

El derecho fundamental de todos los ciudadanos

Secretaría de Salud
e Inclusión Social



La Participación

Social en Salud



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Introducción

Desde del año 1991, con el estreno de un nuevo modelo constitucional, se crean en Colombia las condiciones necesarias para la expedición de una legislación que redefine el rol del ciudadano en la construcción de lo público. Al plantear que Colombia es un Estado Social de Derecho, se confiere a la ciudadanía y a sus organizaciones la posibilidad de participar plenamente en las decisiones que afectan sus intereses.

Reconocer tanto en los principios como en las finalidades del Estado la participación, significa aceptar que la definición de lo público no es tarea exclusiva del Estado, también lo es de la ciudadanía. Al consagrar la participación como principio del Estado y como derecho ciudadano, las personas naturales o jurídicas están llamadas a hacer parte de los procesos de planeación, ejecución y control de los diferentes programas, proyectos y acciones que realiza el Estado.

Para facilitar la participación y el acceso a la toma de decisiones en salud por parte de los usuarios, el Sistema General de Seguridad Social en Salud contempla una serie de espacios de participación articulados a los diferentes actores del Sistema como son los Entes Territoriales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB.

La Secretaría de Salud e Inclusión Social promueve la participación y el control social en salud como mecanismos que contribuyen al ejercicio de su labor de inspección y vigilancia sobre la garantía de los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para llevar a cabo esta labor, la Secretaría cuenta con el Proyecto Participación Social en Salud, adscrito a la Subsecretaría de Protección Social, cuyo propósito es fomentar la participación social organizada, mediante escenarios de diálogo y capacitación a través de los cuales se difunden derechos y deberes de los usuarios, así como las formas de participación ciudadana.

Con la entrega de esta cartilla, esta Secretaría pretende aportar a la construcción de una sociedad participante, en la cual la ciudadanía, en uso de su derecho a la participación, se organice y movilice en torno al acceso a otro derecho esencial como es el derecho a la salud. Asimismo, el material aquí contenido, busca convertirse en un instrumento de formación, que haga posible la construcción de un sujeto para la acción, comprometido con la participación y transformación social y capaz de reinventar una historia de individualización.

¿Qué es la **participación social en salud**? _____

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1757 de 2015, la participación social en salud es el derecho de los ciudadanos a intervenir en la gestión y prestación de servicios de salud. Esta participación se puede dar en los siguientes ámbitos: Ciudadano, Comunitario, Social e Institucional.

El Decreto 780 de 2016 define esta participación como un proceso de interacción social que busca intervenir en las decisiones de salud. Basándose en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad.

La Política de Participación Social en Salud - PPSS fue adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 2063 de 2017.



Principios de la Participación Social en Salud

Política de Participación Social en Salud – PPSS

Enfoque de Derechos: los ciudadanos son titulares y sujetos plenos para ejercer el derecho a la participación.

Territorialidad: reconocimiento de las dinámicas territoriales, la diversidad y heterogeneidad de los procesos de participación.

Diversidad: reconocimiento y promoción de la pluralidad, heterogeneidad y las singularidades de los sujetos participantes.

Solidaridad: capacidad de acción articulada entre la ciudadanía, organizaciones y Estado.

Autonomía: es el reconocimiento de la libertad y dignidad de las personas y organizaciones para ejercer el derecho a la participación.

Equidad: implica el reconocimiento de las condiciones desiguales que afectan a las personas para el ejercicio de la participación.

Transparencia: se debe tener en cuenta el ejercicio del control social de la ciudadanía en los procesos de participación y usos de recursos públicos que se utilicen para tal fin.

Corresponsabilidad: concurrencia de esfuerzos de los actores sociales concertados y articulados entre sí, en el marco de colaboración protagónica para lograr mayor impacto en la calidad de vida.

¿Cuáles son las formas de participación en salud?

En el sector salud existen dos formas de ejercer la participación: la participación social y la participación en las instituciones del sistema de salud.

La participación social comprende:

- La participación ciudadana, se refiere al ejercicio individual de la defensa de los derechos y la práctica de los deberes del usuario.
- La participación comunitaria, es el derecho de las organizaciones comunitarias a participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

La participación en las instituciones

Es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados. Tiene como objetivo contribuir en el mejoramiento de la prestación del servicio en salud.

¿Por qué ejercemos la participación en el sector salud?

Porque contribuimos, de forma propositiva, en el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en busca de la garantía de la prestación efectiva de los servicios en salud.

Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud

Participar en:

- La formulación de la política de salud, así como en los planes para su implementación;
- Las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;
- Los programas de promoción y prevención que sean establecidos;
- Las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
- Los procesos de definición de prioridades de salud;
- Decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;
- La evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Ley Estatutaria, Ley 1751 de 2015, Artículo 12.



¿Cuáles son las normas que regulan el ejercicio de la participación social en salud?

- **Ley 100 de 1993:** crea el Sistema de Seguridad Social Integral. Este incluye la participación tanto en los principios del sistema como en los fundamentos del servicio público, definiendo que se debe estimular la participación de los usuarios en la organización y el control de las instituciones y del sistema en su conjunto.
- **Decreto 1876 de 1994:** compilado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social - 780 de 2016, el cual reglamenta lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado, definiendo entre otros la conformación y estructura de sus juntas directivas, en las cuales participan representantes de la comunidad.
- **Acuerdos 25 de 1996 y 57 de 1997:** definen la conformación, estructura y funcionamiento del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, como el espacio de más alto nivel en salud para la toma de decisiones y el desarrollo de políticas concertadas frente al sistema en el territorio.
- **Ley 715 de 2001:** promover e impulsar mecanismos de participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y seguridad social.
- **Decreto 2993 de 2011:** compilado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social - 780 de 2016, el cual establece disposiciones relacionadas con la conformación y funcionamiento de la junta directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención.
- **Ley 1751 de 2015:** Ley Estatutaria de la Salud. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1757 de 2015:** “por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”.
- **Decreto 780 de 2016:** Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Este define que, la participación en salud comprende “la participación social y la participación en las instituciones del Sistema General de Seguridad social en Salud”, la primera, entiende la participación como el ejercicio de los derechos y deberes de la persona y la segunda, como el derecho que tienen las organizaciones sociales para intervenir en los procesos de planeación, gestión, evaluación y control social del sector salud.
- **Resolución 2063 de 2017:** adopta la Política de Participación Social en Salud - PPSS.
- **Circular 000008 de 2018:** la Superintendencia Nacional de Salud, expide Circular 008 de 2018, mediante la cual se imparten directrices importantes para entidades.

