Salud.

En esta etapa los actores comunitarios aportan desde sus conocimientos identificando cuáles son los factores que determinan las condiciones de salud en territorios particulares. Validan la información proporcionada por las entidades territoriales y nacionales a partir de la experiencia local.

2. Ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud: este proceso lo componen tres momentos.

El primero de ellos de identificación de la dinámica territorial y de la situación en salud de las personas. El segundo momento es el de la comprensión; en él, se pasa de la identificación de las dinámicas en salud a la comprensión del por qué existen situaciones que afectan la salud de la población y qué tipo de acciones concretas y realizables se pueden implementar para mejorar la salud de las personas. El tercer momento es el de las respuestas, en este momento se definen los recursos y las acciones necesarias con las que la entidad territorial le apuesta a mejorar las condiciones de salud de su población.

Para este proceso, la ciudadanía y organizaciones comunitarias aportan en la construcción de la configuración

territorial en salud y contribuyen con la ubicación territorial y la definición de los grandes temas que determinan la condición de salud de las personas que hacen parte del territorio para el cual se formula el plan.

También aportan en la identificación de situaciones, actores o condiciones que refuerzan o ayudan a superar los problemas en salud presentes en los territorios, reconociendo y validando tanto a la situación actual como la situación esperada en salud.

En el momento de responder, los ciudadanos contribuyen con la construcción de la visión en salud y el componente estratégico del Plan Territorial de Salud y aportan a la validación social de la visión y los desafíos del plan (MSPS, 2014. p. 66).

3. Gestión operativa: este proceso lo componen dos momentos.

En el primero de ellos se programan los recursos financieros que serán destinados cada año para la implementación del Plan Territorial de Salud; en el segundo momento se construye el plan de acción por medio del cual se programan las intervenciones y actividades en salud que ejecutarán las secretarías de salud.

Para hacer control y veeduría a este proceso es importante que la entidad territorial publique oportunamente la información contenida en el plan de acción y en el plan de inversión para cada anualidad, de manera que los

veedores puedan hacer control sobre la pertinencia de las acciones incluidas y seguimiento a la ejecución de recursos dispuestos para la implementación del plan.

4. Monitoreo y evaluación: en este proceso se mide el estado de cumplimiento de los logros esperados en salud y se adoptan las medidas necesarias para garantizar su cumplimiento.

En el proceso de monitoreo y evaluación los veedores revisan el nivel de gestión realizada y proponen ajustes para mejorarla. También aportan en la verificación del cumplimiento de las metas y su contribución al desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública.

5. Rendición de cuentas: se presenta a la ciudadanía los resultados del proceso de planeación integral, las metas cumplidas, la ejecución presupuestal y los nuevos retos a superar.

Los veedores en salud acompañan el proceso de rendición de cuentas promoviendo los espacios de interlocución con todos los actores de la comunidad y verificando que la entrega de cuentas se haga de manera oportuna, clara, concreta y comprensible para toda la ciudadanía.

Este ciclo de planeación en salud otorga a la ciudadanía un importante papel en la comprensión y construcción de las respuestas en salud, entendiendo que la salud de las personas está determinada por múltiples factores que interactúan entre sí, conformando las características del

territorio, las cuales para su transformación requieren la acción sectorial, transectorial y comunitaria. En este escenario el papel de los veedores en salud cobra especial importancia pues al participar en la construcción de los planes territoriales de salud cuentan con una mayor capacidad para ejercer control sobre la correcta lectura del territorio, la ejecución presupuestal y la implementación de acciones pertinentes e integrales.

Veeduría al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas

Se desarrolla constatando en el proceso los siguientes aspectos:

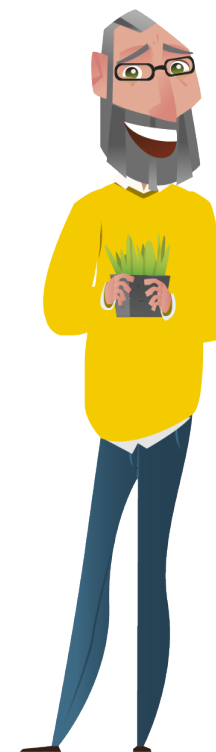
- Conformación del grupo o comité de trabajo para la formulación del PSPIC, teniendo en cuenta que este plan debe ser elaborado en concertación con la comunidad; por consiguiente, de los participantes y/o delegados de la comunidad se eligen veedores que realizarán el seguimiento y verificarán el cumplimiento de lo que se concertó en el plan.
- Deberá articularse con el Plan Territorial de Salud, el cual, a su vez, se articula al Plan de Desarrollo Territorial, al Plan de Ordenamiento Territorial y a los demás planes del territorio (Resolución 1536, 2015, art. 5, numeral 5.5).
- Los recursos deben estar en el fondo de salud municipal.

