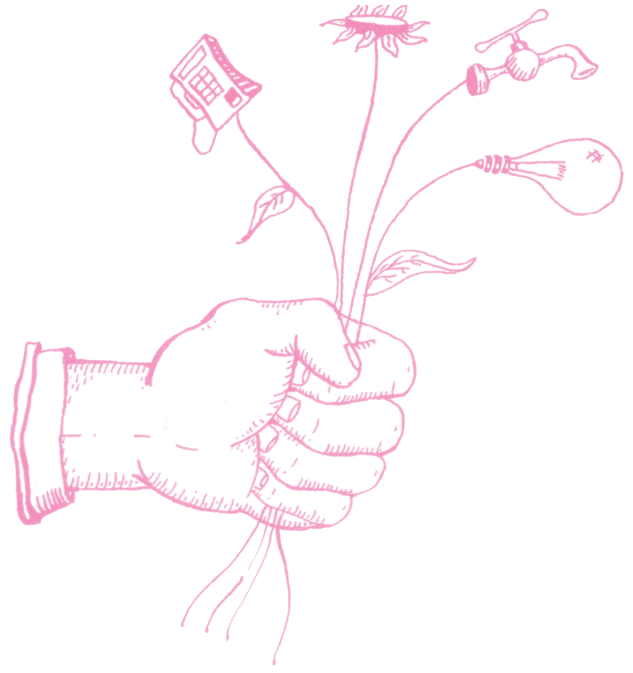


Plan Nacional de Formación para el Control Social a la Gestión Pública

Participación y Control Social en el Sistema de la Protección Social

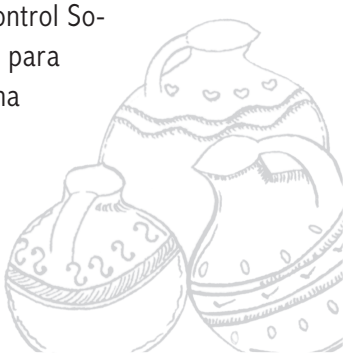
Momento de Focalización

Módulo 7

Control Social a la Gestión Pública

Libertad y Orden
República de Colombia
Ministerio de la Protección Social

Hacia la construcción colectiva de lo público

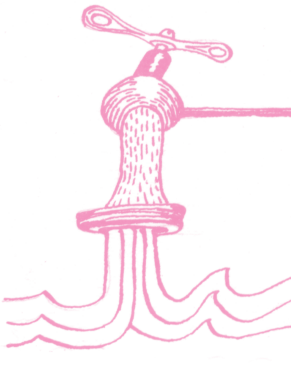


La serie *Documentos de Consulta* del Plan Nacional de Formación para el Control Social a la Gestión Pública ha sido diseñada como un instrumento significativo para el ejercicio de la democracia participativa en Colombia. Es grato presentar una segunda edición actualizada, esta vez con módulos adicionales a los publicados en el 2003, y con el compromiso de incorporar nuevos temas. Así la nueva serie reúne módulos de formación que desarrollan fundamentos éticos, legales, históricos y prácticos para un buen ejercicio ciudadano del control social.

La propuesta curricular de estos módulos ha sido concebida para ser implementada en los momentos de *sensibilización, fundamentación, focalización y acompañamiento.* El de *sensibilización* es el espacio para promover la reflexión sobre civismo, democracia y del sentido de lo público; el de *fundamentación*, permite contextualizar las acciones de control social; el de *focalización* se orienta a desarrollar habilidades para el control ciudadano a objetos específicos como servicios públicos, vivienda y salud entre otros; y el de *acompañamiento*, busca promover acciones de apoyo que dinamicen el control social.

El Plan de Formación, como experiencia de coordinación interinstitucional, busca preparar a los ciudadanos y ciudadanas del país, a las organizaciones sociales comprometidas con el ejercicio del control a la gestión de las entidades del Estado, y a los funcionarios responsables de dicha gestión pública. Se espera con la formación y capacitación lograr que el ejercicio del control por parte de los ciudadanos confluya y enriquezca la tarea de los organismos de control, y fortalezca la confianza de los ciudadanos en el Estado y en la democracia.

En la formulación del Plan de Formación se partió de un objetivo central: *lo público en nuestro país requiere de un proceso histórico de construcción colectiva*. 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 Estado requiere que el poder sea público, que se ejerza a los ojos de todos.*



Los contenidos de esta serie, preparados por un grupo de estudiosos de cada uno de los temas desde diversas entidades, son un esfuerzo por presentar de manera sencilla, pero sistemática, el conjunto de herramientas con las que contamos los colombianos para el ejercicio cualificado del control ciudadano a la gestión pública.

El siglo XXI exige nuestro compromiso profundo con un país en el que la transparencia y la participación ciudadana son indispensables. Esperamos que este módulo le aporte a cada lector y lectora nuevos elementos y nuevos significados en este compromiso.



Plan Nacional de Formación para el Control Social a la Gestión Publica

Participación y Control Social en el Sistema de la Protección Social

Momento de Focalización

Módulo 7

CAPÍTULO I
EL SISTEMA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL 6

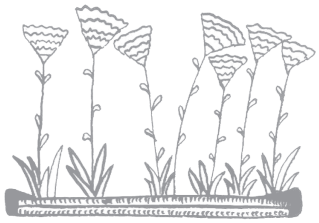
CAPÍTULO II
LOS DERECHOS PROTEGIDOS POR EL SISTEMA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL 14

CAPÍTULO III
PLANIFICIÓN EN EL SISTEMA DELA PROTECCIÓN SOCIAL 28

CAPÍTULO IV
ÁREAS DE INTERVENCIÓN EN EL SISTEMA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL 32

CAPÍTULO V
CONTROL SOCIAL EN EL SISTEMA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL 62

CAPÍTULO VI
RESPONSABILIDADES, PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL EN ALGUNAS ENTIDADES ADSCRITAS Y VINCULADAS 74



Introducción

El Ministerio de la Protección Social, presenta los principales Lineamientos, Programas y Proyectos en el marco del Sistema de la Protección Social, con objeto de permitirle a la ciudadanía participar e involucrarse en el control de su gestión.

Implementar el nuevo Sistema de Protección Social enfrenta serias dificultades de información y organización, lo que limita las posibilidades de participación; por tanto, es necesario que los actores interesados en el tema de la Protección Social hagan un esfuerzo consciente y constante, para construir un lenguaje común que garantice una buena comunicación y apoye el desarrollo del sistema.

Con el desarrollo del Sistema de la Protección Social se pretende establecer escenarios que faciliten la concertación regional y se promueva mejor calidad en la prestación de servicios, la protección de los derechos ciudadanos, el mayor desarrollo humano, la promoción de los derechos y deberes, sustentado en los valores, la convivencia y el diálogo social.

Con el Control Social a la Gestión del Sistema de la Protección Social, se pretende que la comunidad organizada efectúe un seguimiento a los programas y proyectos institucionales, para garantizar transparencia a la gestión pública.



CAPÍTULO 1

El Sistema de la Protección Social

Momento de Fundamentación

1.1 ¿Qué es es Sistema de la Protección Social? 6

1.2 ¿Quiénes integran el Sistema? 7

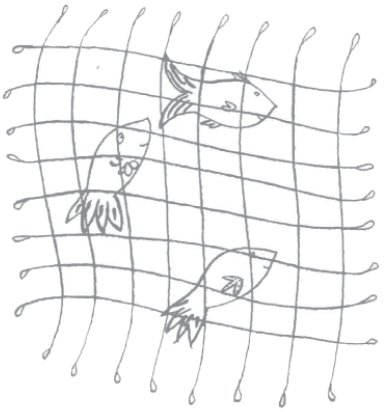
1.3 ¿Cuáles son las responsabilidades institucionales en el Sistema? 8

1.4 ¿Cómo se organiza el Sistema para atender la población vulnerable? 9

1.5 ¿Cómo se clasifican los riesgos en el Sistema de la Protección Social? 9

1.6 ¿Cuáles son las estrategias consideradas en el Sistema de la Protección Social? 10

1.7 ¿Cuáles son los áreas de intervención considerado en el Sistema de la Protección Social? 11



1. EL SISTEMA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

1.1 Qué es el sistema de la Protección Social?

Los efectos de la crisis y la imposibilidad del Estado para atenderla de manera oportuna determinaron cambios significativos en la Protección Social en Colombia que se reflejan en el diseño y la puesta en marcha de la Red de Apoyo Social, RAS, la creación del Sistema Social de Riesgo y la conformación del Ministerio de la Protección Social (Ley 790 de 2002) y del Sistema de Protección Social (Ley 789 de 2002).

El Sistema de la Protección Social[1] es el conjunto de Políticas Públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los Colombianos, especialmente de los más desprotegidos, con el fin de obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo.
El Sistema de Protección Social busca articular los programas existentes y crear aquellos que se requieran para su funcionamiento. El objetivo del mismo es disminuir los efectos de los riesgos en las poblaciones más vulnerables mediante la puesta en marcha de estrategias que les permita enfrentarlos.

La puesta en marcha del Sistema pretende:

- Que la Protección Social como bien público se consolide desde la sociedad Civil y el Estado.
- La creación de estrategias para la prevención, mitigación y superación de ocurrencia de los riesgos que afectan a la población.
- El equilibrio de las estrategias de prevención, mitigación y superación del riesgo.
- El fortalecimiento de los diferentes sistemas público, privado e informal de atención de riesgos con especial énfasis en lo público.

- El aumento de las coberturas de la atención de los riesgos asociados a fuentes de salud y ciclo vital (enfermedad, lesión, nacimiento, infancia y ancianidad especialmente en prevención).
- El fortalecimiento de la atención de los riesgos que tienen su origen en fuentes económicas y sociales (desplazamiento forzado, violencia intrafamiliar, crímenes, pandillas y drogadicción, fracasos comerciales, daños en las cosechas y crisis financiera).

El Sistema para su implementación tiene los siguientes retos:

- La apertura de espacios de interlocución con la diversidad de actores involucrados en las dimensiones de la Protección Social.
- La consolidación de una agenda común como mecanismo de coordinación interinstitucional.
- La precisión del diseño territorial para profundizar y ampliar el acceso de la población urbana y rural a los mecanismos de protección del sistema.

Por Protección Social[2] se entiende una serie de intervenciones públicas para:
a) ayudar a las personas, familias y comunidades a manejar mejor el riesgo
b) apoyar a los más pobres en situación crítica.
Se observa que en esta definición hay dos componentes.
El primero, que busca un mejor manejo del riesgo, corresponde al concepto de aseguramiento.
El segundo, que procura prestar ayuda a los más pobres, se refiere a una intervención de asistencia social.
Las intervenciones públicas pueden ser de tipo estatal, no estatal (sector solidario e informal) o pueden comprender una combinación de instituciones de ambos sectores.
En este documento se tratan las intervenciones de carácter estatal[3].



1.2. Quiénes integran el sistema?

El Sistema de Protección Social integra en su operación el conjunto de obligaciones, instituciones públicas, privadas y mixtas, normas, procedimientos y recursos públicos y privados destinados a prevenir, mitigar y superar los riesgos que afectan la calidad de vida de la población e incorpora los siguientes sistemas:

- El Sistema Nacional de Bienestar Familiar, creado con la Ley 7ª de 1979.
- Sistema Nacional de Seguridad Social Integral: Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Cesantías (Ley 100 de 1993, Ley 797 de 2003, Ley 1071 de 2006 y Ley 1122 de 2007
- El Sistema de Formación y Empleo (Ley 790/02).

El Ministerio de la Protección Social, creado mediante la Ley 790 de 2002, es el ente rector del Sistema de la Protección Social y, de acuerdo con el Decreto 205 de 2003, forman parte del Sistema las entidades adscritas y las vinculadas[4]_al Ministerio de la Protección Social, como son la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional

1 Ley 789/02.

2 Corresponde a la definición de Holzmann y Jorgensen (2000).

3 Intervenciones que pueden ser desarrolladas y/o ejecutadas por agentes del sector privado, pero bajo la regulación y la vigilancia emitida por el Estado.

4 Según la Ley 489 de 1998, son entidades adscritas las Superintendencias, los establecimientos públicos y las Unidades Administrativas Especiales y son entidades vinculadas las Entidades Industriales y Comerciales del Estado y las Empresas de Economía Mixta.

de Cancerología, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, la Superintendencia de Subsidio Familiar, el Sanatorio de Agua de Dios, el Sanatorio de Contratación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA-, el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-, el Fondo de Previsión del Congreso, el Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales, la Caja de Previsión Social y las ESE Rafael Uribe Uribe, José Prudencio Padilla (en liquidación), Antonio Nariño, Luis Carlos Galán Sarmiento, Policarpa Salavarrieta, Francisco de Paula Santander y Rita Arango Álvarez del Pino.

Las entidades vinculadas son: el Instituto de Seguros Sociales, la Caja Nacional de Previsión Social -Cajanal-, la Caja Nacional de Previsión Social de Comunicaciones -Caprecom-, la Empresa Territorial para la Salud -ETESA- y Promotora de Vacaciones y Recreación Social -Prosocial-, en liquidación.

1.3. Cuáles son las responsabilidades institucionales en el sistema?

Tabla 1. Responsabilidades institucionales en el Sistema de Protección Social

	Salud	Pensiones	Riesgos profesionales	Asistencia Social	Mercado laboral
Dirección y regulación	MPS, CNSSS	MPS	MPS	MPS	MPS
Administración de servicios y programas	EPS, ARS, IPS entidades territoriales	AFP. administradoras de prima media	ARP	ICBF, Acción Social CCF, FSP Entidades del orden territorial	SENA, CCF, Fondos de cesantías
Financiación	Aportes parafiscales, presupuesto general de la Nación, recursos entidades territoriales	Aportes parafiscales, presupuesto nacional	Aportes parafiscales	Aportes parafiscales, presupuesto general de la Nación, recursos entidades territoriales	Aportes parafiscales
Inspección vigilancia y control	Supersalud	Superfinanciera	Superfinanciera	Superintendencia de Subsidio, entidades territoriales	Unidad especial de inspección, vigilancia y control del MPS, supersubsidio y superfinanciera

CONVENCIONES: MPS: Ministerio de la Protección Social; CNSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; EPS: Entidad Promotora de Salud; ARS: Administradora de Régimen Subsidiado; IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; ARP: Administradora de Riesgos Profesionales; CCF: Cajas de Compensación Familiar; ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; FSP: Fondo de Solidaridad Pensional; SENA: Servicio Nacional de Aprendizaje; Superfinanciera: Superintendencia Financiera de Colombia; Supersalud: Superintendencia Nacional de Salud; Supersubsidio: Superintendencia de Subsidio Familiar.