¿Qué son los espacios de participación social salud?

Son todos aquellos espacios, estrategias e instrumentos tendientes al ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria, con el fin de aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

¿Cuáles son los espacios de participación social en salud?

1. Asociación de Usuarios

Es el mecanismo de participación con que cuentan las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con derecho a utilizar servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación. Estos se agrupan bajo esta figura para velar por la calidad del servicio y la defensa de los derechos del usuario ante las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud - EPS del orden público, mixto y privado.



¿Cómo se constituye?

Las Asociaciones de Usuarios se constituirán con un número plural de usuarios, de los convocados a la Asamblea de Constitución por la respectiva institución y, podrán obtener su reconocimiento como tales por la autoridad competente, de acuerdo con las normas legales vigentes. Estas Asociaciones garantizarán el ingreso permanente de los diferentes usuarios.

¿Cómo se conforma?

Cuando no se ha conformado la Asociación de Usuarios en una Institución Prestadora de Servicios de salud o en una Entidad Administradora de Planes de Beneficio, el gerente convoca a todos los usuarios y afiliados a una asamblea para su constitución. De igual manera, en cualquier momento, los usuarios podrán autoconvocarse para lograr dicho objetivo.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios –IPS, públicas, privadas y mixtas, deben convocar a la conformación de la Alianza o Asociación de Usuarios. Esta misma circular define que la convocatoria debe publicarse al menos 3 veces durante los dos meses anteriores a la fecha de realización de la asamblea de constitución, a través de sus canales de comunicación y atención al usuario. Las públicas, deberán utilizar, además un medio masivo de comunicación en la jurisdicción.

Para el reconocimiento de la nueva Asociación, la Supersalud define que solo es necesaria la elaboración del acta de la Asamblea de Constitución; la cual, en los términos de la Circular 000008 de 2018, debe contener la identificación de la asociación, estructura administrativa y cargos de acuerdo a los estatutos aprobados; el nombre e identificación de sus integrantes, dirección de residencia, contacto telefónico, calidad de afiliado a la EAPB o usuario de la IPS, según corresponda, y el periodo para el que se haya constituido.

En cumplimiento de la Circular 000002 de 2020 de la misma Superintendencia, la información actualizada y completa sobre la conformación y cambios de esta agrupación, se reporta de manera obligatoria y permanente en el Sistema de Recepción, Validación y Cargue – NRVCC a través de ARCHIVO TIPO GT004 – Asociación de Usuarios.

Las EAPB e IPS, mantendrán en sus archivos copia de las actas de constitución y de las reuniones mensuales; además en su página web publicarán permanentemente, mínimo la siguiente información:

- Acta de constitución de la Asociación de Usuarios.
- Asociación de Usuarios Conformadas.
- Estatutos vigentes de la asociación, aprobados en la asamblea.
- Dirección, lugar, horario de reuniones y datos de contacto.
- Proceso de inscripción a la Asociación de Usuarios, indicando los datos de contacto (nombre, teléfono, dirección física y electrónica) del responsable de la inscripción a la Asociación de Usuarios; de acuerdo a los estatutos.
- Nombres, apellidos y fecha de elección de los representantes de la Asociación de Usuarios, ante las instancias definidas en la normatividad vigente.



¿Cuáles son sus funciones?

- Asesorar a sus asociados en la libre elección de la Empresa Administradora de Plan de Beneficios, la Institución Prestadora de Servicios o los profesionales.
- Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso a los Planes de Beneficios.
- Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las Juntas Directiva de la Institución Prestadora de Servicios de Salud y la Empresas Administradoras de Planes de Beneficio.
- Vigilar que las decisiones que se tomen en las juntas directivas, se apliquen según lo acordado.
- Si la calidad del servicio prestado no satisface las necesidades de los afiliados, informar a las instancias que corresponda, empresas promotoras e instituciones prestatarias.
- Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.
- Proponer y vigilar el cumplimiento de medidas que mejoren la calidad técnica y humana, así como la preservación del menor costo en el servicio.
- Ejercer veedurías en las instituciones del sector, mediante representantes ante las empresas promotoras o ante las oficinas de atención a la comunidad.

- Elegir democráticamente en asamblea general, por y entre los asociados al representante ante la junta directiva de la Empresa Administradora de Plan de Beneficios pública o mixta, o de la ESE Hospital a la que corresponda.
- Elegir democráticamente en asamblea general a los dos representantes ante el Comité de Ética Hospitalaria y el comité de Participación Comunitaria para periodos máximos de dos (2) años.
- Participar en el proceso de designación del representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud conforme a lo dispuesto en las disposiciones legales sobre la materia.

¿Cómo opera la Asociación de Usuarios?

Esta debe contar con una base de datos de afiliados actualizada, que le permita realizar adecuadamente los procesos de convocatoria, constitución de quórum deliberatorio y decisorio, elección de representantes y la identificación de asociados activos y no activos para la realización de sus asambleas ordinarias y extraordinarias, de acuerdo a lo definido en dicho documento.