- El municipio contrata las acciones del plan, el contrato debe ser vigilado por los veedores.
- Vigilar las acciones y procesos de prevención como la vacunación y el saneamiento de los establecimientos públicos.

Veeduría al Plan de Beneficios en Salud (POS) con cargo a la UPC

Como se mencionó en la sección “1. Marco normativo para el control social del derecho a la salud” de este capítulo, la ciudadanía puede ejercer su rol de veedora de manera individual y comunitaria. Estos ejercicios de veeduría, que pueden constituirse legalmente como tal o no, pueden ejercer un control importante en la prestación de los servicios de salud. Estas funciones se pueden ejercer, también, a través de los espacios mencionados como las asociaciones o alianzas de usuarios. Así, los ciudadanos pueden incidir directamente sobre la forma en la que se prestan los servicios de salud, para que se adecúen a las necesidades de la comunidad, y pueden hacerle control para que se cumplan estas medidas.

Para revisar las funciones de estos espacios de participación y la forma cómo se puede incidir en los servicios de salud, puedes revisar la sección “2. Espacios de participación” de este capítulo.



6. Entidades que apoyan el ejercicio de control y exigibilidad del derecho a la salud

Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud

Supersalud es la entidad creada en el año de 1977, con el objetivo de proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la inspección, vigilancia, control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación, de manera transparente y oportuna. El artículo 39 de la Ley 1122 de 2007 estableció los objetivos de la Superintendencia, los cuales son:

- a. Fijar las políticas de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de seguridad social en salud.
- c. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.
- d. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio

de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.

e. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud.

f. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud.

g. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

h. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del sistema.

En el año 2013 por medio del Decreto 2462, “Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”, se reorganiza su estructura con el propósito de realizar:

(...) un cambio de filosofía para la entidad, con el fin de que la Superintendencia se volcara a la protección de los derechos de los usuarios del sistema de Salud. Fue así como se centralizaron los trámites de las PQR en una sola [oficina] delegada denominada “Protección al usuario”.

Adicionalmente se buscó fortalecer la delegada de Supervisión Institucional, encargada de realizar funciones de inspección y vigilancia y se separaron las facultades sancionatorias a una sola dependencia.

Este decreto creó también una Delegatura de Riesgos que busca identificar los riesgos de funcionamiento de los vigilados en materia operativa, tecnológica, jurídica y de salud, realizando un seguimiento a su administración, con el fin de realizar procesos de vigilancia sobre estos procesos. (Superintendencia de Salud, 2010)

Con el fin de ejercer sus funciones ante las entidades que hacen parte del sistema de salud, Supersalud cuenta con los siguientes canales de atención a la ciudadanía para la presentación de quejas, solicitudes y reclamos:

Canales de atención a la ciudadanía:

Página web:

<https://www.supersalud.gov.co/es-co/atencion-ciudadano/contactenos>

Formulario de presentación de solicitudes, quejas y reclamos, disponible en:

<http://mensajeria.supersalud.gov.co:8080/ExtranetQuejasReclamosV2.nsf/FTramite?openform&Reclamo>

Líneas telefónicas las 24 horas del día:

- Línea gratuita nacional: 01 8000 513 700
- Línea call center: (57) (1) 483 7000, fax (57) (1) 481 7000 opción 4.

Centro de Atención al Ciudadano en Bogotá.

- Carrera 13 n.º 28 – 08, locales 21-22, Centro Internacional.
- Horario de atención: lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Funciones del Ministerio Público en la protección del derecho a la salud

La Constitución Política señala la conformación y objetivo del Ministerio Público de la siguiente manera:

El Ministerio Público será ejercido por el Procurador General de la Nación, por el Defensor del Pueblo, por los procuradores delegados y los agentes del Ministerio Público, ante las autoridades jurisdiccionales, por los personeros municipales y por los demás funcionarios que determine la ley. Al Ministerio Público [le] corresponde la guarda y promoción de los derechos humanos, la protección del interés público y la vigilancia de la conducta oficial de quienes desempeñan funciones públicas. (art. 118)

En correspondencia con lo dispuesto en la Constitución, las instituciones que hacen parte del Ministerio Público ejercen funciones para la defensa del derecho a la salud, así:

Procuraduría General de la Nación

La Procuraduría General de la Nación es el máximo organismo del Ministerio Público y ejerce tres funciones:

- La función preventiva: considerada como la principal responsabilidad de la Procuraduría, esta busca “prevenir antes que sancionar”, vigilar el actuar de los servidores públicos y advertir cualquier hecho que pueda ser violatorio de las normas vigentes, sin

que ello implique coadministración o intromisión en la gestión de las entidades estatales.