1.4. Cómo se organiza el sistema para atender la población vulnerable?

El sistema de protección social para cumplir sus cometidos realiza un análisis en el cual se incluyen los siguientes elementos:

1. Los riesgos que dependen de la caracterización de la pobreza y los tipos y grados de vulnerabilidad, dicha caracterización de la condición de pobreza se plantea teniendo en cuenta las diferencias entre pobreza y carencias de logros mínimos.
2. Los tipos y grados de vulnerabilidad para identificar aquellas que implican más limitación para sortear cambios en el entorno.
3. Identificación de los jefes de hogar: mujeres u hombres que tienen bajo su responsabilidad el cuidado y protección de los hijos y familias en crisis, para quienes sería imperativa su inclusión en los programas de protección y promoción social.
4. Las características de los principales programas de asistencia social existentes en el país y la redefinición e impulso de programas.
5. Los análisis normativos requeridos.
6. Las fuentes y recursos y la priorización en la orientación de los mismos.
7. Las estrategias que fortalecerían capacidades y habilidades mínimas en los grupos identificados.



Para identificar las poblaciones más desprotegidas se utilizan los conceptos de vulnerabilidad y riesgo.
VULNERABILIDAD es la probabilidad de ser afectado por un riesgo de cualquier naturaleza y en este sentido está vinculada por la capacidad de enfrentarlo. Esta puede ser estructural, es decir, permanente o transitoria.
RIESGO: choques adversos de diferente naturaleza que afectan negativamente el capital humano.

1. 5. Cómo se clasifican los riesgos en el sistema de protección social?

En el Sistema los riesgos se clasifican de acuerdo con su origen, según:

- CICLO DE VIDA

Corresponden a los riesgos asociados a las etapas de vida: nacimiento, infancia, juventud, ancianidad y muerte. En el Sistema de Protección Social se tiene en cuenta la atención por ciclo vital entendiendo al ser humano en proceso continuo de cambio dependiendo de su sexo, edad, condiciones socioculturales, familiares, riesgos de enfermar, perfil epidemiológico, entre otros.

SALUD



Se refieren a aquellos riesgos que están determinados por las condiciones de salud de los individuos y de las comunidades: enfermedad, lesiones, discapacidad, epidemias.

ECONÓMICOS

Son aquellos riesgos que afectan las condiciones económicas de las familias y los individuos, como el desempleo, el subempleo, fracasos comerciales, daños en las cosechas y crisis financieras.

SOCIALES

Son aquellos riesgos cuyo origen se encuentra asociado a problemas de orden público, conmoción civil, disturbios sociales, terrorismo y desplazamiento forzado.

NATURALES

Son aquellos riesgos que están implícitos a los desastres naturales, como terremotos, incendios forestales, lluvias ácidas, inundaciones, erupciones volcánicas, entre otros.

1.6. Cuáles son las estrategias consideradas en el sistema de la protección social?

Algunos riesgos no se pueden prevenir en la medida en que es imposible evitar que ocurran fenómenos como los temblores, las crisis económicas, las guerras, etc. Pero lo que sí es posible es generar estrategias (acciones y/o intervenciones) que permitan que las personas, los hogares y las comunidades cuenten con herramientas para prevenir, mitigar y superar los efectos más o menos fuertes de los riesgos (o los choques negativos).

1. Las estrategias de prevención están orientadas a reducir la probabilidad de que ocurra un riesgo; por tanto, se aplican antes de que éste aparezca, incluyen políticas macroeconómicas sanas, salud pública, educación, capacitación y medidas para reducir el riesgo del desempleo.

2. La estrategia de mitigación consiste en disminuir los posibles efectos de un futuro riesgo de deterioro; por tanto, se aplica antes de que éste se presente; se distingue de la anterior en que mientras aquella reduce la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, la de mitigación reduce su potencial repercusión en caso de que el riesgo se materialice.

3. La estrategia de superación alivia el impacto del riesgo una vez que se ha producido, como el desahorro, endeudamiento individual, migración, reducción de ingesta alimenticia, entre otros.

1.7. Cuáles son las áreas de intervención consideradas en el sistema de la Protección Social?

Las áreas de intervención de la Protección Social son: mercado laboral, previsión social y asistencia social.

- La previsión social incluye los aspectos referentes al Sistema de Seguridad Social en Salud, al Sistema de Seguridad Social en Riesgos Profesionales y al Sistema de Seguridad Social en Pensiones, los cuales están regidos por la Ley 100 de 1993, la Ley 790 de 2002, la ley 797 del 2003 y su respectiva reglamentación.
- La asistencia social incluye las políticas y los programas dirigidos a fortalecer el capital humano de acuerdo con las necesidades de la población, focalizándola hacia la extrema pobreza y vulnerabilidad, con miras a la atención de grupos especiales como los desplazados, los discapacitados, los niños menores de 5 años, el adulto mayor, los jóvenes y las madres cabeza de hogar en alto riesgo por su condición especial. Dicha responsabilidad la tienen Bienestar Familiar y Agencia Presidencial para la Acción Social –antes Red de Solidaridad Social–, así como el Ministerio de la Protección Social.
- El mercado laboral se refiere a todo aquello que tiene que ver con la política de empleo que incluye, entre otros, la formación, la generación y la regulación del empleo, del desempleo y subempleo, así como a su inspección, la vigilancia y control (Ley 797 de 2003).



ÁREA DE PREVISIÓN SOCIAL

Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
Plan Obligatorio de Salud
Régimen Subsidiado
Régimen Contributivo
Sistema de Riesgos Profesionales
Sistema de Pensiones

ÁREA DE ASISTENCIA SOCIAL

Desplazados
Discapacitados
Programa de Nutrición Infantil
Programa de Protección Social al Adulto Mayor
Madres cabeza de hogar

ÁREA DE MERCADO LABORAL

Protección Laboral
Erradicación del trabajo infantil
Mujer Trabajadora
Mujer cabeza de familia Microempresaria Agropecuaria Sector Rural
Mujer cabeza de familia Microempresaria Agropecuaria Sector Urbano
Programas de Apoyo a la generación de empleo y protección a los desempleados



CAPÍTULO II.

Los Derechos Protegidos por el Sistema de la Protección Social

2.1 El Derecho a la Salud 15

2.2 El Derecho a la Seguridad Social 21

2.3 El Derecho al Trabajo 23



2. LOS DERECHOS PROTEGIDOS POR EL SISTEMA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

El presente capítulo[5] ofrece una síntesis relacionada con los derechos articulados por el Sistema de la Protección Social, que le permitirá a los lectores conocer aspectos afines con la naturaleza, el contenido y el alcance de los derechos, así como de las obligaciones del Estado Colombiano consagradas en los instrumentos internacionales, las normas nacionales y la jurisprudencia de la Corte Constitucional para la realización de cada uno de estos derechos.

Los derechos que comprende el Sistema de la Protección Social, se encuentran reconocidos en diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos como pactos, tratados convenciones, declaraciones, recomendaciones y observaciones entre otras, su contenido es de obligatorio cumplimiento por parte del Estado. La Constitución Política reconoce también estos derechos.

Entre los principales instrumentos de carácter internacional de derechos humanos que reconocen, promueven y protegen la realización de estos derechos podemos mencionar los siguientes: la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966).

A través de los instrumentos internacionales se alienta a los Estados a adoptar medidas orientadas a garantizar la plena y efectiva realización de los derechos.

El sistema de la Protecccción Social

Para el caso Colombiano la Protección Social es considerada como un Sistema, definido en los términos del artículo 1 de la Ley 789 de 2002 como:

> "El conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo..."



Este sistema de Protección Social busca articular programas existentes y crear aquellos que se requieran para su mejor funcionamiento, el objetivo del mismo es disminuir los efectos de los riesgos en las poblaciones más vulnerables mediante la puesta en marcha de estrategias que les permita enfrentarlos.

✪ Naturaleza, contenido y alcance de los derechos a la salud, la pensión y el trabajo

A continuación se presentan las características de los derechos enunciados y se señala el contenido y alcance de las obligaciones que para la realización de los derechos imponen al Estado colombiano los instrumentos internacionales de derechos humanos las normas constitucionales y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, por último se presenta una síntesis de las obligaciones del Estado en materia de los derechos mencionados que se derivan del marco normativo de cada uno.

2.1. el derecho a la salud

Características del Derecho a la Salud

En los instrumentos internacionales de derechos humanos, la salud aparece concebida como un derecho humano fundamental, universal, interdependiente de los demás derechos humanos y que comporta tanto libertades como derechos. Adicionalmente, desde la perspectiva de a Organización Mundial de a Salud (OMS), la salud entraña algo más que la ausencia de enfermedades, por lo cual su contenido no se agota con la atención sanitaria y con el acceso a un paquete de servicios asistenciales[6].

El marco constitucional del derecho a la salud puede caracterizarse de la siguiente manera[7] :

1. El artículo 13 CN trae una especial protección para las personas "que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta (...)" buscando así el aseguramiento del derecho fundamental de la vida (art. 11) y la dignidad de la persona.

5 Este capítulo es desarrollado a partir de la investigación elaborada por el Programa de seguimiento y evaluación de las políticas públicas en derechos humanos –Prosedher - de la Defensoría del Pueblo, el cual busca establecer la correlación entre las obligaciones del Estado y los derechos económicos sociales y culturales (DESC), y el diseño y ejecución de las políticas públicas. De la misma manera toma como referencia los trabajos desarrollados por la Red de Promotores de Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo en relación con el Derecho a la Salud y el Derecho a la Seguridad Social en Pensiones.

6 Defensoría del Pueblo. Sistema de seguimiento y evaluación de la política pública de salud a la luz del derecho a la salud. PROSEDHER. 2006

7 Defensoría del Pueblo. Derechos Económicos Sociales y Culturales. Derecho a la salud. Red de Promotores de Derechos Humanos. 2004



2. Existe un derecho fundamental a la salud en cabeza de los niños (art. 44 CN), que cobija tanto a menores afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como a quienes carecen de dicha afiliación durante su primer año de vida (art. 50 CN)
3. Las personas de la tercera edad y los disminuidos físicos gozan de especial protección en materia de salud, a través del sistema de seguridad social (arts. 46 y 47 CN)
4. El derecho a la seguridad social, y junto con él, el derecho a la salud, es irrenunciable (art. 48 CN)
5. La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (art. 48 CN)
6. En su concepción colectiva, el derecho a la salud, entendido como asistencia sanitaria y saneamiento ambiental, tiene el carácter de servicio público a cargo del Estado a quien compete reglamentar, organizar y dirigir la forma como serán prestados y la definición de cuándo la asistencia básica en salud será gratuita y obligatoria.(Art. 49 CN)
7. La Constitución delegó en el legislador el desarrollo de los derechos a la salud, a la seguridad social, así como de la asistencia sanitaria pública y del saneamiento ambiental y le otorgó un amplio margen para su configuración.
8. El artículo 78 CN señala la responsabilidad de quienes en la producción y comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud.
9. El artículo 336 CN establece que la rentas obtenidas de los monopolios de suerte y azar se destinarán exclusivamente a los servicios de salud y educación (Ley 643 de 2001, estableció el monopolio de las apuestas permanentes).
10. El artículo 366 CN manifiesta que la solución de las necesidades insatisfechas de salud será un objetivo fundamental del Estado.

Alcance y significado del derecho a la salud en sus distintas acepciones: como derecho prestacional, como derecho fundamental y como derecho colectivo[8].

La jurisprudencia de la Corte Constitucional constituye un factor determinante a la hora de definir el contenido y el alcance de cualquier derecho, en este caso el de los derechos que comprende el sistema de la protección social, es así como la Corte Constitucional reconoce la protección de estos derechos a través de la acción tutela, bajo ciertas circunstancias. Veamos.

La salud como derecho prestacional.

En principio la salud es un derecho de carácter prestacional, y sólo de manera excepcional adquiere el carácter de derecho fundamental. Como lo explicó la Corte Constitucional en la sentencia T-489 de 1998, los derechos prestacionales o de «segunda generación», como la salud, no son de cumplimiento inmediato, «sino que su eficacia, (...) depende, fundamentalmente, de dos factores: una decisión política y la capacidad económica y técnica para llevar a cabo esa decisión. La decisión política es la voluntad del Estado de dirigir sus esfuerzos hacia la consecución de todo lo necesario para la prestación de los servicios de salud requeridos por los asociados; la capacidad económica y técnica implica la posibilidad de hacer realidad ese deseo, lo cual solamente puede alcanzarse cuando existen las recursos suficientes para la capacitación del personal a cargo de quien prestará los servicios de salud, y para la consecución de los elementos técnicos (máquinas, laboratorios y demás herramientas requeridas) para ello. Así a diferencia de los derechos de aplicación inmediata, cuya eficacia solamente depende de la existencia de su titular, los derechos sociales, económicos y culturales, como el que es objeto de estudio, dependen de factores ajenos en principio a su núcleo esencial[9].

El derecho a la salud como derecho fundamental por conexidad.