- El Decreto 780 de 2016, define que la Asociación de Usuarios elegirá en asamblea general, entre sus miembros, a sus representantes ante las siguientes instancias de participación, por un periodo de dos años:
- Comité de Participación Comunitaria COPACO municipal (un representante).
- Comité de Ética Hospitalaria de la ESE Hospital (dos representantes).
- Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud (un representante para conformar la terna que se envía al alcalde).
- Junta Directiva de la EAPB pública o mixta y de la ESE Hospital respectiva (un representante).

Para esta última, la representación de los usuarios en las ESE de primer nivel de los municipios de sexta categoría es por cuatro (4) años; en los municipios de categorías diferente a la sexta, es por dos (2) años. En ningún caso podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni en más de dos ocasiones. En los segundos niveles de atención, son elegidos solo por dos años y podrán ser reelegidos.

Aspectos que facilitan su conformación y operatividad

Previo a la asamblea de constitución, la institución debe apoyar con un grupo de usuarios que elabore la propuesta de estatutos, de tal manera que sea presentada y se someta a discusión y aprobación ante la asamblea en mención.

La convocatoria para su conformación la realiza la gerencia de la institución, invitando a todos los usuarios a hacer parte de la Asociación de Usuarios. Los usuarios, también podrán autoconvocarse.

El día de la asamblea de constitución, en el momento de ingreso al recinto, se registran todos los asistentes, teniendo en cuenta la siguiente información: nombre completo, dirección, teléfono, tipo de afiliación al SGSSS, nombre de la EAPB, documento de identidad y firma del usuario.

Es importante el acompañamiento permanente por parte de la institución a través de la asignación de un funcionario que actúe como puente entre los usuarios y la institución. También se requiere apoyo logístico para la realización de las diferentes actividades (salones y papelería, entre otros).

No se requiere que la asociación cuente con una oficina para la realización de sus funciones. La Asociación de Usuarios debe trabajar articuladamente con la oficina de Información y Atención al Usuario de la institución, ya que ambos espacios tienen como objetivo la satisfacción de estos.

La asociación de Usuarios debe elaborar un plan de acción que comprenda capacitación y actividades concretas a desarrollar definiendo responsables, tiempo, lugar y recursos disponibles.

La Secretaria de Salud de cada municipio realiza seguimiento y vigila que las IPS y EAPB garanticen la existencia y funcionamiento efectivo de este espacio de participación, en cumplimiento de la reglamentación vigente.

2.

Comité de Participación Comunitaria en Salud – COPACO

Es una forma de participación social en salud que tiene como objetivo generar un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales entre ellos, las Juntas Administradoras Locales – JAL, organizaciones de la comunidad, la iglesia y el sector educativo, así como el Estado, representado en el alcalde, director o secretario de Salud y el director de la ESE, siendo este último el más representativo.

Es un actor mixto (institucional y comunitario) de referencia del sector en los procesos de planificación local, gestionando la inclusión de programas y proyectos y participando en la priorización, toma de decisiones y distribución de recursos en el proceso de formulación, adopción, seguimiento y evaluación de los Planes de Territoriales de Salud. Este monitorea y evalúa la correcta asignación y ejecución de recursos de acuerdo a las prioridades existentes y a las diferentes fuentes de financiación del sector. El COPACO participa en la elaboración del Análisis de la Situación de Salud – ASIS del municipio, del Plan Territorial de Salud y el Plan de Salud Pública e Intervenciones Colectivas.



¿Cómo se conforma el COPACO?

- El alcalde municipal o su respectivo delegado, quien lo preside. En los resguardos indígenas el comité es presidido por la máxima autoridad indígena respectiva.
- El director local de Salud
- El gerente de la IPS más representativa del lugar, quien preside el comité en ausencia del alcalde. La asistencia del gerente es indelegable.
- Un representante por cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del municipio, tales como:
 - Las formas organizativas promovidas alrededor de los programas de salud como las Unidades de Rehidratación Oral en Salud - UROS, Unidades de Atención a Infecciones Respiratorias Agudas - UAIRAS, COE, Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE, madres comunitarias y gestores de salud, entre otras.
 - Las Juntas Administradoras Locales, en aquellos municipios donde exista esta Corporación de Elección Popular.
- Las organizaciones de la comunidad de carácter veredal, barrial, municipal; tales como Juntas de Acción Comunal y ASO-COMUNALES.
- Las Asociaciones de Usuarios o gremios de la producción, así como la comercialización o los servicios legalmente reconocidos.
- El sector educativo, tales como asociaciones de padres de familia y juntas municipales de educación, entre otros.
- Las iglesias, grupos juveniles parroquiales y asociaciones de beneficencia, entre otras.
- Organizaciones sociales y comunitarias de carácter territorial como grupos de mujeres, víctimas, negritudes, jóvenes, ambientalistas y adultos mayores, entre otros.
- Los representantes ante los COPACOS son elegidos por tres (3) años, en la asamblea de cada organización; pueden ser reelegidos máximo por otro periodo y deben estar acreditados por la organización que representan.



¿Cuáles son sus funciones?



Participa en el proceso de diagnóstico de la situación de salud en el municipio, identificando los factores de riesgo y protectores, por lo que pueden jugar un papel trascendental en la formulación participativa de los Planes Territoriales de Salud y por tanto en el Plan de Salud Pública y de Intervenciones Colectivas.



Es un actor mixto (Institucional y comunitario) de referencia del sector en los procesos de planificación local, gestiona la inclusión de programas y proyectos y participa en la priorización, toma de decisiones y distribución de recursos en el proceso de formulación, adopción, seguimiento y evaluación de los planes de desarrollo.



Monitorea y evalúa la correcta asignación y ejecución de recursos de acuerdo a las prioridades existentes y a las diferentes fuentes de financiación del sector.

¿Cómo opera el COPACO?