- La función de intervención: en su calidad de sujeto procesal, la Procuraduría General de la Nación interviene ante las jurisdicciones contencioso administrativa, constitucional y ante las diferentes instancias de las jurisdicciones penal, penal militar, civil, ambiental y agraria, de familia, laboral, ante el Consejo Superior de la Judicatura y las autoridades administrativas y de policía.
- La función disciplinaria: la Procuraduría General de la Nación es la encargada de iniciar, adelantar y fallar las investigaciones que por faltas disciplinarias se adelanten contra los servidores públicos y contra los particulares que ejercen funciones públicas o manejan dineros del estado, de conformidad con lo establecido en el Código Único Disciplinario o Ley 734 de 2002.

Esta entidad cuenta con una Procuraduría Delegada para los Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social, la cual cumple funciones preventivas, de control de gestión y de intervención judicial, dirigidas a evitar que los servidores públicos y los particulares que ejercen funciones públicas, incurran en conductas sancionables o violatorias del orden jurídico, económico y social.

Así mismo, esta función está relacionada con la guarda y promoción de los derechos y deberes fundamentales del

Estado y de la sociedad y garantías de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud y de sus grupos familiares.

Canales de atención a la ciudadanía:

Formulario para la presentación de quejas, denuncias y solicitudes, disponible en:

<https://www.procuraduria.gov.co/portal/contactenos.page>

Teléfonos

- Línea directa en Bogotá: (571) 5878750 extensión 13105.
- Línea reducida: 142
- Línea gratuita para todo el país: 018000 910 315
- Fax: 2817746
- Correo electrónico: quejas@procuraduria.gov.co

Centro de Atención al Público (CAP):

- Carrera 5 n.º15 – 60, Bogotá.
- Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. en jornada continua.

Defensoría del Pueblo

La Defensoría del Pueblo es un órgano constitucional y autónomo creado por la Constitución de 1991 con la misión de proteger los derechos constitucionales y fundamentales

de la persona y de la comunidad, y supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración pública y la prestación de los servicios públicos a la ciudadanía.

Cuenta con una Defensoría Delegada para la Salud y Seguridad Social, cuya función es adelantar acciones de divulgación, protección y promoción de los derechos a la salud y la seguridad social de los ciudadanos, mediante el análisis de la normatividad, la problemática nacional, las solicitudes de los usuarios y el seguimiento a las obligaciones del Estado, a fin de orientar e incidir en su realización efectiva.

Canales de atención a la ciudadanía:

Formulario único de recepción de peticiones disponible en:

<http://defensoria.gov.co/formularios/PQRSFD#!/>

Teléfonos

- Teléfono PBX: (57) (1) 314 73 00
- Línea gratuita nacional: 018000 914 814

Centro de Atención a la Ciudadanía

- Dirección: Carrera 9 n.º 16 – 21
- Bogotá, Colombia.
- Código Postal: 110231

Personerías municipales

Las personerías son órganos de control que representan, orientan y asesoran a los ciudadanos en la defensa de sus intereses, y cuentan con autonomía presupuestal y administrativa. Corresponde al personero como agente del Ministerio Público, la guarda y promoción de los derechos humanos, la protección del interés público y la vigilancia de la conducta de quienes desempeñan funciones públicas.

La Personería asiste al ciudadano en el ejercicio del derecho a la salud, orientándolo sobre la forma de acceder a los servicios de salud y apoyándolo en las gestiones ante las EPS y ante los prestadores de los servicios para la obtención de citas, autorizaciones de tratamientos, entrega de medicamentos, traslados entre hospitales y remisiones a especialistas.

En situaciones de urgencia o de riesgo grave, la Personería interviene directamente ante los prestadores del servicio de salud para obtener atención inmediata.

Si la situación no se puede resolver directamente, la Personería orientará a los ciudadanos para presentar una acción de tutela.

En cada municipio existe una oficina para la Personería. Para acceder a los servicios de esta entidad, debes consultar en la alcaldía su dirección y número de teléfono. En algunas ciudades la información sobre las personerías se puede encontrar en internet, estos son algunos de los enlaces:

Federación Nacional de Personerías de Colombia:

<http://www.fenalper.org/>

Personería de Barranquilla:

<http://www.personeriadebarranquilla.gov.co/>

Personería de Bogotá:

<http://www.personeriabogota.gov.co/>

Personería de Bucaramanga:

<http://personeriabucaramanga.gov.co/home/>

Personería de Cali:

<http://www.personeriacali.gov.co/>

Personería de Cartagena:

<http://www.personeriacartagena.gov.co/web/>

Personería de Ibagué:

<http://personeriadeibague.gov.co>

Personería de Medellín:

<http://www.personeriamedellin.gov.co/>

Personería de Pasto:

<http://www.personeria-pasto.gov.co/>

Personería de Popayán:

<http://personeriapopayan.gov.co/>

Personería de Villavicencio:

<http://www.personeriavillavicencio.gov.co/website/>

Capítulo 4.