A pesar de que por regla general el derecho a la salud tiene un carácter prestacional, la Corte ha sostenido de manera reiterada que el derecho a la salud adquiere el carácter de derecho fundamental cuando se encuentra en relación de conexidad con otros derechos que tienen, en sí mismos, ese rango, tal como sucede con los derechos a la vida, a la integridad personal y a la igualdad. Así lo sostuvo, por ejemplo, en 1993, al señalar que los derechos fundamentales por conexidad, «son aquellos que no siendo denominados como tales en el texto constitucional, sin embargo, les es comunicada esta calificación en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales, de forma que si no fueran protegidos en forma inmediata los primeros, se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos. Es el caso de la salud, que no siendo en principio derecho fundamental, adquiere esta categoría cuando la desatención del enfermo amenaza con poner en peligro su derecho a la vida»[10]

Casos especiales en que la salud deviene en derecho fundamental.

Además de los casos en los cuales, dadas las circunstancias fácticas, la violación del derecho a la salud conlleve la de un derecho fundamental, la Corte ha identificado una serie de hipótesis en las cuales, por las calidades de los sujetos implicados o las circunstancias en las que se encuentran, la salud también adquiere tal carácter, y por lo mismo justifica la interposición de una acción de tutela. Tal es el caso de los niños[11], los disminuidos físicos[12] y psíquicos[13], las personas de la tercera edad[14], las víctimas del VIH[15], los sectores económicamente vulnerables de la población, las personas privadas de la libertad[16] y los miembros de las fuerzas armadas[17].



8 Ibídem.

9 Corte Constitucional, Sentencia T - 489 de 1998, MP. Vladimiro Naranjo Mesa

10 Corte Constitucional, Sentencia T – 116 de 1993, MP. Hernando Herrera Vergara

11 Corte Constitucional, Sentencia SU - 043 de 1995, MP. Fabio Morón Díaz

12 Corte Constitucional, Sentencia T – 762 de 1998, MP. Alejandro Martínez Caballero

13 Corte Constitucional, Sentencia T – 209 de 1999, MP. Carlos Gaviria Díaz

14 Corte Constitucional, Sentencia T – 556 de 1995, MP. Hernando Herrera Vergara

15 Corte Constitucional, Sentencia T – 271 de 1995, MP. Alejandro Martínez Caballero; Sentencia T – 177 de 1999, MP. Carlos Gaviria Díaz

16 Corte Constitucional, Sentencia T – 388 de 1993, MP. Hernando Herrera Vergara

17 Corte Constitucional, Sentencia T – 762 de 1998, MP. Alejandro Martínez Caballero

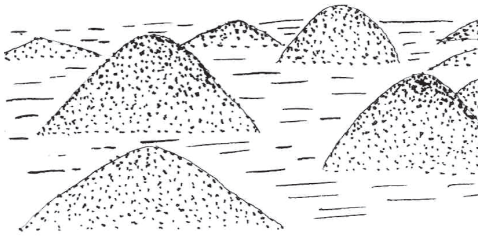
La noción de mínimo vital cobra especial importancia para la protección del derecho a la salud de este grupo de personas. En la sentencia SU 111 de 1997, la Corte señalo que la tutela procede como mecanismo de protección de derechos sociales, como el derecho a la salud «cuando se comprueba un atentado grave contra la dignidad humana de personas pertenecientes a sectores vulnerables de la población y el Estado, pudiéndolo hacer, ha dejado de concurrir a prestar el apoyo material mínimo sin el cual la persona indefensa sucumbe ante su propia impotencia. En estas situaciones, comprendidas bajo el concepto del mínimo vital, la abstención o la negligencia del Estado se ha identificado como la causante de una lesión directa a los derechos fundamentales que amerita la puesta en acción de las garantías constitucionales.»

El derecho a la salud como derecho colectivo

Entendida como salubridad pública, la salud se encuentra en íntima relación con el derecho colectivo a un ambiente sano. En la medida que la protección del medio ambiente sano constituye un elemento esencial para la supervivencia individual y colectiva de la especie humana, el derecho a la salud adquiere una dimensión colectiva. Así lo reconoció la Corte Constitucional en la sentencia SU-442 de 1997, MP. Hernando Herrera Vergara «Conforme lo establece el artículo 79 de la Carta Fundamental, todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano, constituyendo un deber del Estado proteger la diversidad e integridad del ambiente, conservar las áreas de especial importancia ecológica y fomentar la educación para el logro de dichos fines. Este derecho se concibe como un conjunto de condiciones básicas que rodean a la persona y le permiten su supervivencia biológica e individual, lo cual garantiza a su vez su desempeño normal y su desarrollo integral en el medio social. En este sentido, el ambiente sano es un derecho fundamental para la supervivencia de la especie humana; sin embargo, la vulneración del mismo conlleva en determinados casos, al quebrantamiento de derechos constitucionales fundamentales como la vida o la salud. Por consiguiente, como lo dispuso el constituyente de 1991, el Estado debe garantizar el derecho a gozar de un ambiente sano y adoptar las medidas encaminadas a obtener el mejoramiento de la calidad de vida de la población y el aseguramiento del bienestar general, a fin de evitar que se causen daños irreparables a la persona, ya que en tales circunstancias, dicho derecho es susceptible de ser protegido, a través del ejercicio de la acción de tutela[18].»

Contenido del derecho a la salud y las obligaciones que se derivan para el estado

Para determinar qué obligaciones se derivan para el Estado colombiano en relación con los derechos, en este caso el derecho a la salud, es necesario acudir al artículo 93 de la Constitución Política. Lo anterior supone que además del texto constitucional, y de la jurisprudencia de la Corte Constitucional -órgano encargado de interpretarlo y de asegurar su integridad y supremacía-, existen otras fuentes normativas vinculantes



que delimitan el contenido de tales obligaciones, a saber: los tratados y convenios de derechos humanos ratificados por Colombia y los pronunciamientos de las instancias internacionales encargadas de interpretarlos.

Una adecuada fundamentación del marco normativo de los derechos y del conjunto de obligaciones correlativas que de éstos se derivan, no puede, entonces, hacerse al margen de las normas que integran el llamado bloque de constitucionalidad[19]. Por expreso mandato de la Constitución, estas normas tienen rango constitucional y, en consecuencia, vinculan tanto a las autoridades públicas como a los particulares. Además, no puede perderse de vista que, en tanto están contenidas en tratados de derechos humanos ratificados por Colombia, estas normas son de obligatorio cumplimiento conforme a lo dispuesto en los artículos 26 y 27 de la Convención de Viena que consagran, respectivamente, el principio pacta sunt servanda[20] y la prohibición de invocar normas de derecho interno como justificación del incumplimiento de un tratado.

Sustentado en torno al concepto de bloque de constitucionalidad, el presente aparte precisa el contenido normativo de cada derecho en este caso el derecho a la salud, junto con las obligaciones correlativas que de éstos se derivan. Desde una perspectiva integral comprende, de un lado, los instrumentos internacionales de derechos humanos, y de otro, las normas constitucionales que consagran el derecho a la salud y su respectivo desarrollo jurisprudencial por parte de la Corte Constitucional.

El derecho a la salud en los instrumentos internacionales de derechos humanos

El reconocimiento y garantía del derecho a la salud es condición necesaria para lograr un nivel de vida digno para todas las personas. Así lo entienden los diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, los cuales plantean que la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales - entre ellos la salud- es la vía adecuada para lograr el bienestar y la libertad de los sujetos y las comunidades.

El derecho a la salud se encuentra consagrado en numerosos instrumentos internacionales tales como: la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 25), la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Declaración Americana) (art. XI), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, art. 12), y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador, art. 10).



18 Algunos ejemplos son: Por aguas negras (T-379 de 1995), alcantarillado (T-207 de 1995) y a las basuras (T-453 de 1998 y T-062 de 1995). De igual forma las acciones populares expresamente constituidas para la protección de derechos e intereses colectivos, también puede conducir a la protección del derecho a la salud en su acepción colectiva.

19 De acuerdo con la Corte Constitucional, **"**el bloque de constitucionalidad está compuesto por aquellas normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto de la constitución, son utilizados como parámetros de control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución por diversas vías y por mandato de la propia constitución**"**. Sentencia C – 225/95.

20 En virtud de este principio, las partes que intervienen en la aprobación de un tratado se obligan a cumplirlo de buena fe.

Concretamente en relación con el derecho a la salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que las obligaciones básicas o mínimas del Estado son las siguientes:

1) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.
2) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura, y garantice que nadie padezca hambre.
3) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicos, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable.
4) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
5) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.
6) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.
7) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y posnatal) e infantil.
8) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad.
9) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas.
10) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades.
11) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

El desarrollo legal del derecho a la salud.

En cumplimiento de los mandatos constitucionales consagrados en los artículos, el legislador colombiano expidió la Ley 100 de 1993 «por la cual se crea el sistema de

seguridad social integral y se dictan otras disposiciones», y en la cual se definen los alcances de la seguridad social integral como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una mejor calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar una cobertura integral de las contingencias en salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Otras normas que se consagran en la reglamentación en torno al derecho a la salud. La Ley 643 de 2001 Que establece el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar, la Ley 715 de 2001 Que establece las normas orgánicas en materia de competencias y recursos y organiza la prestación de los servicios de salud y la Ley 1122 de enero 9 de 2007 mediante la cual se hace modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones .

2.2 El derecho a la seguridad social:

El derecho a la seguridad social se encuentra consagrado en el artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el artículo 16 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Declaración Americana), en el artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos,Sociales y Culturales (PIDESC), y en el artículo 9 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador).

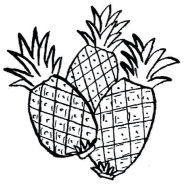


Igualmente, este derecho se encuentra reconocido en la Convención sobre los derechos del niño (art. 26), en la Convención sobre la eliminación de la discriminación racial (art. 5.e.i.v), en el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (art. 24,) y en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (art. 11.1e).

El artículo 9 del Protocolo de San Salvador es el que desarrolla en mayor medida este derecho al indicar que:

> 1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes.
> 2. Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.

Conforme al artículo 48 de la CP:



La Seguridad Social es 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. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional

La jurisprudencia de la Corte Constitucional constituye un factor determinante a la hora de definir el contenido y el alcance del derecho, en este caso el derecho a la seguridad social, del cual se ha referido de la siguiente forma:

> (...) por tanto, como un derecho programático y de desarrollo legal, pero también goza de carácter fundamental al ser conexo y paralelo a la vida, al trabajo y la salud (...) Ahora bien, la seguridad social constituye un servicio público obligatorio dirigido, controlado y coordinado por el Estado para salvaguardar la vida, la dignidad humana, la integridad física o moral, contra toda clase de adversidades que pongan en peligro el desenvolvimiento de la vida individual y social, por cuanto su gran misión es combatir las penurias económicas y sociales y las desventajas de diversos sectores, grupos o personas de la colectividad, prestándoles asistencia y protección.
> (...) Una de las manifestaciones contemporáneas de expresión del derecho a la seguridad social es el derecho a la pensión de invalidez, que busca compensar la situación de infortunio derivada de la pérdida de la capacidad laboral, mediante el otorgamiento de unas prestaciones económicas y de salud, cuya característica fundamental es su condición de esenciales e irrenunciables.
> (...) La Carta fundamental se expidió precisamente con el fin de asegurar el derecho a la seguridad social, dentro de un marco económico y social justo previsto en el preámbulo de la Constitución y desarrollado legislativamente con la Ley 100 de 1993 y algunas otras disposiciones complementarias y adicionales[21].

El desarrollo legal de la seguridad social

✳ La Ley 100 de 1993, que crea el sistema de seguridad social integral.

- La Ley 776 de 2002, que contiene normas sobre la organización, administración y prestaciones del sistema general de riesgos profesionales.
- La Ley 789 de 2002, que establece normas para promover el empleo y desarrollar la protección social.
- La Ley 797 de 2003, en la que se define el sistema de protección social, se prevén algunos programas contra el riesgo de desempleo, se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993, y se adoptan disposiciones sobre los regímenes pensionales exceptuados y especiales.

Obligación del Estado

El Estado debe cumplir el precepto constitucional que lo obliga a ampliar progresivamente, con la participación de los particulares, la cobertura de la seguridad social (art. 48), y acatar el no menos perentorio mandato de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (art. 49, CP). Estas obligaciones se complementan con las contempladas en los artículos 365 y 366 de la CP.

2.3 El derecho al trabajo

El derecho al trabajo, y a condiciones equitativas y satisfactorias del mismo, se encuentra consagrado en el artículo 23 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el artículo XIV de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en los artículos 6 y 7 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), y en los artículos 6 y 7 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador).

La Constitución Política de Colombia (CP) en su artículo 25 consagra el derecho al trabajo como un derecho fundamental: "El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas".

Al respecto la Corte Constitucional ha dicho que: El derecho al trabajo tiene una doble dimensión: individual y colectiva, reconocida en los artículos 25, 26 y 334 de la Constitución. El aspecto individual se refiere a la facultad que tiene toda persona de elegir y ejercer profesión u oficio en condiciones dignas y justas. En la dimensión colectiva implica un mandato a los poderes públicos para que lleven a cabo una política de pleno empleo porque de lo contrario el ejercicio del derecho al trabajo se convierte en una simple expectativa[22].

Además, el artículo 53 de la CP señala que:

El Congreso expedirá el estatuto del trabajo. La ley correspondiente tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales: Igualdad de oportu-

21 Corte Constitucional, sentencia T-292 de 1995, M. P. Fabio Morón Díaz.

22 Corte Constitucional, sentencia SU-601A de 1999, M. P. Vladimiro Naranjo Mesa



nidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad.

El Estado garantiza el derecho al pago oportuno y al reajuste periódico de las pensiones legales.
Los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna.
La ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo, no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores.

Conforme a los artículos 6 y 7 del Protocolo de San Salvador, que desarrollan de forma más pormenorizada que el PIDESC el alcance del derecho al trabajo y a condiciones equitativas y satisfactorias del trabajo consagra:

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, incluyendo la oportunidad de obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa por medio del desempeño de una actividad lícita libremente escogida o aceptada (art. 6.1).

2. El derecho al trabajo supone que toda persona goce del mismo en condiciones justas, equitativas y satisfactorias (art. 7.1).