Cuando la composición de los comités es muy numerosa o cuando sus funciones lo requieren, pueden organizar comisiones o grupos de trabajo de acuerdo con las áreas prioritarias identificadas.

El COPACO debe adoptar y aprobar su reglamento interno para garantizar unos mínimos operacionales.

Teniendo en cuenta sus funciones, se sugieren los siguientes temas para las reuniones del COPACO:

- **Socialización del Plan de Acción en Salud PAS 20__**
- **Política Pública de Participación en Salud PPSS y seguimiento a su Plan de Acción 20__**
- **Aseguramiento: avances progresivos del SGSSS (portabilidad, movilidad y afiliación oficiosa)**
- **Evaluación final de la ejecución del PAS – COAI y Socialización del ASIS**

3.

Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud – CTSSS

EL Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud – CTSSS, es el espacio de más alto nivel para la toma de decisiones y el desarrollo de políticas concertadas frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio.

Se considera como el espacio de más alto nivel, en tanto es el escenario para la adopción y adecuación de políticas nacionales y departamentales y para la definición de políticas relacionadas con el funcionamiento del sistema y su participación en la construcción, seguimiento y monitoreo de los Planes Territoriales de Salud, teniendo en cuenta las características particulares, la situación de salud y las necesidades e intereses de cada uno de los actores que lo conforman.



¿Cómo se conforma el CTSSS?

- **El alcalde del municipio o su delegado, quien preside las sesiones.**
- **El director o secretario municipal de Salud, o quien haga sus veces, quien ejerce la presidencia cuando el alcalde delegue su representación.**
- **El secretario de Hacienda o tesorero de la respectiva entidad territorial o su delegado.**

Los siguientes representantes no gubernamentales, se nombran mediante decreto y se eligen por el alcalde, a través de terna presentada así:

- Dos (2) representantes de los empleadores: uno de la pequeña y mediana empresa y otro de las formas asociativas tales como cooperativas y empresas asociativas de trabajo, entre otras.
- Dos (2) representantes de los trabajadores, uno de los pensionados y otro de los trabajadores activos de sindicatos o federaciones de la respectiva entidad territorial.
- Un representante de las Entidades Promotoras de Salud – EPS que tengan afiliados contributivos en la jurisdicción respectiva.
- Un representante de las Empresas Promotoras de Salud –EPSque administre recursos del régimen subsidiado.
- Un representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS que funcionen en la jurisdicción respectiva.
- Un representante de los profesionales del área de la salud del municipio.
- Un representante por las asociaciones o Alianzas de Usuarios de la jurisdicción, constituidas legalmente.
- Un representante de la veeduría en salud o Comisión de Control Social en Salud que asiste como invitado permanente, con voz, pero sin voto.

Los miembros no gubernamentales, **son designados por dos (2) años**, contados a partir de la fecha de su posesión ante el alcalde. La designación es personal; no hay suplentes o delegados. En los miembros que pueden ser representados por su delegado, la delegación no puede recaer en personas que por derecho propio ya hacen parte del consejo.



¿Cuáles son sus funciones?

- Asesorar a las direcciones de salud de la respectiva jurisdicción en la formulación de planes, estrategias, programas y proyectos de salud, y en la orientación de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud para que desarrollen las políticas definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- Recomendar ante la Dirección de Salud la adecuación y alcance del Plan Territorial de Salud de su jurisdicción.
- Asesorar a las Direcciones Departamentales, Distritales y Locales de salud, en el desarrollo progresivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Velar por la participación ciudadana estimulando las formas organizativas que hagan congruente la política nacional a nivel territorial.
- Velar por el cumplimiento de las medidas necesarias para evitar la selección adversa de las poblaciones más pobres y vulnerables.
- Velar por la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado.
- Promover el aseguramiento en las diferentes Administradoras de Régimen Subsidiado de la población más pobre y vulnerable.
- Promover la ejecución de las políticas, acuerdos y demás determinaciones emanadas del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y Comisión de Regulación en Salud -CRES por parte de las Direcciones Seccionales, Distritales o Municipales de Salud, adecuándolas a su realidad territorial.
- Participar en el proceso de organización y conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud - RISS en coordinación con los municipios y las Entidades Promotoras de Salud, incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios.
- Participar en compañía del Consejo de Planeación Territorial en la formulación, adopción, y armonización del Plan Territorial de Salud en cada cuatrienio y en los planes plurianuales y bienales de inversión pública.

¿Cómo opera el CTSSS?

Cada Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud debe adoptar y aprobar su propio reglamento interno, donde defina como mínimo: objeto, funciones, representaciones, protocolo y quórum para la toma de decisiones, funciones de la Secretaría Técnica y formalización de las reuniones, entre otros.

La convocatoria para las reuniones ordinarias de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud la realiza el secretario técnico (Secretaría de salud) con quince días hábiles de anticipación a la fecha fijada, por medio de notificaciones personales enviadas directamente a cada uno de los miembros, con indicación de los temas a tratar. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud pueden deliberar y decidir con la presencia de por lo menos ocho de sus miembros. Las decisiones se toman con el voto favorable de la mitad más uno de los miembros asistentes.

Las decisiones de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud se denominan acuerdos. Estos se numerarán sucesivamente, con indicación del día, mes y año en que expidan. Deben llevar la firma del presidente y secretario técnico del organismo, lo mismo que en relación con las actas.

Para su operatividad, las reuniones de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, son de dos clases:

- **Ordinarias, las cuales deben efectuarse por lo menos cada tres (3) meses (cuatro al año).**
- **Extraordinarias, aquellas exigidas por las necesidades imprevistas urgentes que demande su quehacer territorial o el Sistema General de Seguridad Social en Salud.**



4.