Experiencias de control social en salud

1. El VIH y el derecho a la salud en Colombia

El problema

En el auge de la epidemia de VIH en Colombia, los medicamentos para tratar el virus (antirretrovirales y otros complementarios) no estaban cubiertos por los planes de beneficios en salud. Así, la creciente población diagnosticada con VIH, cuya mayoría sufrían estigma y discriminación gracias a su estado y a su posición social (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, personas transgénero, etc.), estaba viendo vulnerado su derecho a la vida y la salud.

La posible solución

La tutela, un mecanismo de protección a los derechos introducido en la Constitución Política de 1991, fue usada por primera vez para la protección del derecho a la salud, por un hombre gay que padecía de VIH, a quien el seguro

social de Tuluá le había suspendido el tratamiento para la enfermedad. Como respuesta, la Corte Constitucional argumentó que se le debía suministrar el tratamiento como medida de protección al derecho a la salud, que estaba relacionado con los derechos a la vida, la integridad personal y la dignidad.

Operación avispa: la acción ciudadana

La Liga contra el SIDA, apoyada por el abogado de derechos humanos Germán Humberto Rincón Perfetti, creó en 1994 la primera estrategia legal para pacientes con VIH del Seguro Social en Bogotá. La estrategia consistió en ocupar por diez días los despachos de siete juzgados de Bogotá al instaurar siete tutelas relacionadas con VIH en todos ellos. Todos los juzgados fallaron a favor, declarando que el Seguro Social tenía que empezar a proveer terapia antirretroviral a sus pacientes. Esta estrategia pasó a demandar tratamientos

más integrales para el VIH, incluyendo el derecho al diagnóstico, al conteo de CD4 y a la no discriminación en lugares de trabajo. La Liga, compuesta por 30 organizaciones de pacientes, se consolidó como una “fábrica de tutelas” y logró avances importantes para la garantía del derecho a la salud de las personas que viven con VIH y la ciudadanía en general (Prachniak-Rincon y Onis, 2016).

2. El anticancerígeno y el interés público en Colombia

El problema

La Leucemia Mieloide Crónica es un tipo de cáncer que afecta aproximadamente 3000 personas en Colombia. Cada año se diagnostican entre 400 y 800 casos nuevos de esta patología. El medicamento de elección para esta patología es Imatinib, el cual ha aumentado la expectativa de vida de estos pacientes. Sin embargo, este medicamento le costó al Estado, entre 2008 y 2014, una suma cercana a los 400.000 millones de pesos. Esta situación económica puso en riesgo la salud financiera del SGSSS.

La solución

La licencia obligatoria es un mecanismo legal que le permite a los gobiernos, ante una declaratoria de interés público, fabricar, usar y comercializar un producto patentado, como el Imatinib, sin el consentimiento del dueño de la patente

(Novartis, en este caso). La producción de medicamentos genéricos permitiría bajar el precio del mismo hasta en un 70%, lo que redundaría en beneficios para los pacientes y el sistema en general. Sin embargo, este mecanismo es polémico porque muchos países sostienen que viola los derechos de propiedad intelectual y competencia, atentando contra los intereses de investigar e innovar.

La acción ciudadana

Un grupo de organizaciones que trabajan en la garantía del derecho a la salud, con un enfoque en el acceso a medicamentos, entre ellas, el Centro de Información de Medicamentos de la Universidad Nacional de Colombia, Ifarma y Misión Salud, radicaron una petición para mejorar el acceso a este producto, con el fin de que su patente sea liberada y se puedan comercializar medicamentos genéricos. A estas organizaciones, se unieron Declaración de Berna, Public Citizen y la Conferencia Episcopal Colombiana, entre otras, solicitando al Ministerio de Salud y Protección Social, la declaratoria de interés público con fines de licencia obligatoria. En efecto, el medicamento Imatinib fue declarado como uno de interés público y se logró iniciar procesos de negociación con Novartis. Ante la negativa de Novartis para reducir los precios, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos sometió al medicamento al régimen de control directo de precios, usando una metodología general que regula las situaciones de interés público. De esa manera, a través de la Comisión y por presión de la ciudadanía, se obtuvo una reducción de cerca del 44% en el precio de dicho medicamento.

Capítulo 5.

Herramientas de apoyo al control social

1. Normatividad adicional

Normatividad nacional	Año	Nivel
Constitución Política de Colombia, Preámbulo y artículo 270. Se faculta a la ciudadanía para que intervenga activamente en el control de la gestión pública.	1991	Nacional
Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".	1993	Nacional
Ley 134 del 31 de mayo de 1994 "Por la cual se dictan normas sobre mecanismos de participación ciudadana".	1994	Nacional
Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".	2016	Nacional
Ley 472 de 1998, por la cual se desarrolla el artículo 88 de la Constitución Política de Colombia en relación con el ejercicio de las acciones populares y de grupo y se dictan otras disposiciones.	1998	Nacional
Ley 563 del 2 de febrero del 2000 "Por la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas".	2000	Nacional
Decreto Número 1280 del 2002 "Por el cual se organiza el Sistema de Vigilancia, Inspección y Control del Sector Salud".	2002	Nacional
Ley 850 de 2003, por medio de la cual se reglamentan las Veedurías Ciudadanas.	2003	Nacional