3. Los Estados deben adoptar medidas para garantizar la plena efectividad de este derecho, particularmente para lograr el pleno empleo, la orientación vocacional y el desarrollo de proyectos de capacitación técnico-profesionales, especialmente aquellos destinados a los minusválidos (art. 6.2).

4. Los Estados deben ejecutar y fortalecer programas que contribuyan a una adecuada atención familiar, con la finalidad de que la mujer pueda ejercer "de forma real" el derecho al trabajo (art. 6.2).

5. Los Estados deben garantizar en sus legislaciones nacionales, en particular (art. 7):

5.1) Una remuneración que asegure como mínimo a todos los trabajadores condiciones de subsistencia digna y decorosa para ellos y sus familias, y un salario equitativo e igual por trabajo sin discriminación (art. 7.a).

5.2) El derecho de todo trabajador a seguir su vocación y a dedicarse a la actividad que mejor responda a sus expectativas y a cambiar de empleo, de acuerdo con la reglamentación nacional respectiva (art. 7.b).

5.3) El derecho del trabajador a la promoción o ascenso dentro de su trabajo, para lo cual tendrán en cuenta sus calificaciones, competencia, probidad y tiempo de servicio (art. 7.c).

5.4) La estabilidad de los trabajadores en sus empleos, de acuerdo con las características de las industrias y profesiones y con las causas de justa separación. En casos de despido injustificado, el trabajador tendrá derecho a una indemnización o a la readmisión en el empleo o a cualesquiera otra prestación prevista en la legislación nacional (art. 7.d).

5.5) La seguridad e higiene en el trabajo (art. 7.e).

5.6) La prohibición de trabajo nocturno o en labores insalubres o peligrosas a los menores de 18 años y, en general, de todo trabajo que pueda poner en peligro su salud, seguridad o moral. Cuando se trate de menores de 16 años, la jornada de trabajo deberá subordinarse a las disposiciones sobre educación obligatoria y en ningún caso podrá constituir un impedimento para la asistencia escolar o ser una limitación para beneficiarse de la instrucción recibida (art. 7.f).

5.7) La limitación razonable de las horas de trabajo, tanto diarias como semanales. Las jornadas serán de menor duración cuando se trate de trabajos peligrosos, insalubres o nocturnos (art. 7.g).

5.8) El descanso, el disfrute del tiempo libre, las vacaciones pagadas, así como la remuneración de los días feriados nacionales (art. 7.h).

Recordemos, que de la inobservancia de las obligaciones del Estado, es procedente presumir la existencia de una violación del derecho y de los compromisos internacionales adquiridos por el Estado colombiano en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

La Constitución Política consagra además los siguientes derechos de Protección Laboral:

1.- Derecho al Trabajo
2.- Derecho de los niños
3.- Derecho de la mujer
4.- Derecho de Asociación
5.- Derecho a la negociación colectiva para regular las relaciones laborales.
6.- Derecho a huelga

"Los Derechos y Deberes que debe Ejercer la Ciudadanía y Participar"

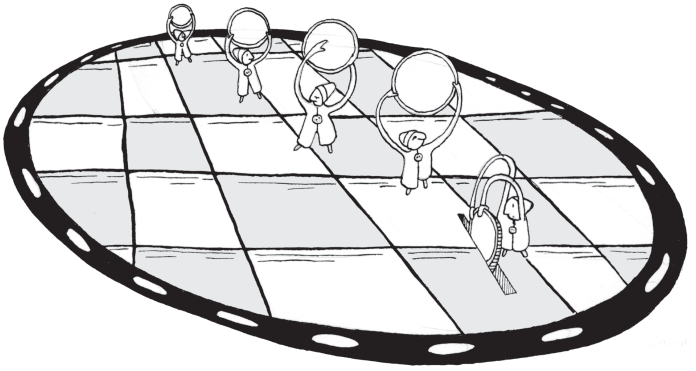
La Protección Social es una obligación

Derechos Claves	Ciudadanos y Comunidades		Deberes Éticos
1. La seguridad Social es un servicio público y un derecho irrenunciable	Trabajadores de los sectores formal e informal y sus familias	Personas en extrema pobreza o vulnerabilidad	1. Auto protección y cuidado de la salud personal, familiar y de la comunidad
2. Acceso universal a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud			2. Solidaridad como ayuda mutua con las personas, los sectores sociales, las distintas generaciones y las regiones más débiles
3. Calidad de vida acorde con la dignidad humana	Desempleados		3. Aportes de acuerdo con la capacidad económica
4. Trabajo digno e ingreso justo			4. Cuidado de los recursos y bienes públicos
5. Participación en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto			5. Afiliación de personas y sus familias al sistema
6. Atención Básica en Salud Obligatoria			6. Conocimiento e información sobre los derechos y deberes ciudadanos



CAPÍTULO III.

Planificación en el Sistema de la Protección Social



3. PLANIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Vista desde la administración pública, la planificación es una intervención del Estado dirigida a ordenar el desarrollo de la actividad económica y social, mediante la escogencia de un conjunto de alternativas para alcanzar los objetivos y metas deseados con el mínimo costo social, mediante programas y proyectos, tomando en consideración tanto las Políticas Sectoriales, los recursos como los medios disponibles.

Los procesos de planificación contribuyen a definir un futuro deseable, donde se determinan los objetivos que orientan y dirigen las acciones, para alcanzarlos dentro de un espacio delimitado por las características del municipio, departamento o región.

La planificación es hoy un espacio de construcción de consensos e imaginarios del futuro desde la sociedad civil, en cuyo centro también participan los Consejos de Planeación, consolidándose como el espacio de discusión y confluencia de interés de la sociedad civil, donde el interés colectivo es construido con participación de la comunidad, donde los habitantes ven reflejados sus intereses, propuestas y anhelos.

A nivel municipal y Departamental los planes de desarrollo son los procesos mediante los cuales tanto el mandatario como la ciudadanía materializan el programa de gobierno, así como las aspiraciones y propuestas de los ciudadanos, para el mejoramiento de las condiciones de vida, durante un respectivo período de gobierno, con una visión de largo plazo.

La planificación a nivel territorial en el sector de la protección social

El proceso de planificación a nivel territorial debe articular los sectores sociales y coordinar acciones direccionadas a la prevención, mitigación y protección del riesgo, en todos los procesos relacionados con el desarrollo evolutivo del ser humano.

La gestión de planificación debe influir en hechos que generen cambios individuales y colectivos en el nivel local y departamental, incentivando el desarrollo de Pro-

gramas y Proyectos acordes con las megatendencias internacionales, los objetivos planteados para el Milenio por todos los jefes de Estado y de Gobierno en la Sede de las Naciones Unidas el 8 de septiembre de 2000, el cumplimiento a las prioridades nacionales establecidas en el Plan de Desarrollo Nacional y las determinadas por los Planes Departamentales de Desarrollo.

Mediante un ejercicio concertado a nivel intrainstitucional e interinstitucional, se espera construir un plan sectorial, el cual consolide las políticas y directrices en el ámbito local.

Los planes orientan los proyectos, las acciones estratégicas y recursos que se ejecutarán en el corto, mediano y largo plazo para mejorar las condiciones de vida de los habitantes. Deben involucrar a la población en todo el proceso de planeación, seguimiento y evaluación para convertirlos en el resultado de un acuerdo entre los ciudadanos y la administración.

La planificación territorial del sistema de protección social consiste en articular, integrar y coordinar esfuerzos y acciones con propósitos comunes con las entidades del sector público y privado del nivel nacional, departamental, regional, distrital y municipal, mediante la participación social de actores, para lograr la protección de la población en situación de vulnerabilidad y pobreza frente a la salud y el empleo.



En los planes se recogen los resultados del análisis de la situación del sistema en el departamento, distrito y municipio y los pasos que se van a dar para mejorarlo. Por eso, el Plan debe dirigirse a cumplir las responsabilidades que el ente territorial tiene frente al sistema, especificadas en la Ley 715 de 2001, en la Ley 789 de 2003, en la Ley 100 de 1993 y las metas fijadas en el Plan Nacional de Desarrollo.

Este instrumento debe permitir a las autoridades territoriales orientar y aprovechar los recursos de manera eficiente y garantizar la respuesta a las necesidades de la población, desarrollar el liderazgo de los actores sociales y la autonomía en la gestión comunitaria basada en su organización y en el fortalecimiento de los mecanismos de participación y de cultura democrática.





CAPÍTULO IV.

Áreas de intervención en el Sistema de la Protección Social

Momento de Fundamentación

4.1 Área de Previsión Social 33

4.2 Área de Asistencia Social 49

4.3 Área de Mercado Laboral 53



ÁREAS DE INTERVENCION EN EL SISTEMA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Con objeto de tener una comprensión más exacta del Sistema de la Protección Social y su funcionamiento, a continuación se expone cada una de las áreas que lo integran, como son la Previsión Social, la Asistencia Social y el Mercado Laboral, así como los componentes básicos de cada una, como son:

ÁREA DE PREVISIÓN SOCIAL

a) Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
b) Plan Obligatorio de Salud
c) Régimen Subsidiado
d) Régimen Contributivo
e) Sistema General de Riesgos Profesionales
f) Sistema General de Pensiones

ÁREA DE ASISTENCIA SOCIAL

a) Desplazados
b) Discapacitados
c) Programa de nutrición infantil
d) Programa de Protección Social al adulto mayor
e) Madres cabeza de familia

ÁREA DE MERCADO LABORAL

a) Protección Laboral
b) Erradicación del trabajo infantil
c) Mujer Trabajadora

d) Mujer cabeza de familia Microempresaria Agropecuaria Sector Rural
e) Mujer cabeza de familia Microempresaria Agropecuaria Sector Urbano
f) Fomento de la productividad y la protección de los Derechos Laborales

4.1. Área de previsión social

En el área de previsión social se exponen los principales planes y programas para proporcionar la debida atención a los usuarios en aspectos referentes a salud, riesgos profesionales y pensiones.

A) Qué es el plan de salud pública de intervenciones colectivas?

El artículo 33 Literal h) de la Ley 1122 de 2007 establece que el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, remplaza el Plan de Atención Básica, en este sentido hará parte del Plan Sectorial promoviendo la atención y prevención de los principales factores de riego para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludable, fortaleciendo la capacidad de la ciudadanía y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.



Las autoridades municipales, como representantes del estado definen el Plan de Salud de Intervenciones Colectivas según la Ley. En este sentido adquieren varios compromisos entre otros los siguientes.

a) Garantizar que las condiciones en que viven las comunidades no afecten negativamente la salud.

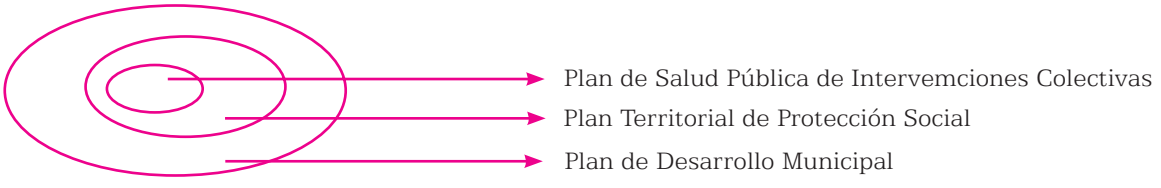
b) Garantizar el derecho a la información.

c) Orientar sobre cómo mantener la salud, cómo evitar las enfermedades y a que servicios acudir en caso de enfermedad.

d) Debe ser coherente con las metas nacionales de salud pública.

e) La inversión de los recursos debe realizarse según las prioridades y las intervenciones de obligatorio cumplimiento.

El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas siendo parte del Plan Sectorial y del Plan de Desarrollo Departamental y Municipal.



Para Recordar:

El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas sirve para conocer de qué se está enfermando y muriendo la población del municipio, que permita emprender acciones intersectoriales para lograr impacto en la salud de las poblaciones.

Los veedores ejercen un papel fundamental en lo relacionado con la vigilancia y el control al desarrollo de este Plan, así como a la ejecución de los recursos.

¿Cuáles son los compromisos del municipio en el plan de salud pública de intervenciones colectivas?

- Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- Implementación de la Política de Salud Sexual y reproductiva.
- Prevención y control de las enfermedades crónicas.
- Fortalecimiento del plan nacional de alimentación y nutrición.
- Reducción del impacto de la violencia e implementación de políticas de salud mental y reducción al consumo de sustancias sicoactivas.
- Control de las enfermedades transmitidas por vectores y el control de la tuberculosis y la lepra.
- y los que se deriven del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007.

El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas debe ser elaborado con participación de la comunidad y avalado por el Consejo Territorial de Seguridad Social.

¿Con qué recursos se financia el plan de salud pública de intervenciones colectivas?

- Sistema general de participaciones
- Transferencia de la nación para vectores, lepra y tuberculosis
- Fondo de solidaridad y garantía
- Venta de servicios de laboratorios de salud pública
- Recursos propios para financiación o cofinanciación
- Rendimientos financieros.

Debemos tener en cuenta que los recursos en cumplimiento de los dispuesto en el artículo 46 de la Ley 715/01, articulo 4 del Acuerdo 229 CNSSS[23] y la Resolución 968/02 se descuenta del valor de la UPC (Unidad de pago por Capacitación)[24] del régimen subsidiado para la ejecución de las actividades de Promoción y Prevención del POS-S el cual estarán a cargo de las EPS del régimen subsidiado como lo estipula en el literal f) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

En este sentido las entidades territoriales deberán programar actividades y recursos para fortalecer la asesoria, vigilancia y control a la programación y ejecución de las

actividades de Promoción y Prevención del POS-S realizadas por la IPS, las cuales estará a cargo de las EPS del régimen subsidiado en su totalidad.

B) Qué es el plan obligatorio de salud - POS?



El POS es el conjunto de servicios de salud que todas las empresas promotoras de salud y administradoras de régimen subsidiado, sin excepción, deben prestarles a las personas que estén afiliadas al Sistema de Seguridad Social tanto por el régimen contributivo como por el subsidiado.