Comité de Ética Hospitalaria

El Comité de Ética Hospitalaria es un espacio de participación en salud que debe constituir toda Institución Prestataria de Servicios de Salud – IPS, para velar porque en ella se garanticen los derechos y deberes de los usuarios en forma ágil y oportuna, canalizando inquietudes y demandas sobre prestación de servicios y proponiendo medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana, de los mismos.



¿Cómo se conforma el Comité de Ética Hospitalaria?

En cuanto a su constitución, el Artículo 15 del Decreto 780 de 2016 define que este comité estará integrado por profesionales del área de salud de la institución y delegados de la comunidad así:

Por la institución incluye:

- El gerente de la IPS
- Un representante del equipo médico
- Un representante del área de enfermería

Por la comunidad incluye:

- Dos representantes de la Asociación de Usuarios
- Dos representantes de las organizaciones que participan en el COPACO

Estos representantes son elegidos para períodos de tres años y pueden ser reelegidos máximo hasta por dos períodos consecutivos.

¿Cuáles son sus funciones?

- Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público.
- 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 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.

¿Cómo opera el Comité de Ética Hospitalaria?

Este debe reunirse mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias lo requieran, para lo cual deben ser convocados por dos de sus miembros.

Llevar un acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la Dirección Municipal de Salud.

Articular sus acciones con la Asociación de Usuarios y la Oficina de Información y Atención al Usuario.

Junta Directiva de la ESE Hospital

Es el órgano de dirección de la Empresa Social del Estado, a quien en compañía del gerente le corresponde:

1. Mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la misión y objetivos institucionales.
2. Identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios.
3. Determinar los mercados a atender.
4. Definir la estrategia del servicio.
5. Asignar recursos.
6. Adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional.

¿Cómo se conforma la Junta Directiva de la ESE Hospital?

De acuerdo al Decreto 2993 de 2011, la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención, estará integrada de la siguiente manera:

- El alcalde o su delegado, quien la presidirá.
- El director de salud de la entidad territorial o su delegado.
- Un representante de los usuarios, designado por la Asociación de Usuarios legalmente establecida, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección o Secretaría Municipal de Salud.

- Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto. En el evento de no existir en la ESE, profesionales en el área administrativa, la junta directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.

En los municipios de sexta categoría, los representantes de los usuarios y los empleados públicos tendrán un periodo de 4 años; en los municipios de categoría diferente a la sexta tendrán un periodo de dos (2) años. En ambos casos, no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni en más de dos ocasiones.



¿Cuáles son sus funciones?

- Expedir, adicionar y reformar el reglamento de la junta directiva.
- Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la Empresa Social.
- Aprobar los Planes Operativos Anuales.
- Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual, de acuerdo con el Plan de Desarrollo y el Plan Operativo para la vigencia.
- Aprobar las modificaciones de tarifas y cuotas de recuperación que proponga el gerente, para ajustarse a las políticas tarifarias establecidas por las autoridades competentes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Aprobar la planta de personal y las modificaciones a la misma, para su posterior adopción por la autoridad competente.
- Aprobar los manuales de funciones y procedimientos, para su posterior adopción por la autoridad competente.
- Establecer y modificar el reglamento interno de la empresa social.
- Analizar los informes financieros y los de ejecución presupuestal presentados por el gerente y emitir concepto sobre los mismos y sugerencias para mejorar el desempeño institucional.
- Realizar la desagregación del presupuesto de la ESE, así como las adiciones, modificaciones y traslados que dé lugar.
- Supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para la empresa social.
- Servir de voceros de la empresa social ante las instancias político administrativas correspondientes y ante los diferentes niveles de Dirección del Sistema de Salud, apoyando la labor del gerente en este sentido.
- Asesorar al gerente en los aspectos que este considere pertinente o en los asuntos que a juicio de la junta lo ameriten.
- Elaborar terna para la designación del responsable de la Unidad de Control Interno. No le corresponde al Gobernador o al alcalde de conformidad con la Ley 1474 de 2011.
- Nombrar el revisor fiscal y fijar sus honorarios.
- Determinar la estructura orgánica funcional de la entidad, y someterla para su aprobación ante la autoridad competente.
- Seleccionar la entidad educativa que adelantará el concurso de méritos del gerente y convocatoria a los aspirantes por parte del presidente de la junta directiva.
- Aprobar el plan de gestión del gerente y evaluar el informe respectivo en cada vigencia.

¿Cómo opera la junta directiva de la ESE Hospital?

Una vez elegido cada representante, la Dirección de Salud, le comunica por escrito la designación y las funciones que asume como miembro de la junta directiva. La persona en quien recae el nombramiento manifiesta por escrito su aceptación o declinación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su notificación.

En caso de aceptación, el representante toma posesión ante el director departamental, distrital o municipal de salud. Se consigna la posesión en el libro de actas y se envía copia al representante legal de la Empresa Social del Estado (gerente de la ESE).

La entidad territorial a la cual esté adscrita la Empresa Social del Estado, fija los honorarios por asistencia a cada sesión de la junta directiva para los miembros que no sean servidores públicos. Los honorarios no podrán ser superiores a medio salario mínimo mensual por sesión, reconociendo en cuenta separada, los gastos de desplazamiento de sus integrantes.

Los actos de la junta directiva se denominan acuerdos, se numeran sucesivamente con indicaciones del día, mes y año en que se expiden y son suscritos por el presidente y secretario de la misma. De los acuerdos se debe llevar un archivo consecutivo.

La junta se reúne ordinariamente cada dos (2) meses y extraordinariamente a solicitud del presidente de la junta o del representante legal de la empresa social, o cuando una tercera parte de sus miembros lo soliciten. De cada una de las sesiones se levanta la respectiva acta en el libro correspondiente, el cual debe ser registrado ante la autoridad que ejerza las funciones de inspección, vigilancia y control de la Empresa Social del Estado.