Ley Número 1122 del 9 de enero del 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".	2007	Nacional
Sentencia 760 del 31 de julio de 2008. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa.	2008	Nacional
Ley 1341 del 30 de julio del 2009 "Por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las tecnologías de la información y las comunicaciones -TIC-, se crea la Agencia Nacional de Espectro y de dictan otras Disposiciones".	2009	Nacional
Ley 1450 del 16 de junio del 2011 "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014."	2011	Nacional
Ley 1438 del 19 de enero del 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".	2011	Nacional
Ley 1712 del 6 de marzo del 2014 "Por medio del cual se crea la Ley de transparencia y se dictan otras disposiciones".	2014	Nacional
Sentencia C313 del 29 de mayo del 2014. Magistrado Ponente Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. Estudio del proyecto de Ley Estatutaria de la Salud.	2014	Nacional
Ley 1751 del 16 de febrero del 2015 "Por la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones".	2015	Nacional
Ley 1757 de 2015 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática".	2015	Nacional
Normatividad internacional	Año	Nivel
Declaración Universal de los Derechos Humanos.	1948	Países miembros de las Naciones Unidas
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	1966	Países miembros de las Naciones Unidas

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.	1968	Países miembros de las Naciones Unidas
Declaración de Alma-Ata.	1978	Países miembros de las Naciones Unidas
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.	1979	Países miembros de las Naciones Unidas
Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial .	1981	Países miembros de las Naciones Unidas
Convención sobre los Derechos del Niño.	1989	Países miembros de las Naciones Unidas
La Relatoría Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.	2004	Países miembros de las Naciones Unidas
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.	2006	Países miembros de las Naciones Unidas
Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas.	2010	Países miembros de las Naciones Unidas

2. Páginas web para capacitación y orientación

Entidad	Descripción	Página web
Superintendencia Nacional de Salud “Guía para la participación ciudadana en la gestión de la superintendencia nacional de salud”.	Esta guía tiene como objetivo proporcionar una herramienta para que los ciudadanos conozcan los mecanismos a través de los cuales pueden ejercer de manera activa su derecho y deber de participar en la gestión de la Supersalud, así como los temas sobre los cuales pueden hacer control y de esta manera fortalecer la comunicación con el ciudadano con el fin de lograr una gestión más eficiente.	https://www.supersalud.gov.co/es-co/noticias/listanoticias/participa-en-la-construccion-de-la-guia-de-participacion-ciudadana-de-la-supersalud
Veeduría Distrital Cursos de formación virtual	Oferta de cursos de carácter informal de la Veeduría Distrital, sobre control social y ciudadanía.	http://formacion.veeduriadistrital.gov.co/
Auditoría General de la Republica	Guía metodológica para generar alertas tempranas que la participación ciudadana en el control fiscal del gasto público.	http://www.auditoria.gov.co/Biblioteca_documental/Publicaciones/AGRip-dt-03.pdf
Ministerio de Salud y Protección Social “Modelo de veeduría social juvenil a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes”.	Modelo de veeduría Social juvenil a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Modelo-de-veeduria-social-juvenil-a-los-servicios-de-salud-amigable-para-adolescentes-y-jovenes.pdf
Superintendencia Nacional de Salud “Hagamos veeduría en salud-experiencia de participación social en salud en Colombia”.	El documento “Hagamos veeduría en salud-experiencia de participación social en salud en Colombia” relaciona experiencias y herramientas para la realización de control y veeduría en salud.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/6.Hagamos-veeduria-en-salud-experiencia-de-participacion-social.pdf
Departamento Administrativo de la Función Pública “Plan Nacional de Formación para el Control Social a la Gestión Pública”.	El Departamento Administrativo de la Función Pública ha construido una metodología que orienta la capacitación de la ciudadanía para el ejercicio del control social, a partir de las experiencias y necesidades de quienes actúan como capacitadores en el territorio nacional.	http://www.funcionpublica.gov.co/eva/es/plan-nacional-formacion-control-social

3. Lecturas y materiales complementarios

1. Título: Veeduría Ciudadana en el Sistema General de Seguridad Social en salud
Autor: Superintendencia de Salud
Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/OtrosDocumentosProteccionUsuario/cartilla%20veeduria%20ciudadana.pdf>
2. Título: Participación y Control Social en Salud
Autor: Superintendencia de Salud
Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionInstitucional/RedControladoresDocumentos/PARTICIPACION-Y-CONTROL-SOCIAL-EN-SALUD.pdf>
3. Título: Hagamos veeduría en salud-experiencia de participación social en salud en Colombia
Autor: Ministerio de Salud y Protección Social
Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/6.Hagamos-veeduria-en-salud-experiencia-de-participacion-social.pdf>
4. Título: Control Social en Salud
Autor: Decsi Astrid Arévalo
Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/VOL.%206%20CONTROL%20SOCIAL.pdf>
5. Título: Participación comunitaria y control social en el sistema de salud
Autor: Decsi Astrid Arévalo
Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionInstitucional/RedControladoresDocumentos/PARTICIPACION-Y-CONTROL-SOCIAL-EN-SALUD.pdf>