Cuando una persona se afilia libremente a una EPS del régimen subsidiado, ésta debe prestarle el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POSS, según los acuerdos 83 de 1997, ajustado con el 228 del 2002 y modificado por el 306 de 2005 del Consejo de Seguridad Social en Salud.

Quienes reciben los beneficios del POS, y Cual es el grupo familiar que cubre el POS?

Todos los afiliados al régimen contributivo. Además del cotizante pueden estar inscritos como beneficiarios los familiares en primer grado de consanguinidad: el cónyuge y los hijos menores de 18 años. En algunos casos especiales (dependientes económicamente del cotizarte) se puede incluir hijos mayores, padres y hasta familiares en tercer grado de consaguinidad, pagando su costo adicional.



Que servicios de salud están cubiertos por el Pos?

Incluye el conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva hasta diversos tratamientos avanzados.

Cuáles son las exclusiones y limitaciones del Pos ?

Están excluidos aquellos procedimientos, actividades y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnostico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad .

Están excluidos, entre otros, los siguientes tratamientos:

- De carácter estético, cosmético o suntuario
- Suministro de lentes de contacto, sillas de rueda, plantillas etcétera
- Ciertos tratamientos como: curas de reposo o para el sueño, para la infertilidad, experimentales o con drogas experimentales, sicoterapia individual o de parejas, sicoanálisis de periodoncia,
- ortodoncia y prótesis odontológica y tratamiento de pacientes en su fase terminal.

23 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

24 Es el aporte que hace el Estado o el particular para entender a los afiliados al sistema.

¿Cómo son los periodos de cotización para la cobertura de servicios de Pos?

No habrá periodos mínimos de cotización o periodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el régimen subsidiado o en cualquier EPS del régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los periodos de carencia. Ley 1122 de 2007.



Periodos de Carencia. En el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no contempla preexistencias para sus afiliados, ni periodos mínimos de afiliación para la atención.

El Plan Obligatorio de Salud para comunidades Indígenas .- Las EPS que afilien a población indígena deberán concertar con las comunidades indígenas la adecuación sociocultural y logística de los contenidos del POS previa aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y aprobación definitiva del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, dentro del tope máximo de la UPC subsidiada. Igualmente deberán ser concertada las formas de prestación de servicios del POS objeto de la concertación y las IPS que constituyen la red prestadora.

¿Cómo se da la afiliación al sistema de seguridad social?

Los colombianos se pueden afiliar al sistema de seguridad social en salud a través de alguno de los dos regímenes existentes: subsidiado o contributivo.

Régimen Subsidiado

Acceden al régimen subsidiado en salud las personas más pobres y vulnerables, que no tienen capacidad de pago y que pertenecen a los niveles de la encuesta del SISBEN 1 y 2, o del nivel 3 dependiendo de la focalización y lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Estas personas reciben a través de servicios de salud un subsidio total o parcial del Estado.

Régimen Contributivo

Pertenecen a este régimen la población con capacidad de cotizar a una Empresa Promotora de Salud, bien sea trabajador dependiente o independiente o pensionado.

Las personas que están afiliadas tanto al régimen subsidiado como al contributivo reciben una serie de beneficios y servicios que están establecidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS): POS subsidiado o POS contributivo.

Para Recordar:

Hay personas a quienes la encuesta del Sisbén o el Listado Censal han identificado como pobres, pero que por ahora no son beneficiarios del subsidio en salud. A ellos se les llama población pobre no cubierta con subsidios a la demanda y se les seguirán prestando los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado (ESE), hospitales, centros y puestos de salud públicos y en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas (IPS) que tengan contrato con el Estado, es decir, con el Municipio, el Departamento o la Nación.

Debe tenerse en cuenta que hay diferencias tanto en la afiliación, en los beneficios y en los pagos que realizan las personas que están afiliadas al régimen subsidiado o al contributivo.

El aporte obligatorio en salud

Para la afiliación al régimen contributivo se debe aportar un 12.5% sobre el ingreso base de cotización. En el caso de los trabajadores dependientes este aporte lo pagan entre el empleador (8.5%) y el trabajador (4%). El tope del ingreso base de cotización es de 25 salarios mínimos.



El trabajador independiente aporta el 12.5% del ingreso base de cotización; debe ser cuando menos equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente.
El pensionado debe cotizar el 12.5% sobre la pensión que recibe.

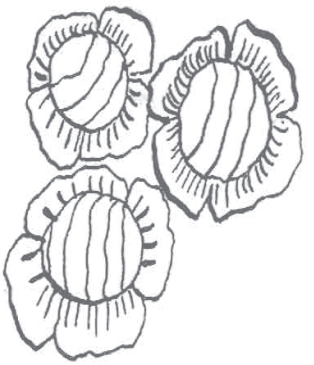
Si la empleada de servicio doméstico labora con distintos patronos, cotizará por intermedio de todos ellos sobre el salario devengado con cada patrono, sin que la suma de los aportes mensuales que deban cancelarse sea inferior al equivalente del 12.5% de un salario mínimo Legal vigente.

Las Madres Comunitarias, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1023 de 2006 que modifica los artículos 1 y 2 de la Ley 509 de 1999, las madres comunitarias del ICBF se afiliaran con su grupo familiar al régimen contributivo; consagrando un beneficio especial a favor de las madres comunitarias del ICBF en el sentido de establecer su cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud en un 4% de la suma que reciben por concepto de bonificación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Aseguramiento de los independientes contratistas de prestación de servicios.

Los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato. El contratista podrá autorizar a la entidad contratante el descuento y pago de la cotización sin que ello genere relación laboral.

Cuando el contratista pueda probar que ya está cotizando sobre el tope máximo de cotización, no le será aplicable lo anterior. Artículo 18 Ley 1122 de 2007.



¿Los deberes del cotizante empleado o independiente ?

El uso adecuado de la afiliación en salud conlleva un conjunto de obligaciones para el cotizante, como las siguientes

1. De afiliación: Para utilizar los servicios de la EPS es necesario la afiliación personal y del grupo familiar
2. De Información: Presentar los documentos necesarios, informar las novedades.
3. Económicos: hacer los pagos correspondientes y en forma oportuna.
4. De respecto y cuidado. Al personal encargado de la atención y a los recursos físicos que se utilizan.

Para Recordar:

Toda EPS está obligada a prestar a sus afiliados las atenciones del POS sin importar su edad, lugar de residencia, sexo, estado de salud o nivel de ingresos.

¿Quién tiene derecho a los servicios de salud de la EPS?

- Los afiliados cotizantes, los trabajadores dependientes, los servidores públicos, los trabajadores independientes; los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes o sustitutos.
- Los afiliados beneficiarios:
- El cónyuge.
- A falta de cónyuge, la compañera o compañero permanente, siempre y cuando la unión sea superior a dos años.
- Los hijos menores de dieciocho (18) años que dependan económicamente del afiliado.
- Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente del afiliado.
- Los hijos del cónyuge o compañera o compañero del afiliado.
- A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.

Carné de afiliación. Es el documento de identificación del afiliado a la EPS o ARS, el cual se entrega a cotizantes y beneficiarios.

Trabajadores independientes. Son las madres comunitarias y el trabajador que no se encuentre vinculado laboralmente con un empleador mediante contrato de trabajo, o mediante relación legal y reglamentaria.

¿Cuándo se pierde el derecho a los servicios?

El artículo 30 del acuerdo 244 de 2003 cuando se trata del traslado del Régimen Subsidiado al Contributivo. El afiliado que ingrese al régimen contributivo con posterioridad a su afiliación al régimen subsidiado, deberá informar a la entidad territorial en un plazo máximo de quince (15) días para que esta proceda a suspender su afiliación y la de su grupo familiar. Dicha suspensión se mantendrá hasta por un (1) año.

Dentro de este término la afiliación al régimen subsidiado del beneficiario y su grupo familiar podrá activarse nuevamente siempre y cuando cumpla los siguientes requisitos:

1. Haber reportado por escrito a la entidad territorial su traslado del régimen subsidiado a régimen contributivo en el término previsto en el presente artículo.
2. Que informe a la entidad territorial la pérdida del vínculo laboral que dio lugar a su afiliación al régimen contributivo y su intención de afiliarse nuevamente al Régimen Subsidiado.
3. Que el afiliado siga manteniendo los criterios vigentes para pertenecer al régimen subsidiado.



La activación será efectiva a partir del mes inmediatamente siguiente a aquel en que se presente la solicitud de activación.

¿Quién administra el seguro de salud?

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento para ello tienen que administrar el riego financiero, el riego en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía en la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Art. 14 Ley 1122 de 2007.

Las EPS son el medio por el cual se afilian al régimen contributivo el trabajador dependiente con salario, el pensionado, el trabajador independiente, el empresario y en general toda la población con capacidad de pago.

Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado, son las entidades por medio de las cuales la administración municipal afilia al régimen subsidiado a la población más pobre y vulnerable, identificada en los niveles 1 y 2 del Sisbén y en los Listados Censales. Hay tres tipos de Administradoras del Régimen Subsidiado: las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado (EPS), las Empresas Solidarias de Salud (ESS) y las Cajas de Compensación Familiar (CCF).

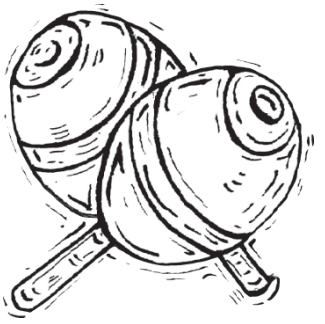
Para Recordar:

Su EPS tiene la obligación de publicar e informarle directamente sobre los valores y la manera como debe pagar estas sumas.

¿Por qué se recibe un subsidio en dinero en caso de incapacidad?

Si por razón de enfermedad o por causa de un accidente no relacionado con su trabajo el afiliado debe soportar una incapacidad temporal, su afiliación le da derecho a recibir, durante ese tiempo, un subsidio en dinero equivalente al 66.6% del ingreso mensual base de su cotización a la EPS.

En el caso del empleado, estas prestaciones reemplazarán su salario, ya que su empresa no le pagará si la incapacidad es superior a tres (3) días.



Para acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad por enfermedad general, el afiliado deberá haber cotizado, un mínimo de cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa.

No habrá lugar a reconocimiento de prestaciones económicas por concepto de incapacidad por enfermedad general, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o sus complicaciones, los cuales se encuentran expresamente excluidos de los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Si se pierde el empleo o lo cambia por otro o deja de percibir ingresos, pierde la afiliación a la EPS?

Cuando el afiliado pierde el empleo o deja de percibir ingresos para cotizar y ha estado afiliado a una EPS por más de un año, tiene derecho a la atención de urgencias durante cuatro semanas más y en el caso de estar recibiendo algún tratamiento, a continuar con él durante el mismo período. Si ha estado afiliado a la misma EPS durante cinco años, tendrá estos mismos derechos durante tres meses.

El empleado cotizante, al momento de perder el empleo, él y su empleador, deben reportar este hecho a la EPS, en este caso. Si más adelante vuelve a emplearse, volverá nuevamente a cotizar como empleado.

Cómo se puede saber cuáles son los medicamentos a que se tiene derecho en el POS?

Los afiliados tienen derecho a los medicamentos establecidos en el llamado Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo listado deberá encontrarse publicado por las EPS y por las IPS en los sitios de

acceso al público de sus farmacias o puede solicitar copia en Comité Técnico Científico de la respectiva EPS o ARS, según sea el caso.

C) Quiénes pueden ingresar al sistema de seguridad social en salud subsidiado?

Los pobres y vulnerables: mujeres durante el embarazo, el parto y el tiempo de lactancia, niños menores de un año, discapacitados, ancianos, madres cabeza de familia, indígenas, población migratoria, indigentes, desmovilizados, núcleos familiares de las madres comunitarias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), niños abandonados protegidos por el ICBF y población en condiciones de abandono y vulnerabilidad.

✪ Cuál es el proceso de afiliación al régimen subsidiado?

1. Las Alcaldías Municipales están obligadas a elaborar el listado de potenciales beneficiarios, personas que están en lista de espera para ser afiliadas, conforme existan recursos para ampliar coberturas de afiliados o cupos libres.

2. La lista debe estar conformada por la población de los niveles 1 y 2 del Sisbén y del Listado Censal, teniendo en cuenta el siguiente orden:



a. Recien Nacidos
b. Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección de ICBF.
c. Población del área rural.
d. Población indígena.
e. Población urbana.

✳ Se benefiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del SISBEN o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción.

✳ Continuaran con subsidios quienes cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales que el Gobierno Nacional defina como prioritarios.



✳ Se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizante o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenenezcan a los niveles I y II del SISBEN.

✳ La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal se hará una vez se haya logrado una cobertura del 90% al régimen subsidiado de los niveles I y II del Sisbén y aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del Sisbén. Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social;

- Los beneficiarios del nivel III del Sisbén que estén afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales o parciales al momento de la entrada en vigencia de la presente ley y que hayan recibido su carné de régimen subsidiado de acuerdo a las reglas vigentes en el momento de la carnetización, mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios;

- El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del Sisbén pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado. La UPC de los subsidios parciales no podrá ser inferior al 50% del valor de la UPC-S;

3. En cada uno de los grupos de población descritos en los numerales c, d, e, se priorizarán los potenciales afiliados en el siguiente orden

1. Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y postnatal.
2. Niños menores de cinco años.
3. Población en condición de desplazamiento forzado.
4. Población con discapacidad identificada mediante la encuesta Sisbén.
5. Mujeres cabeza de familia, según la definición legal.
6. Población de la tercera edad.
7. Núcleos familiares de las madres comunitarias.
8. Desmovilizados.

4. Deben entrar primero los puntajes menores del Sisben, respetando el orden anterior. Se incluirá todo el núcleo familiar (papá, mamá e hijos). No obstante los recién nacidos, la población infantil menor de 5 años y los menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, prioritarios según lo establecido en el presente artículo, podrán afiliarse sin su grupo familiar

5.- Poblaciones especiales a identificar con instrumentos diferente a la encuesta sisben.