La inasistencia injustificada a tres (3) reuniones consecutivas o cinco (5) reuniones durante el año, es causal de pérdida del carácter del miembro de la junta directiva y el gerente de la empresa social debe solicitar la designación del reemplazo según las normas correspondientes.

La junta directiva y la gerencia deben actuar en consecuencia con los estatutos. El reglamento interno de la junta directiva debe ser correspondiente a las normas vigentes y a los estatutos de la ESE.

Sistema de Información y Atención al Suario – SIAU

Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas, deben establecer un Sistema de Atención e Información al Usuario, implementando procedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales para que la atención se brinde con objetividad, calidad y buen trato.

Este servicio pretende garantizar, además del proceso de quejas y reclamos, la existencia de mecanismos para evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios, la formulación de un plan de garantías de calidad de los servicios, la orientación e información oportuna a los usuarios y la promoción de los procesos de participación en la institución.

De acuerdo a los parámetros establecidos por la Supersalud, las EAPB e IPS, deben implementar parámetros para el adecuado funcionamiento de este sistema, adoptando las siguientes medidas:

A.

Oficina de Atención al Usuario

Las EAPB e IPS, en los lugares donde cuenten con afiliados, deben disponer del número de oficinas que se requieran para mantener condiciones de atención digna, implementando las normas de accesibilidad y calidad vigentes; para ello, cumplirán con mínimo las siguientes características:

- Ubicación de fácil acceso y debidamente identificada.
- Infraestructura adecuada.
- Protección del Derecho a la Intimidad.
- Dotación con las herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento.
- Control de tiempos de atención o turnos.
- Publicaciones: carteleras físicas o digitales donde se informe permanentemente al usuario sobre derechos y servicios.
- Buzón de sugerencias físico, telefónico o electrónico, con procedimiento de apertura y seguimiento a PQR.
- Horario que responda a las necesidades de los usuarios, publicado en la web y en lugar visible a la ciudadanía.
- Atención preferencial con mecanismos de atención prioritaria, ventanillas de uso exclusivo y asignación de turno preferencial.
- Manual de procesos con funciones claras y expresas del personal que labore en la oficina y de quienes tengan la función de atender al ciudadano.
- Idoneidad del personal asignado a esta dependencia, con requisitos de formación y experiencia acorde con las funciones a desempeñar.





B. Multicanales

Además de las Oficinas de Atención al Usuario de manera personalizada, las EAPB e IPS deben contar con diferentes medios de comunicación y de acceso de los usuarios, para brindarles información y orientación, así como para la presentación y seguimiento de sus diferentes clases de peticiones, quejas y reclamos.

Canal Telefónico: contar con línea local, veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana, las cuales deben ser publicadas en la página web institucional.

Canal Web: contar con página web institucional que ofrezca los usuarios la posibilidad de presentar sus PQR y hacer el seguimiento.

C. Peticiones

En cuanto al tratamiento de las PQR, la Superintendencia Nacional de Salud adopta las siguientes definiciones:

Petición: mediante la cual una persona por motivos de interés general o particular solicita la intervención de la entidad para la resolución de una situación, la prestación de un servicio, la información o requerimiento de copia de documentos, entre otros.

Queja: inconformidad manifestada por un usuario frente a la actuación de un funcionario o trabajador de la entidad.

Reclamo: a través de la cual los usuarios dan a conocer la insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sistema o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud.

PQR con riesgo de Vida: involucra una situación que representa riesgo inminente para la vida o integridad de las personas.

Las PQR deben servir de insumo para las auditorías, para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud y los respectivos planes de mejoramiento, resultado de ellas.

Las entidades deberán resolver las PQR en los términos establecidos para el efecto, teniendo en cuenta las características del Derecho a la Salud y lo dispuesto en el Artículo 20 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - CPACA.

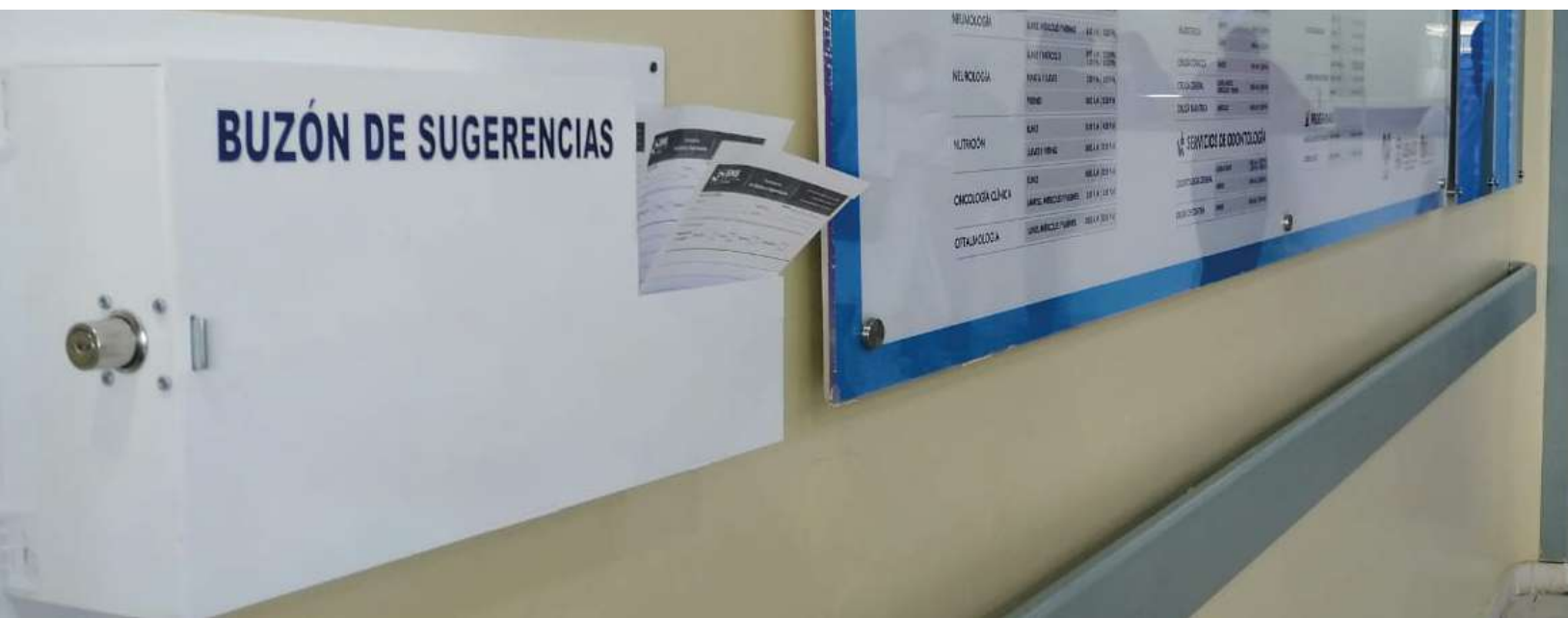
Cuando para el trámite de una PQR existan dos normas aplicables, prevalecerá aquella que sea más favorable para el usuario de acuerdo con su pretensión.