4. Modelos de formatos para exigibilidad del derecho

Modelo solicitud de reconocimiento de la veeduría ciudadana

Ciudad _____, fecha _____

Doctor (a) _____

Personero (a) municipal de _____

Asunto: Solicitud de reconocimiento

Cordial saludo señor(a) personero (a)

Por ser de su competencia, de acuerdo a lo ordenado en la Ley 850 de noviembre de 2003, y de manera respetuosa solicitamos se efectúe la inscripción en el registro público de veedurías ciudadanas, el Comité de Veeduría Ciudadana al Proyecto de _____.

Para el efecto anexamos los documentos que se relacionan a continuación:

1. Acta de conformación de la veeduría.
2. Fotocopia de los documentos de identidad de los integrantes.
3. Fotocopia de formato de asistencia a la asamblea de constitución.
4. Copia del reglamento operativo.

Agradezco su colaboración

Atentamente,

Coordinador(a) veeduría

Secretario(a) veeduría

Modelo acta de conformación de la veeduría ciudadana

ACTA DE CONFORMACION DE LA VEEDURIA CIUDADANA ACTA n.º _____ (nombre: comité veedor para la ejecución del contrato n.º _____)

En el (municipio o vereda) _____ a los días del mes de _____ del año _____, se reunieron, mediante convocatoria de fecha _____ en asamblea general las personas que se relacionan al final, con el objeto de constituir el comité de veeduría frente a (especificar aquí el proyecto, contrato objeto de la veeduría) _____

Para el desarrollo de la asamblea se puso en consideración el siguiente orden del día:

1. Llamada a lista;
2. Verificación del quórum;
3. Socialización del proyecto (objeto, cronograma y beneficios);
4. Elección de los miembros del comité veedor;
5. Registro de datos de los integrantes del comité veedor;
6. Toma de Juramento;
7. Marcha final.

Para presidir o coordinar la asamblea fue elegido(a) el (la)

- a) Señor(a) _____ con cedula de ciudadanía _____ de _____.
- b) Como presidente(a) _____ con cedula de ciudadanía _____ de _____.
- c) Como Secretario(a) _____ con cedula de ciudadanía _____ de _____.

Instalada la asamblea, los participantes decidieron democráticamente elegir los siguientes miembros para conformar la veeduría.

Las personas elegidas fueron las siguientes:

Nombre	Género	Cédula	Cargo	Dirección	Teléfono

Como coordinador(a) del comité fue elegido(a) el (la) señor(a) _____ con cedula de ciudadanía _____ de _____

- Nombre de la veeduría ciudadana: _____
- Objetivo específico: _____
- Dirección: _____
- Fecha de creación: _____
- Ámbito de acción: _____
- Duración: _____
- Sector aplicación: _____
- Recursos con los que funcionará la veeduría: _____
- Importante hacer anotación de no encontrarse incursos en inhabilidades de ley.

Se deja constancia que ninguno de los integrantes de la veeduría se encuentra incurso en las inhabilidades de ley.

Nombre y firma
 Presidente(a) de la asamblea

Nombre y firma
 Secretario(a) de la asamblea

Modelo de solicitud de información o derecho de petición

Lugar y fecha

Señores

(Nombre de la entidad)

Ciudad

Referencia solicitud de información

Yo _____ identificado con la cédula de ciudadanía número _____,
expedida en _____, residenciado en _____, me permito muy
respetuosamente solicitar de esa entidad lo siguiente: _____

Apoyo mi petición en las razones que paso a exponer: _____

Acompaño esta solicitud con los siguientes documentos que anexo: _____

(Firma)

(Identificación) C.C. _____

Anexo: lo anunciado.

Modelo acción de tutela

Ciudad y fecha
Señor Juez

(Promiscuo, civil municipal, de menores, civil del circuito, civil de familia, penal municipal, penal del circuito Tribunal Superior de _____ o a quien corresponda).
E. S. D.

Referencia: Acción de tutela

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía _____ (o tarjeta de identidad), _____, residente en, _____ obrando en mi propia causa, formulo ante usted acción de tutela contra _____, domiciliado en _____, para que suspenda los actos perturbadores de mi derecho de _____ (libertad de opinión, de reunión, de trabajo, de información, de conciencia, de pensamiento, a la intimidad personal, a la vida, debido proceso, de defensa, etc.), que está siendo desconocido (o se encuentra amenazado o en peligro) a causa de los siguientes hechos:

1. _____
2. _____
3. _____

Los anteriores hechos constituyen una violación (o amenaza) a mi derecho fundamental a _____ porque _____

Solicito al señor juez se ordenen, practiquen y tengan como pruebas lo siguiente:

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que no he formulado acción de tutela por los hechos relatados.