1. Población infantil abandonada. El listado censal de potenciales beneficiarios será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

2. Población indigente. El listado censal de potenciales beneficiarios será elaborado por la respectiva alcaldía municipal.

3. Población en condiciones de desplazamiento forzado. Su identificación se efectuará a través del Sistema Único de Registro de la Red de Solidaridad Social o la entidad que haga sus veces.

4. Comunidades Indígenas. La identificación de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001. No obstante, cuando las autoridades tradicionales y legítimas lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta Sisbén.



5. Población desmovilizada. La población desmovilizada y sus núcleos familiares a cargo de la Secretaría Especial para la Reinserción del Ministerio del Interior, o la entidad que haga sus veces, se identificará mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por esta Secretaría. Los procedimientos para su identificación y afiliación será el que se encuentra definido en el Acuerdo 138 del CNSSS.

6. Núcleos familiares de las madres comunitarias. Los miembros del núcleo familiar de las madres comunitarias del ICBF se identificarán mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por el ICBF.

7. Personas de la tercera edad en protección de ancianatos. Las personas de la tercera edad de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en ancianatos, se identificarán mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por la Entidad Territorial.

8. Población rural migratoria. El listado de potenciales beneficiarios será elaborado por los gremios agrícolas o las organizaciones de usuarios campesinas correspondiente.

❂ Derechos de los afiliados al régimen subsidiado.

Los afiliados al Régimen Subsidiado son las personas de los niveles Sisbén 1 y 2, o aquellas incluidas en el listado censal del municipio, que están afiliadas a una Entidad Promotora de Salud de Régimen Subsidiado, se les debe garantizar el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSs).



❂ A cuáles medicamentos da derecho el POS-s?

A los considerados esenciales y que están listados en los Acuerdos 282 y 336 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

❂ Pago y traslado de pacientes que cubre el POS-s

- ✳ Pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo para los casos definidos en el Acuerdo del CNSSS que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran de un traslado a un nivel superior de atención.
- ✳ Pacientes en caso de Urgencia que requieran traslado a otros niveles de atención cuando medie la remisión de un profesional de la salud.
- ✳ Pacientes ambulatorios y hospitalizados por los cuales la ARS recibe prima adicional o UPC diferencial, en cualquier caso o evento descrito en el acuerdo y que requiera servicios de cualquier complejidad, previa remisión de un profesional de la salud, cuando existan limitaciones de oferta de servicios en el lugar o municipio. Acuerdo del CNSSS No. 306 Numeral.7

❂ Cuánto se debe pagar en el régimen subsidiado?

El afiliado sólo debe hacer un copago cuando lo hospitalizan y para cirugías, teniendo en cuenta el nivel del Sisbén o su inclusión en listado censal. No obstante, no habrán

copagos ni cuotas moderados para los afiliados del régimen subsidiado clasificados en el nivel I del Sisben o el instrumento que lo remplace.

Para Recordar:

LA PROMOCIÓN, FOMENTO DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD son aquellos procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo o informativo, individual o colectivo, ambulatorio y hospitalario para el fomento de la salud de la población.

ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. Son todas las acciones realizadas a una persona con alteración de la integridad física y/o mental para estabilizarla en sus signos vitales. En la atención inicial de urgencia se realiza un diagnóstico de impresión y se define el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la institución que realiza la atención inicial de urgencias.

TRATAMIENTOS DE ALTO COSTO. Son aquellos tratamientos utilizados en el manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas que se caracterizan por la complejidad del proceso de atención y el alto costo, están cubiertos con pólizas de reaseguros.

ADEMÁS:

Tanto los afiliados del régimen contributivo como los del régimen subsidiado tienen derecho a escoger libremente la Entidad Promotora de Salud que más les convenga. Hecha esta elección, cada persona con capacidad de pago establece un contrato con su EPS y cada administración municipal (en representación de sus subsidiados) establece un contrato con la EPS.

A partir de ese momento la EPS debe responder porque a ese ciudadano afiliado y a su núcleo familiar se le presten los servicios de salud oportunos y de calidad, según lo establecido en los planes obligatorios de salud (POS) del régimen contributivo o del régimen Subsidiado.

Subsidios Parciales

Tendrán derecho a recibir los siguientes beneficios del POS-S.

- Atención integral según lo dispuesto en el numeral 3 del Acuerdo 306 del CNSSS.
- Atención integral en ortopedia y traumatología, incluida la rehabilitación física necesaria.
- La atención integral del embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones con servicios de cualquier nivel de complejidad.

- Atención integral al menor de un año en cualquier nivel de complejidad para todas las enfermedades o afección de cualquier etiología.
- Los Medicamentos incluidos en el Manual de Medicamentos vigente s del sistema que sean formulados como parte de la atención ambulatoria de primer nivel de complejidad cubierto con el Régimen Subsidiado, siempre cuando haya sido prescrito por un profesional de la salud de primer nivel de la red pública, prescripción que debe ser verificable en la respectiva historia clínica.

E) SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

Son riesgos profesionales el accidente que se produce como consecuencia directa del trabajo o labor desempeñada y la enfermedad que haya sido catalogada como profesional por el gobierno.

Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

La enfermedad profesional es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada o directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el gobierno.



¿Quiénes son afiliados al sistema general de riesgos profesionales?

- Los trabajadores dependientes nacionales o extranjeros vinculados mediante contrato de trabajo o como servidores públicos.
- Los jubilados o pensionados, excepto los de invalidez, que se reincorporen a la fuerza laboral como trabajadores dependientes, vinculados mediante contrato de trabajo o como servidores públicos.
- Los estudiantes que deban ejecutar trabajos que signifiquen fuente de ingreso para la respectiva institución, cuyo entrenamiento o actividad formativa es requisito para la culminación de los estudios, e involucra un riesgo ocupacional, de conformidad con la reglamentación expedida.

¿Cuáles son los servicios de prevención en el sistema de riesgos?

La Administradora de Riesgos Profesionales, ARP, debe proporcionar a la empresa:

- Asesoría técnica básica para el diseño de programas de salud ocupacional
- Capacitación para el montaje de las brigadas de primeros auxilios.
- Capacitación a los miembros del comité paritario de salud ocupacional en las empresas de más de 10 trabajadores o a los vigías ocupacionales en las empresas con menos de 10 trabajadores.



✳ Fomento de estilos de trabajo y de vida saludables, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de las empresas.

En la Ley 776 de 2002, se consideran los aspectos concernientes a las incapacidades y los montos respectivos por incapacidad, así como los montos de pensión de sobrevivientes en el Sistema General de Riesgos Profesionales.

✪ Qué funciones tiene la ARP?

- ✳ La afiliación
- ✳ El registro
- ✳ Recaudo, cobro y distribución de las cotizaciones
- ✳ Garantizar a los afiliados la prestación del servicio
- ✳ Realizar actividades de prevención, asesoría y evaluación de riesgos profesionales
- ✳ Promover y divulgar programas de medicina laboral, higiene industrial, salud ocupacional y seguridad industrial.

En este aspecto se pretende lograr la caracterización de los sectores económicos de la región, revisión y análisis de las estadísticas de siniestralidad ocupacional en el departamento y el desarrollo de la Política de atención a las poblaciones laborales vulnerables.

El Decreto 2800 de 2003, señala la afiliación de los trabajadores independientes, así como el monto de las cotizaciones y las obligaciones que tienen.

F) SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

El Sistema tiene por objeto garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones determinadas en la ley, así como propender por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de la población no cubiertos con un sistema de pensiones.

Fondo de Solidaridad Pensional

El Decreto 569 del 26 de febrero de 2004 reglamenta la administración y el funcionamiento del Fondo de Solidaridad Pensional, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993, se creó el programa de auxilios para ancianos indigentes, con objeto de apoyar económicamente a aquellas personas que cumplan con los requisitos previstos en la normativa vigente y de acuerdo con las metas establecidas por el Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES.

La Ley 797 de 2003 modificó la subcuenta de solidaridad y creó la subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, como mecanismo de financiación del programa de auxilios para ancianos indigentes, de la Ley 100 de 1993.

El Fondo de Solidaridad Pensional tiene dos subcuentas que se manejan de manera separada, así:

- Subcuenta de solidaridad destinada a subsidiar los aportes al Régimen General de Pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural y urbano que carezcan de suficientes recursos para efectuar la totalidad del aporte, tales como artistas, deportistas, músicos, compositores, toreros y sus subalternos, la mujer microempresaria, las madres comunitarias, los discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, los miembros de las cooperativas de trabajo asociado y otras formas asociativas de producción.

- Subcuenta de subsistencia destinada a la protección de las personas en estado de indigencia o de pobreza extrema, mediante un subsidio económico.

Los beneficios de la subcuenta de subsistencia serán otorgados en las siguientes modalidades:

1. Un subsidio económico directo, esto es al beneficiario que no resida en los centros de bienestar del adulto mayor, el cual debe llegar al menos al nivel de ingreso que permita al beneficiario disminuir el riesgo de la indigencia, de acuerdo con las metas que el Conpes establezca.



2. Un subsidio económico indirecto, esto es al beneficiario que resida en los centros de bienestar del adulto mayor, el cual debe llegar al menos al nivel de ingreso que permita al beneficiario disminuir el riesgo de la indigencia, de acuerdo con las metas que el Conpes establezca.

El valor del subsidio económico será definido por el Conpes y la modalidad de subsidio a entregar será establecida en el proyecto presentado por el ente territorial.

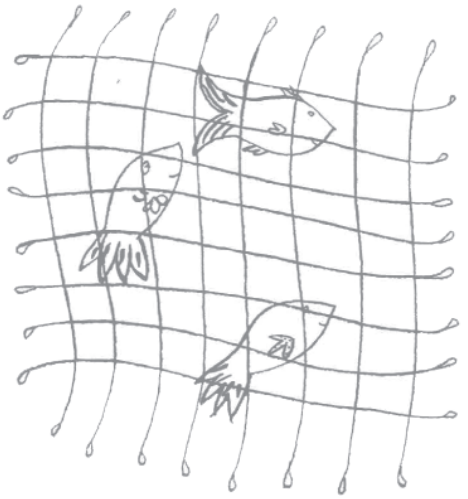
El subsidio económico siempre estará representado en dinero y en servicios sociales básicos o servicios sociales complementarios. Para los efectos del presente decreto entiéndase por servicios sociales básicos aquellos que comprenden el otorgamiento de alimentación, alojamiento y medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen subsidiado y por servicios sociales complementarios aquellos que se enfocan al desarrollo de actividades de educación, recreación, cultura, deporte, turismo y de ocio productivo.

¿Quién cofinancia el programa de auxilios?

Para la ejecución del programa de auxilios para ancianos indigentes, que se financiará con los recursos de la subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, se utilizará la modalidad

de cofinanciación entre la Nación y los entes territoriales. Para tal efecto, el Conpes establecerá los criterios con los cuales se determinará el porcentaje de los recursos de cofinanciación por cada beneficiario, que deberán aportar los entes territoriales de conformidad con el artículo 258 de la Ley 100 de 1993.

En todo caso, los recursos que aporte el municipio para el desarrollo del programa, serán manejados directamente por el ente territorial.



¿Dónde se atiende a la población?

En instituciones sin ánimo de lucro, de naturaleza pública, privada o mixta de cualquier nivel, que mediante convenios suscritos entre el Administrador Fiduciario, el municipio y la institución correspondiente o entre el municipio y el Centro de Bienestar del Adulto Mayor, estarán obligadas a:

1. Prestar un servicio integral y de buena calidad.
2. Usar los recursos del programa en la atención de los beneficiarios del subsidio.
3. Informar al Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad Pensional cualquier cambio que afecte la condición del beneficiario.

¿Quién entrega los recursos?

Los recursos serán entregados por el Administrador Fiduciario, de acuerdo con la modalidad de subsidio, así:

1. Subsidio económico directo en municipios donde existen entidades bancarias o entidades autorizadas para prestar el servicio de giros postales.
La parte del subsidio económico, representada en dinero, se girará directamente al beneficiario, por intermedio de la entidad bancaria o la entidad autorizada para prestar el servicio de giros postales con la cual el Administrador Fiduciario suscriba el convenio respectivo.

2. Subsidio económico directo en municipios donde no existen entidades bancarias o entidades autorizadas para prestar el servicio de giros postales.
Los recursos serán girados al municipio a la cuenta que se abra para la administración de los mismos, una vez se haya firmado el convenio entre el Administrador Fiduciario y este, para el desarrollo del proyecto.

La parte del subsidio económico representada en dinero será transferida al ente territorial a nombre del beneficiario, quien se encargará de entregarlo a cada uno de los beneficiarios.

3. Subsidio económico indirecto.

Los recursos para financiar la modalidad de subsidio económico indirecto serán girados al Centro de Bienestar del Adulto Mayor, el cual entregará a cada beneficiario la parte del subsidio económico representada en dinero y los demás recursos serán utilizados para los servicios sociales básicos que prestará el Centro de Bienestar a los beneficiarios.

En todo caso, las entidades a través de las cuales se transfieran los recursos deberán garantizar su entrega oportuna y eficiente a los beneficiarios.

¿Cuándo se pierde el derecho al subsidio?

El beneficiario del subsidio lo perderá cuando deje de cumplir los requisitos establecidos en el Decreto 569 de 2004 y en la Ley 100 de 1993.

1 Muerte del beneficiario.
2. Comprobación de falsedad en la información suministrada o intento de conservar fraudulentamente el subsidio.
3. Percibir una pensión u otra clase de renta o subsidio.
4. Mendicidad comprobada como actividad productiva.
5. Comprobación de realización de actividades ilícitas.
6. Traslado a otro municipio o distrito.



4.2. Área de asistencia social

El Área de Asistencia Social comprende los programas correspondientes a:

A) ATENCIÓN A POBLACIÓN DESPLAZADA

La población desplazada por la violencia de acuerdo con lo contemplado en la Ley 387 de 1997, reglamentada por el Decreto 2569 del 12 de diciembre de 2000, que se encuentra inscrita en el "Registro Único de Población Desplazada" y que no esté asegurada a ninguno de los regímenes de salud, tiene derecho a la prestación de servicios de salud a través de la red contratada por cada departamento o distrito.