Para dar respuesta a las PQR, las entidades no podrán exigir al usuario documentos que reposen en su poder o en entidades que conformen su red prestadora de servicios cuando sea del caso.

La respuesta deberá ir acompañada de copia de los documentos que, de acuerdo con las circunstancias, se estimen apropiados para respaldar las afirmaciones o conclusiones por fuera de los plazos correspondientes según la clase de PQR y en los eventos en los cuales la entidad implicada no remita una solución de fondo frente a las necesidades planteadas por el usuario.

Tratándose de peticiones presentadas directamente a las entidades, estas asumen la responsabilidad de tramitarlas y resolverlas de manera satisfactoria, teniendo en cuenta que toda comunicación que se dirija a un usuario en relación con una petición, deberá incorporarse la advertencia, en caracteres destacados, que frente a cualquier desacuerdo en la decisión adoptada por la entidad ante la cual se elevó la respectiva queja o petición, se puede elevar consulta ante la Superintendencia Nacional de Salud. Asimismo, se deberá informar al usuario previamente que, de no obtener respuesta por parte de la entidad podrá elevar una PQR ante la Superintendencia.

Adicionalmente, cuando la PQR corresponde a una EPS del régimen subsidiado, se debe informar al usuario que podrá elevar ante la correspondiente Dirección de Salud Departamental, Distrital o Local.



Servicio de Atención a la Comunidad – SAC

A través del Servicio de Atención a la Comunidad, la Secretaría o Dirección Local de Salud debe hacer acompañamiento y seguimiento a la implementación de los planes de acción de la PPSS de las EAPB e IPS del territorio, en garantía de los derechos a la participación y a la salud.

El SAC es un escenario de interlocución entre las unidades territoriales que administran los recursos del sector salud y los usuarios de los servicios; se constituye en el espacio desde donde se operativizan las acciones de gestión y seguimiento para la atención en salud en las condiciones de calidad, oportunidad, equidad, eficiencia y eficacia que define el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además, es el responsable de liderar la implementación de la Política de Participación Social en Salud en el territorio, en articulación con los actores del sistema.

El SAC está orientado a servir de canal en la resolución y gestión del trámite de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias relacionadas con la administración y prestación de los servicios en el territorio, además de la promoción de la participación en salud orientada al posicionamiento y mejoramiento de los niveles de interlocución e incidencia de los usuarios en la toma de las decisiones que los afectan.

El Servicio de Atención a la Comunidad – SAC permite a las Direcciones Territoriales de Salud establecer indicadores sobre la calidad y oportunidad de los servicios, conocer la percepción de los usuarios y orientar la toma de decisiones frente al desarrollo y funcionamiento del sistema en la localidad, de tal manera que su importancia radica esencialmente en:

- **El liderazgo de la Política de Participación Social en Salud – PPSS en el territorio.**
- **La información que suministre a los usuarios sobre el SGSSS, el acceso a servicios, y los deberes y derechos en salud, entre otros.**
- **Su papel frente a la vigilancia del funcionamiento de los Sistemas de información y Atención a los Usuarios –SIAU de EAPB e IPS con presencia en la localidad.**
- **La promoción de los procesos de participación local.**
- **La orientación que debe a las veedurías ciudadanas.**
- **La atención y solución de las PQRS tramitadas directamente parte de los ciudadanos ante la Dirección o Secretaría de Salud.**



¿Cuáles son sus funciones?

- Velar porque las Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, sean públicas, privadas o mixtas, implementen la PPSS, incluyendo el establecimiento de los mecanismos de atención a sus usuarios y el trámite oportuno de sus PQRS.
- Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.
- Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio.
- Exigir que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio y las Instituciones Prestatarias de Salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quienes hagan sus veces, de los niveles departamentales, distritales y municipales.
- Garantizar que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio y las Instituciones Prestatarias de Salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.
- Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso, con el fin de retroalimentar el Servicio de Atención a la Comunidad.

- **El Servicio de Atención a la Comunidad cumple funciones de especial relevancia para garantizar el control a la calidad de los servicios, el cumplimiento de los derechos en salud de los usuarios y la promoción de la participación, por ello, es necesario que se articule con los procesos de Certificación en Calidad y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.**



Veedurías ciudadanas en salud

Es el ejercicio ciudadano, comunitario, institucional o social, cuyo propósito es vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de los actores SGSSS. Todos los ciudadanos en forma plural o a través de organizaciones civiles podrán constituir veedurías ciudadanas.