El suscrito recibe notificaciones personales en la ciudad (dirección)

Atentamente,

(Firma del demandante)
Nombre completo
(Identificación)

Modelo para denuncias

Lugar y fecha

Doctor (a) _____

Cargo _____

Entidad _____

Ciudad _____

Respetado(a) Doctor(a)

Los suscritos (nombre y cédula de ciudadanía) _____ mayores de edad y domiciliados en (ciudad, municipio) _____ residentes en (dirección) _____ integrantes de la veeduría ciudadana constituida en el día _____, el (mes) _____ de (año) _____, para usted y en ejercicio como veedores ciudadanos presentamos a ustedes las siguientes denuncias respecto (al programa, proyecto u obra) _____ número _____ celebrado entre _____ y _____

1. _____

2. _____

3. _____

Anexamos la documentación con un número de folios _____ (número de hojas en cada documento) que soportan esta denuncia.

Solicitamos a su despacho respuesta a esta situación para optimizar el cumplimiento de los objetivos de este (programa, proyecto u obra).

Cordialmente,
(Firmas y cédulas de ciudadanía)

c.c. Archivos del comité de veeduría ciudadana.
(Entidades)
(Contratistas)

5. Directorio de asociaciones de usuarios, ONG e iniciativas ciudadanas de control y veeduría en salud

Las asociaciones de pacientes, las fundaciones, las veedurías y los observatorios en salud, son organizaciones no gubernamentales que propenden por la garantía del derecho a la salud de ciertas poblaciones, entre ellas, las más vulnerables por alguna condición socioeconómica o por alguna enfermedad en común que las convoca. Socialmente, estas organizaciones juegan un papel muy importante tanto en el acompañamiento en la exigencia del derecho a la salud de los usuarios y pacientes, como en proponer desarrollos normativos en defensa de los intereses de los usuarios, buscando la protección del Estado para la garantía del derecho a la salud. Algunas son:

Organización	Objetivo	Datos de contacto	Página web
ONG Viva la Ciudadanía	La misión de la Corporación Viva la Ciudadanía es la de trabajar por la refundación de lo público democrático en Colombia, cuyo actor central ha sido la sociedad civil, teniendo en cuenta una ciudadanía moderna, plural y diversa.	Calle 54 n.º10 - 81 Piso 4 Bogotá Teléfonos: (+0571) 249 6303 - 348 0781	http://viva.org.co/
SINERGIAS Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social	Fortalecen la capacidad de liderazgo y gestión del sistema de salud, en el sector público.	Carrera 22 n.º 81 - 80 of. 201 Bogotá, Colombia - 57 1 703 591	http://www.sinergiasong.org
Red Nacional de Mujeres	Organización para la garantía, promoción y defensa de los derechos de las mujeres en Colombia.	Teléfono: 4651212 Correo: nacional@rednacionaldemujeres.org	http://www.rednacionaldemujeres.org/
FECOER Federación Colombiana de Enfermedades Raras	Organización que reúne y representa a las personas que padecen las enfermedades raras para lograr su inclusión, integración y atención.	Celular de Orientación: 320 944 5674 Correo electrónico info@fecoer.org	http://www.fecoer.org/
Fundación Bien Humano	Posibilitan que personas, familias y comunidades accedan al conocimiento científico y a la reflexión participativa acerca del desarrollo humano y las relaciones familiares para la promoción de una convivencia pacífica y la prevención de los problemas.	Medellín, Colombia: Carrera 49 n.º 50-30, edificio Lucrecio Vélez, of. 701 Tel: (57) (4) 512 87 97 – (57) (4) 512 87 98	www.bienhumano.org

Referencias bibliográficas

Arévalo, D. (2004) Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. Revista Salud Pública. 2004, 6, pp. 107-39.

Blum, H. (1971). Planning for health. University Press: Berkeley.

Contandriopoulos, A. (2004). Integralidade da Atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. Cad. Saúde Pública, 20(2), 5331-36.

Congreso de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Ley 100 de 1993, "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". [Ley 100 de 1993]. DO: 41148.

Congreso de Colombia. (21 de diciembre de 2001). Ley 715 de 2001, "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros". [Ley 715 de 2001].

Congreso de Colombia. (4 de octubre de 2007). Ley 1164 de 2007, "Por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud". [Ley 1164 de 2007]. DO: 46771.

Congreso de Colombia. (25 de enero de 2010). Ley 1381 de 2010, "Por la cual se desarrollan los artículos 7°, 8°, 10 y 70 de la Constitución Política, y los artículos 4, 5 y 28 de la Ley 21 de 1991 (que aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales), y se dictan normas sobre reconocimiento, fomento, protección, uso, preservación y fortalecimiento de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia y sobre sus derechos lingüísticos y los de sus hablantes". [Ley 1381 de 2010]. DO: 47603.