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud la Ley 387 del 1997 dice que se implementarán los mecanismos para que la población desplazada acceda a los servicios de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación.

Tendrá derecho a que se le incluya en programas de promoción y prevención de control prenatal, de planificación familiar, de sexo seguro, de sida, de vacunación, de crecimiento y desarrollo.

El Ministerio de la Protección Social actúa a través del decreto 2131 de 2003 en donde se le establecen derechos como:

- Atención a situaciones de emergencia
- Suministro de medicamentos
- Consulta externa médica
- Odontología
- Consulta por especialista
- Exámenes de laboratorio y otros para diagnostico
- Atención del parto
- Cuidados intensivos
- Servicio de ambulancia
- Atención en salud mental
- Nutrición
- Cirugías

Dicho decreto establece además que tienen derecho a ser atendidos en servicios de urgencias por parte de las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud, aun cuando no se haya efectuado la inscripción en el Sistema Único de Registro

¿Qué programas se tienen para la población reinsertada o desplazada?

Apoyar las iniciativas empresariales para actividades agropecuarias que tengan la población desplazada o reinsertada. Se financia hasta el 100% de los costos directos del proyecto. Se benefician las asociaciones o agremiaciones de productores, cooperativas financieras y ONG que desarrollen actividades productivas integrando la población vulnerable como la afectada por el conflicto. La Población reinsertada o desplazada individualmente en condiciones ordinarias.

La financiación de los proyectos se realiza a plazos para capital de trabajo de hasta 24 meses y para inversión mayor a 24 meses y según el flujo de caja.

Mediante decreto 250 del 2005 del Ministerio del Interior y Justicia, se expide el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, estableciéndose de igual forma el seguimiento al cumplimiento de este Plan, por las entidades responsables sectorialmente, en las distintas estrategias de intervención estatal en el marco del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada.

B) POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

Población que padece una discapacidad física, visual auditiva o intelectual, que no necesariamente influye todas las veces, en la capacidad para trabajar y participar en la sociedad o tener una repercusión importante, requiriendo apoyo y ayuda considerable, con múltiples variaciones en ambas situaciones

El Conpes Social 80 de 2004 fija la Política Nacional de Discapacidad y los compromisos para su implementación, incorporado al Plan Nacional de Desarrollo, las estrategias para su desarrollo con la participación de las instituciones del Estado en las diferentes entidades territoriales, la sociedad civil y la ciudadanía.

El objetivo del Plan es consolidar una política pública que permita construir una sociedad que, si bien considera la discapacidad como una situación que puede y debe prevenir; a su vez, respete y reconozca las diferencias que de ella se derivan, promoviendo que las personas con discapacidad, la familia, la comunidad y el Estado concurran y estén comprometidos en proveer las condiciones para lograr su máxima autonomía y participación en los espacios cotidianos y de vida ciudadana.

Para proporcionar atención integral a las personas en condiciones de discapacidad y de extrema vulnerabilidad, se distribuyen recursos en las entidades territoriales.

Los anteriores recursos permiten financiar proyectos territoriales de atención integral de personas en condiciones de discapacidad a través del desarrollo de acciones en: Rehabilitación basada en comunidad, fortalecimiento de bancos de ayudas técnicas, mejoramiento de centros y unidades de rehabilitación, apoyo a la construcción del sistema de información en discapacidad y fortalecimiento de comités técnicos territoriales en discapacidad.



Con relación a la Política Nacional Integral de Discapacidad, se han coordinado acciones para la promoción del trabajo de esta población con empresarios de distintas localidades.

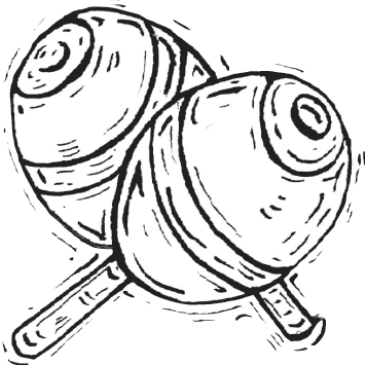
Existen los *Comités Departamentales de Discapacidad* en materia de integración laboral para personas con discapacidad, fomentando las alianzas estratégicas para la promoción de programas de formación para personas con discapacidad, liderada por el Sena y apoyada por el Ministerio de la Protección Social.

En la Resolución 1452 del 9 de mayo de 2006, se priorizaron las acciones relacionadas con la implementación de metodologías y estrategias de Rehabilitación Basada en la Comunidad y el fortalecimiento de los comités territoriales de discapacidad.

Las Metodologías y Estrategias de Rehabilitación Basadas en Comunidad pretenden el fortalecimiento de los servicios primarios, de Rehabilitación y de atención domiciliaria, permiten disminuir el promedio de días de hospitalización y el uso de servicios especializados. Mediante esta estrategia se busca que la comunidad y las familias se capaciten para apoyar a las personas con discapacidad, para que en su entorno logren su readaptación y reubicación familiar, laboral y social, disminuyendo y/o evitando los costos que implica el acceder a estos servicios en una institución de más alta complejidad.

Dentro de las actividades que se pueden cofinanciar están:

- Capacitación a personal de salud del primer nivel de atención, líderes comunitarios y familias en estrategias de RBC.



- Publicación del manual y guías de RBC, de acuerdo con el documento técnicamente validado por la OPS y el Ministerio de la Protección Social.
- Talleres sobre tecnologías apropiadas dirigidos a familias y comunidades sobre elaboración, adaptación y aditamentos para fomentar la autonomía e independencia de las personas con discapacidad.
- Acciones para el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo.
- Estrategias de comunicación e información para promover la inclusión.

Otro aspecto fundamental es el Fortalecimiento de los Comités Técnicos Territoriales de Discapacidad: para el establecimiento de una plataforma institucional en la que participen de forma activa los diferentes actores del sector gubernamental, del sector privado y de la sociedad civil organizada, facilita la coordinación de acciones intersectoriales, así como el desarrollo de metodologías y la aplicación de instrumentos de gestión para el desarrollo del Plan de Acción territorial.

Con el desarrollo de la estrategia del trabajo en Red se abren espacios para el intercambio de experiencias, se potencian las posibilidades de capacitación del recurso humano y se facilita la evaluación continua de compromisos sectoriales e intersectoriales que se llevan a cabo a través de programas, proyectos y actividades, con la participación de la comunidad.

De otra parte, es importante fortalecer el asociacionismo y generar espacios de comunicación con el "Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación", creado por la Ley 361/97.

C) PROGRAMAS DE NUTRICIÓN INFANTIL

Se creó un programa de desayunos infantiles dirigido a la población menor de cinco años, para proteger a los menores de la desnutrición. De igual manera para los niños de cinco a catorce años funciona el programa de restaurantes escolares, que tiene dos objetivos: garantizar la adecuada nutrición de los niños y disminuir la deserción escolar.

Adicionalmente, está en marcha el programa de Hogares Comunitarios, cuyo objetivo es proteger al menor considerado de alto riesgo en poblaciones vulnerables. Allí recibe alimentación integral para su desarrollo.

D) PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR

Es un programa de asistencia destinado a la protección social de personas adultas mayores en estado de indigencia o de pobreza extrema, mediante la asignación de un subsidio económico que sea en efectivo o en especie para cubrir los servicios sociales básicos y complementarios.

❂ PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL ADULTO MAYOR



El objeto principal de está programa es beneficiar a los abuelos de escasos recursos del país, con un almuerzo diario, de lunes a viernes durante 250 días al año y mensualmente, un kilo de Bienestarina. Este complemento alimentario equivale al 30 % de las necesidades diarias de calorías y nutrientes que requieren las personas de la tercera edad.

Este programa está dirigido a los adultos mayores de 60 años, clasificados en el nivel uno del Sisbén y que no reciben asistencia social del Estado a través de otros programas.

E) MADRES CABEZA DE FAMILIA

El Ministerio de la Protección Social, desde el componente salud, ha venido ampliando su radio de acción y protección a las mujeres desde las acciones de Salud Pública y de Aseguramiento. En Salud Pública desde las acciones relacionadas con promoción de la salud, prevención de las enfermedades de interés en salud pública, atención y reparación de las contingencias. Estas acciones están definidas en los planes de beneficios: Plan de Salud de Intervenciones Colectivas y Plan Obligatorio de Salud. Ambos planes incluyen intervenciones que benefician a las mujeres cabeza de familia y desplazadas, como al resto de población.



Las mujeres cabeza de familia de la población en situación de desplazamiento son una población focalizada prioritariamente para el Aseguramiento.

El artículo 13 de la Ley 789 del 2000, establece como concepto de jefe cabeza de hogar desempleado la persona que demuestre haber sido afiliado anteriormente como cotizante y no como beneficiario a una EPS o una caja de compensación con personas a cargo y que en el momento de recibir el subsidio no sea afiliado ni como empleado a una EPS, ni a una caja de compensación, ni como cotizante, ni como beneficiario.

4.3. Área de mercado laboral

El área de mercado laboral comprende los programas correspondientes a:

A) PROTECCIÓN LABORAL

La Protección Laboral como subsistema de la Protección Social debe desarrollar capacidad para avanzar en la promoción y divulgación de los Derechos Fundamentales en el Trabajo, afinamiento y ajuste del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Trabajo, la Promoción de la Productividad, el Diálogo Social y la Negociación Colectiva y la búsqueda de la ampliación de cobertura de la Protección Laboral al conjunto de poblaciones trabajadoras vulnerables, trabajadores independientes; informales,



dentro de los que se ha focalizado en los niños y las niñas trabajadores; los jóvenes trabajadores; las mujeres trabajadoras de los sectores más vulnerables, los trabajadores del sector rural y los trabajadores mayores de 40 años.

La política de protección a las poblaciones trabajadoras se enmarca dentro del conjunto de responsabilidades del Sistema de Protección Social que busca la prevención, mitigación y superación de los riesgos que afectan a la población más vulnerable, en este caso particular, a los grupos de población trabajadora más desprotegidos social y laboralmente.

Con esta política de protección a las poblaciones trabajadoras vulnerables el Gobierno Nacional por medio del Ministerio de la Protección Social – Viceministerio de Relaciones Laborales ha determinado los lineamientos que deben tener en cuenta las instituciones sectoriales, nacionales, regionales y locales, y todas aquellas que tengan competencias relacionadas, para el desarrollo de programas de atención y procesos de intervención, destinados a garantizar la plenitud de los derechos fundamentales en el trabajo y la universalización de la protección laboral al conjunto de las poblaciones trabajadoras del país.

Formación para el trabajo

En el marco de las competencias laborales, se tiene en cuenta los aspectos relacionados con la integración social y laboral de las personas en su formación educativa y para el trabajo.

La Formación para el Trabajo, se define como la formación profesional integral teórica-práctica, donde las personas adquieren, mantienen o mejoran conocimientos técnicos y tecnológicos, destrezas, aptitudes y valores que sustentan su empleabilidad como trabajadores; contribuyendo así, a su propio desarrollo personal, a la competitividad de la economía y al ejercicio pleno de la ciudadanía.

La Formación profesional debe estar ligada a los requerimientos de la demanda Del mercado de trabajo, al desarrollo de las nuevas tecnologías y su crecimiento de difusión. Por este motivo, la inversión en la formación es una responsabilidad compartida entre el sector público y privado, interlocutores sociales, trabajadores y sociedad en general.

B) ERRADICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL

La puesta en marcha de una política pública de prevención, desestímulo y erradicación del trabajo infantil (menores de 15 años) busca incidir en la eliminación de las peores



formas de trabajo infantil, especialmente la explotación sexual comercial infantil, el trabajo infantil doméstico, el trabajo infantil en la calle, en plazas de mercado, en la minería artesanal, y la vinculación de niños, niñas y jóvenes a grupos armados ilegales.

La instancia nacional responsable del tema, además del Ministerio de la Protección Social y el ICBF, seguirá siendo el Comité Interinstitucional de Erradicación del Trabajo Infantil y Protección del Joven Trabajador[25] quien se mantendrá encargado de la formulación y puesta en marcha de la política nacional de trabajo infantil y protección del trabajo juvenil.

La protección de los niños y las niñas trabajadoras se ha venido avanzando en la prevención, desestímulo y erradicación progresiva del trabajo infantil, hasta lograr en un principio el retiro de los niños y las niñas que se encuentren vinculados a cualquiera de las consideradas peores formas de trabajo infantil.

El Ministerio de la Protección Social y el ICBF han venido orientando las acciones desarrolladas en el marco del tercer Plan Nacional con el apoyo del Comité Interinstitucional Nacional de Erradicación del Trabajo Infantil y la asistencia técnica de la OIT., y su programa IPEC. En el Comité Interinstitucional confluyen organizaciones de empleadores y de trabajadores, organismos internacionales, ONG's y representantes de la sociedad civil.

El tercer Plan Nacional de Erradicación del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Juvenil ha definido cuatro líneas de acción estructuradas como ruta metodológica de largo alcance que comprende la investigación, las políticas públicas, la formación y la normatividad.

C) MUJER TRABAJADORA

Lograr el reconocimiento social de las mujeres trabajadoras, particularmente las de menor calificación, con prioridad en el grupo de las trabajadoras del servicio doméstico, donde se busca eliminar la participación de las menores de edad y garantizar todos los derechos laborales para las mayores. Se ha venido resaltando la importancia y la necesidad de involucrar más mano de obra femenina en igualdad de condiciones,



25 Conformado por: Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Comunicaciones, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Departamento Nacional de Planeación (DNP), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Coldeportes, Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo, Confederación General de Trabajadores Democráticos (CGT), Central Unitaria de Trabajadores (CUT), Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC), Asociación Nacional de industriales (ANDI), Empresa Nacional Minera (Minercol), Asociación Colombiana de Exportadores de Flores (Asocolflores), Confederación Colombiana de ONG, UNICEF, y la OIT-IPEC.

respecto de los hombres, y la eliminación de las prácticas de discriminación laboral y salarial con respecto del embarazo, la maternidad y lactancia, mediante la capacitación, formación, asistencia técnica, microcrédito y apoyo a iniciativas de emprendimientos famiempresariales y microunidades productivas.