¿Cuáles son sus funciones?

- ✓ Contribuir a una gestión adecuada de las organizaciones de salud.
- ✓ Propiciar decisiones saludables por parte de las autoridades, la empresa privada, las entidades públicas y la comunidad.
- ✓ Fomentar el compromiso de la colectividad en los programas e iniciativas en salud.
- ✓ Velar por una utilización adecuada de los recursos.
- ✓ Coordinar con todas las instancias de vigilancia y control la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas.





Inhabilidades e incompatibilidades para hacer veeduría

1.

Cuando quienes aspiren a ser veedores sean contratistas, interventores, proveedores o trabajadores adscritos a la obra, contrato o programa objeto de veeduría o tengan algún interés patrimonial directo o indirecto en la ejecución de las mismas. Tampoco podrán ser veedores quienes hayan laborado dentro del año anterior en la obra contrato o programa objeto de veeduría.

2.

Quienes estén vinculados por matrimonio, unión permanente o parentesco dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil con el contratista, interventor, proveedor o trabajadores adscritos a la obra, contrato o programa, así como a los servidores públicos que tengan participación directa o indirecta.

3.

Quienes sean trabajadores o funcionarios públicos, municipales, departamentales o nacionales cuyas funciones estén relacionadas con la obra, contrato o programa sobre el cual se ejerce veeduría. En ningún caso podrán ser veedores los ediles, concejales, diputados y congresistas.

4.

Quienes tengan vínculos contractuales o extracontractuales o participen en organismos de gestión de la Organización No Gubernamental (ONG), gremio o asociación comprometidos en el proceso objeto de la veeduría.

5.

En el caso de las organizaciones, cuando se les haya cancelado o suspendido su inscripción en el registro público, y en el caso de los servidores públicos, cuando la persona haya sido condenada penal o disciplinariamente, salvo por los delitos políticos o culposos o sancionados con destitución.

Rendición de Cuentas

Es la obligación de todos los actores del Estado de informar y explicar sus acciones a otros que también tienen el derecho de exigirla, como una expresión del control social.

Las instituciones y entidades de salud públicas, están en la obligación de realizar audiencias públicas, por lo menos una vez al año, con el objeto de involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de su gestión.

Para ello deberán presentar sus indicadores en salud, gestión financiera, satisfacción de usuarios y administración.

Derechos y deberes dentro de la participación social en salud

Derechos:

- A conocer mis derechos y deberes como usuarios en salud.
- A recibir atención segura y de calidad.
- A recibir trato digno, humano y amable por parte de los servidores de salud.
- A recibir atención en sitios tranquilos limpios e higiénicos en condiciones de privacidad.
- A ser atendido oportunamente.
- A la privacidad y el manejo adecuado y confidencial de mi historia clínica.
- A recibir información clara y comprensible de mi enfermedad, procedimientos, tratamientos, riesgos y costos del servicio prestado.
- A que sea respetada mi voluntad para realizar o no procedimientos y tratamientos (consentimiento informado o disentimiento).
- A tener la compañía de un familiar o acompañante cuando mi enfermedad lo amerite.
- A ser escuchado y a obtener respuesta oportuna a mis quejas, reclamos, sugerencia y reconocimiento relacionados con el proceso de atención.

- A participar activamente de las acciones del hospital a través de la Asociación de Usuarios, Comité de Veedurías en Salud.

Deberes:

- A cumplir las instrucciones, recomendaciones y enseñanzas del servidor de la salud.
- Enseñanzas del servidor de la salud en medicina, enfermería, odontología y bacteriología, entre otros.
- A la autoprotección y cuidado de la salud: personal, familiar y comunitaria.
- A tratar con responsabilidad, dignidad y respeto a los servidores de salud, a los demás pacientes y a sus acompañantes.
- A cuidar y hacer uso racional de los recursos de los hospitales.
- A llegar oportunamente a los servicios en los cuales este citado y a cancelar debidamente la cita pendiente.
- A realizar los trámites pertinentes para la afiliación del sistema de salud y a pagar las cuotas recuperadoras o contribuciones.
- A firmar con consentimiento de aprobación o negación la realización de procedimientos.

Estructura rude de PPSS

Marco situacional

¿Por qué la participación social es débil?



Problemáticas

- Institucionales (capacidades)
- Capacidades de la ciudadanía y sus organizaciones
- Débil cultura democrática sin compromiso. Prima el interés particular sobre el general sin pensar en lo colectivo.

Marco normativo

Piso normativo
Soporte legal
Punto de partida



- Ley 1438 de 2011 – Ley de 2015
- Ley Estatutaria de Participación 1757 de 2015

La participación como elemento ordenador y vinculante del SGSS

Marco conceptual

Enfoque
Derechos



- La participación social es un derecho vinculado con el derecho humano fundamental a la salud

Confluyen principios conceptuales y normativos: lineamientos.

Marco estratégico

Respuestas a las problemáticas



- La estructura la componen 5 ejes con 33 líneas de acción que fortalecen el derecho a la participación social, donde el Estado es **garante** y la ciudadanía **co – constructora** del derecho.

¿Cómo se opera? Despliegue de los planes de acción.



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Bibliografía

Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Decreto 780 de 2016. Único reglamentario del sector salud y protección social.

Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Acuerdo 25 de 1996, Por medio del cual se establece el régimen de organización y funcionamiento de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Acuerdo 57 de 1997, Por medio del cual se modifica el Acuerdo 25 en relación con la conformación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

Congreso la República, Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Ministerio de la Protección Social, Decreto 2993 de 2011, Por el cual se establecen disposiciones relacionadas con la conformación y funcionamiento de la junta directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención y se dictan otras disposiciones.

Superintendencia Nacional de Salud de Salud, Circular Externa 000008 de 2018, Título VII Protección de los usuarios y participación ciudadana.



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

República de Colombia