Congreso de Colombia. (19 de enero de 2011). Ley 1438 de 2011, “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. [Ley 1438 de 2011]. DO: 4795.

Congreso de Colombia. (27 de febrero de 2013). Ley 1618 de 2013, “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”. [Ley 1618 de 2013]. DO: 48717.

Congreso de Colombia. (6 de julio de 2015). Ley Estatutaria 1757 de 2015, “Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”. [Ley Estatutaria 1757 de 2015]. DO: 49565.

Corte Constitucional. (31 de julio de 2008). Sentencia T-760. [MP Manuel José Cepeda Espinosa].

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2006). Plan Nacional de Formación para el Control Social a la Gestión Pública. Participación en el control social a la gestión pública. Momento de Sensibilización. Módulo 1. Bogotá, Colombia. Recuperado de: http://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/archivos/1454680223_8231c0de98971e5d7608956096ee6ca6.pdf

Dye, T. (2008). Understanding Public Policies, 12th Edition, Pearson Prentice Hall: New Jersey.

Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. Rev Chil Salud Pública, 9(2), 103- 110.

Gatti, C. R., Villalba, R. D., Molina, G., y Alegría, H. (2006). Salud y participación comunitaria. Argentina: Ministerio de Salud.

Grau A., J. (2003). Calidad de Vida y Salud: Problemas en su investigación. Obtenido de Boletín Electrónico de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, Sección Investigación en Detalle. Recuperado de: <http://www.alapsa.org/detalle/03/marco.htm>

Grau A., J. (2016a). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: El gran desafío. En prensa.

Gutiérrez, V. (1985). Medicina tradicional de Colombia: Magia, religión y curanderismo. Universidad Nacional de Colombia: Bogotá, Colombia.

Lalonde, M. (1996). El concepto de “campo de la salud”: Una perspectiva canadiense. En O. (Ed.). Promoción de la salud: una antología (pp. Publicación Científica n.º 557, 3-5). Organización Panamericana de la Salud: Washington, D.C.

Londoño, F. (1997) Aproximación a la democracia participativa. En Londoño F., Restrepo L.A., García M., Bonamusa M., Uribe M.T. Sociedad civil, control social y democracia participativa. FESCOL: Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud. (25 de febrero de 2000). Resolución 412 de 2000, “Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”. [Resolución 412 de 2000].

Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de mayo de 2013). Resolución 1604 de 2013, “Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones”. [Resolución 1604 de 2013].

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). ABC del Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá, Colombia.

Ministerio de salud y Protección Social, UNFPA, Universidad Externado de Colombia (2014). Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 “Estrategia PASE a la Equidad en Salud”. Imprenta Nacional: Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Estrategia%20PASE%20A%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20-%20Guia%20Conceptual.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de febrero de 2015). Resolución 518 de 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. [Resolución 518 de 2015].

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de mayo de 2015). Resolución 1536 de 2015, “Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud”. [Resolución 1536 de 2015].

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social: Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2016). Decreto 780 de 2016, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”. [Decreto 780 de 2016].

Oblitas, L. (2003). Psicología de la Salud. En Flórez-Alarcón L., El legado de Rubén Ardila. Psicología: De la biología a la cultura (pp. 229-259). Universidad Nacional de Colombia: Bogotá, Colombia.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). Determinantes sociales de la salud. Obtenido de Determinantes sociales de la salud: Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Panamericana de la Salud [OMS]. (2002). La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Organización Panamericana de la Salud: Washington.

Organización Panamericana de la Salud [OMS]. (2010). Hagamos Veeduría en Salud. Organización Panamericana de la Salud: Colombia.

Perea Q., R. (2004). Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo. Editorial Díaz de Santos: Madrid.

Pineda G., F. Y. (2014). La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. Monitor Estratégico (6), 10-20.

Prachniak-Rincon, C., y de Onís, J. V. (2016). HIV and the Right to Health in Colombia. Health and Human Rights, 18(2), 157.

Restrepo, H. E., y Málaga, H. (2001). Promoción de la Salud: Cómo Construir Vida Saludable. Editorial Medical Panamericana: Bogotá, Colombia.

Ryff, C., y Singer, B. (1998). The contours of positive human health. Psychological Inquiry, 9(1), 1-28.

Superintendencia de salud (2011). Implementación del Sistema de Red de Contralores del Sector Salud. Superintendencia Nacional de Salud. (2012). La Red de Controladores del Sector de Salud, una estrategia para la inspección, vigilancia y control. MONITOR ESTRATÉGICO. Julio-diciembre 2012. Volumen 2. pp. 9-12. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Red-Controladores-Sector-Salud.pdf>

Vásquez, M., Siquiera, E. Kruzel da Silva, A. y Leite, I. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gac Sanit.