En esa línea este Ministerio cumpliendo con su compromiso por la defensa de los derechos de las mujeres trabajadoras del servicio doméstico y prevención de la participación de las menores edad en este trabajo porque es donde aún se concentra buena parte del trabajo femenino más precario. Se ha venido adelantando una campaña nacional de sensibilización y reconocimiento de los derechos laborales fundamentales de las trabajadoras del servicio doméstico, con énfasis en el desestímulo de la vinculación de menores de edad a esta actividad y el cumplimiento de la normatividad

D) MUJER CABEZA DE FAMILIA MICROEMPRESARIA AGROPECUARIA (SECTOR RURAL)

Apoyar a las mujeres que por distintas circunstancias son las únicas encargadas de la manutención de un hogar, financiando con tratos preferenciales sus iniciativas empresariales en el sector agropecuario.

Se financia hasta el 80% del proyecto, desde $550.000 hasta 25 smlmv. Para capital de trabajo se financian los costos directos de la actividad productiva agropecuaria y rural tales como: mano de obra, asistencia técnica, adquisición de insumos, suministros de agua y de insumos, energía, servicios especializados, entre otros, al igual que los costos requeridos para la comercialización o transformación de los productos agropecuarios, artesanías y turismo rural. Con plazos para capital de trabajo de hasta 2 años y para inversión de hasta 5 años, ambos con períodos de gracia de hasta 6 meses.

E) MUJER CABEZA DE FAMILIA MICROEMPRESARIA NO AGROPECUARIA (SECTOR URBANO)

Financiar a las mujeres cabeza de familia en iniciativas que no pertenezcan al sector agropecuario. Se financia hasta el 80% del proyecto, entre $550.000 y $2.000.000. Para capital de trabajo se financian la adquisición de materias primas y disponibilidad de efectivo para facilitar el normal desarrollo de sus actividades productivas. Para inversión se financia la compra de maquinaria, equipos y muebles del negocio. Los plazos son de un año para capital de trabajo y 2 años para inversión, sin periodo de gracia.

PROGRAMAS DE APOYO A LA GENERACIÓN DE EMPLEO Y PROTECCIÓN A LOS DESEMPLEADOS.

1. Programa subsidio al desempleo

Creado mediante la Ley 789 de 2002, como un mecanismo de protección al desempleado en eventos críticos que presenten los ciclos económicos, a partir del otorgamiento de un subsidio temporal a las personas que han perdido el empleo.

El subsidio consiste en un apoyo económico que se otorga una sola vez a la persona que ha quedado sin empleo equivalente a uno y medio (1.5) salarios mínimos mensuales legales vigentes, pagaderos en seis cuotas mensuales iguales, representado en bonos de alimentación, de salud o de educación. De acuerdo con lo estipulado por la Ley, en ningún caso se entrega dinero a los favorecidos en este subsidio.

Con la Ley 789 de 2002 creó el Fomento al Empleo y Protección al Desempleo, FONEDE, que administran las Cajas de Compensación Familiar.

Población Objetivo :

-Jefes cabeza de hogar desempleados

Beneficiarios:

1. Desempleados con vinculación anterior a Cajas
2. Desempleados sin Vinculación anterior a Cajas

Requisitos:



- Ser jefe cabeza de hogar
- Carecer de un ingreso económico
- Encontrarse disponible para trabajar en forma inmediata
- Acreditar conductas activas de búsqueda de empleo
- Participar en los programas de inserción en la respectiva Caja de Compensación.

2. Contrato de aprendizaje

Buscar aumentar la formación ocupacional de los aprendices tanto del SENA, como otras entidades capacitadoras privadas y públicas, a partir de la oportunidad que se les brinda de adquirir una experiencia o entrenamiento reales en una organización empresarial.

Es una forma especial de relación laboral mediante la cual el aprendizaje adelanta su formación teórica en una entidad autorizada, con el patrocinio de una empresa que proporciona los medios, en la que debe desempeñarse en las actividades propias de esta.

Población Objetivo:

Alumnos del Sena, jóvenes de los últimos grados de educación secundaria, estudiantes universitarios, técnicos o tecnólogos de instituciones aprobadas por el Estado.

Beneficiarios:

Trabajador aprendiz matriculado en los cursos por el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA o instituciones Educativas por él reconocida, sean establecimientos especiali-

zados o las misma empresas, siempre que cumplam con las condiciones y requisitos determinados por el Consejo Directivo Nacional de esa entidad.

3. Programa jóvenes en accion

Es un subprograma de la Red de Apoyo Social, diseñado para mitigar el impacto que la crisis económica y el ajuste fiscal han generado sobre la población más pobre del país.

Tiene como objeto mejorar la empleabilidad y posibilidades de inserción laboral y social de jóvenes desempleados entre 18 y 25 años, pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN, a través de acciones de formación para el trabajo, formación laboral en un oficio y práctica laboral en empresas legalmente constituidas.

Beneficiarios:

- Jóvenes de 18 a 25 años de edad, de niveles 1 y 2 del SISBEN
- Entidades de Capacitación que tienen la oportunidad de fortalecer su oferta.
- Empresas legalmente constituidas en las cuales los jóvenes realizan las practicas laborales financiadas por el Programa.

4. Programa de formación ocupacional de jóvenes rurales

Objetivo es capacitar en áreas estratégicas y de alto desempeño ocupacional a jóvenes desempleados del sector rural, para incidir favorablemente en sus niveles de inserción laboral y empleabilidad.

El programa busca la capacitación y fortalecimiento de la capacidad empresarial de los jóvenes del sector rural, en las áreas agrícola, pecuaria, pesquera y agroindustrial, promoviendo especialmente ocupaciones como el ecoturismo, agroturismo, la cría y ceba de peces, y la pesca artesanal.

Población Objetivo:

Está dirigido a jóvenes desempleados de escasos recursos, del sector rural del país.

5. Proyecto de apoyo a alianzas productivas, AAP

Su objetivo apoyar el establecimiento de un conjunto variado de alianzas empresariales entre empresa privadas y pequeños productores organizados, para el desarrollo e implementación de proyectos productivos, participativos, sostenibles y replicables.

El programa brinda incentivos y apoyos directos a las Alianzas, que consisten en aportes e inversión para la financiación de subproyectos de empresas rurales productivas agropecuarias a agroindustriales que hayan sido formulados por una organización de pequeños y medianos productores, en el marco de las alianzas productivas y financieras acordadas con el sector privado empresarial .

Población Objetivo:

Pequeños productores que estén vinculados o quieran regresar al sector rural

6. Proyecto de apoyo al desarrollo de la microempresa rural, PADEMER

Su objetivo es contribuir a la reducción d la pobreza rural en el país a través del incremento del empleo y de los ingresos de las familias más pobres, brindando a los microempresarios rurales los empleo y de los ingresos de las familias más pobres, brindando a los microempresarios rurales los servicios e incentivos que requieran para el fortalecimiento y desarrollo de sus negocios rurales.

Los servicios de apoyo tecnológico comprenden servicios de capacitación, asistencia técnica y asesorías necesarias para el logro de una optima producción, comercialización y gestión acorde con las exigencia del mercado.

Población que no constituye un grupo homogéneo puede padecer una discapacidad física, visual auditiva o intelectual, que no necesariamente influye todas las veces, en la capacidad para trabajar y participar en la sociedad o tener una repercusión importante, requiriendo apoyo y ayuda considerable, con múltiples variaciones en ambas situaciones



F) FOMENTO DE LA PRODUCTIVIDAD Y LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS LABORALES

En la estrategia de fomento de la productividad se enlazan de manera estratégica las acciones de Protección de las Poblaciones Trabajadoras Vulnerables (Niños, niñas, jóvenes, mujeres, sector rural, etc.) con la Promoción del Diálogo Social y los Derechos Fundamentales en el Trabajo, encaminadas a generar ambientes de productividad reflejados en mejoramiento de las condiciones de vida y acceso a la seguridad social, así como la promoción de alternativas productivas e iniciativas empresariales para poblaciones vulnerables.

DIALOGO SOCIAL

El diálogo social se constituye en uno de los pilares sustentadores de las estrategias para la generación de ambientes de paz, a través de la convocatoria a los agentes más representativos de la dinámica social y económica de los espacios, nacional, regional y local, como mecanismo para el análisis de las condiciones y la construcción de soluciones concertadas, viables y sustentables, como requisito para la creación de condiciones que promuevan el desarrollo en esos territorios.

La Ley 278 de 1996, mecanismo normativo que crea la Comisión Permanente de Concertación de Políticas Salariales y Laborales, de manera simultánea abre el espacio para la creación de Subcomisiones Departamentales de Concertación, las cuales se han venido promoviendo desde la Dirección de Protección Laboral, como el escenario natural para la discusión de los problemas regionales y la construcción concertada

de lineamientos, acciones y compromisos eficientes para el logro de objetivos de impacto.

FONDO EMPRENDER

Es apoyar y estimular las asociaciones de estudiantes o recién egresados del SENA y de instituciones de educación reconocidas por el Estado, para que desarrollen sus propias iniciativas empresariales, facilitándoles la aplicación de los conocimientos adquiridos en la generación de nuevas fuentes de ingreso y empleo.

Beneficiarios:

- Ser Alumno o egresado del Sena o egresado de una entidad educativa aprobada por el Estado, de programas con una duración mínima y con certificación obtenida en los últimos 24 meses.
- Ser estudiante de los dos (2) último semestres o que haya concluido materias, dentro de los últimos doce(12) meses, de un programa de educación superior reconocido por el Estado.
- Ser Profesional universitario que haya obtenido su primer titulo durante los últimos 24 meses.



CAPÍTULO V.

Control Social en el Sistema de la Protección Social

5.1 Espacios de participación y Control Social 62

5.2 Veeduría en el Plan de Salud de Intervenciones Colectivas 64

5.3 Lecturas Públicas al Régimen Subsidiado 65

5.4 Vigilancia en las instituciones prestadoras de servicios de salud - Asociaciones de usuarios 68

5.5 Control en el Sistema General de Riesgos Profesionales 70

5.6 Control Social al Fondo de Solidaridad Pensional 70

5.7 Control a los recursos de la política de discapacidad 71

5.8 Seguimiento a Recursos de Desplazados 71

5.9 Seguimiento a Recursos I.C.B.F. 71



5. CONTROL SOCIAL EN EL SISTEMA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

En el contexto de la gestión eficiente de un Sistema de Protección Social de manera organizada, la comunidad realiza acciones de vigilancia y control, contribuyendo a garantizar la calidad de los servicios de salud, las acciones de inspección y vig ilancia en las relaciones laborales y la calidad de vida a través de las intervenciones en los programas de promoción social en lo territorial.
En el Sistema de Protección Social los organismos y las instituciones con la participación de la ciudadanía intervenienen en procesos como :

1.- EN LAS DECISIONES .- Desde el sector con las diferentes instancias de participación sobre los recursos del Plan de Desarrollo, Plan de Inversiones y Plan Sectorial a través de los Copacos, Asociaciones de Usuarios, Comités de Política Social , Consejos de Seguridad Social en Salud, Comité del menor trabajador, Comité del Maltrato Infantil, Comités de Desplazados, Comites de Salud Ocupacional, entre otras.

2.- EN LAS INVERSIONES .- En la ejecución de los Planes, Programas, Proyectos y Subsidios en los diferentes espacios de participación, conformando veedurías ciudadanas utilizando los mecanismos de : Audiencias publicas, publicación de listados censales y divulgación de los derechos y deberes a la población objetivo, entre otras.

3.- EN LOS SERVICIOS.- Ayudar a garantizar la calidad de la prestación de los servicios de salud, en los dos regímenes. Contribuye a que los beneficios de los subsidios a la población vulnerable y la protección laboral cumplan su fin.

5.1. Espacios de particiáción y Control Social?

❂ COMITÉS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA (COPACOS)

De acuerdo con lo establecido en los artículos 7 y 8 del Decreto 1757 de 1994, en todos los municipios se conformarán los comités de participación comunitaria en salud como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado.

Integrados así:



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

2. El Jefe de la Dirección de Salud Municipal.

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

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

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

b). Las Juntas administradoras locales.

c). Las organizaciones de la comunidad de carácter veredal, barrial, municipal.

d). Las asociaciones de usuarios y/o gremios de la producción, la comercialización o los servicios, legalmente reconocidos.

e). El sector educativo.

f). La Iglesia.



VEEDURÍAS CIUDADANAS

Son un mecanismo democrático de representación en el control social, de conformidad con el decreto 1757 de 1994 y la Ley 850 de 2003; en materia de salud, una de las formas a través de las cuales se pueden constituir las veedurías ciudadanas es mediante la elección democrática por parte de la comunidad de personas para que adelanten la vigilancia de la inversión pública, velando por la ejecución correcta de los recursos, proyectos y programas en cada vereda y en cada barrio.
De acuerdo con la Ley 850/2003, es necesario registrarse ante las personerías municipales y/o cámara de comercio.

ASOCIACIONES DE USUARIOS

Son las organizaciones de afiliados que constituyen el mecanismo más importante de participación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Son agrupaciones de participación democrática, constituidas por personas afiliadas al Régimen Contributivo, al subsidiado o vinculados (personas pobres sin aseguramiento). Su función es VIGILAR la Calidad de los servicios de salud, apoyar a los usuarios en sus derechos a recibir servicios integrales que promuevan la salud y el control de

la enfermedad y a vigilar el uso adecuado de los recursos asignados al sector salud a nivel de lo público o privado. (Ley 100 de 1993, Decreto 1757 de 1994) .

RED DE COMITÉS DE SALUD OCUPACIONAL

Con el propósito de facilitar la participación democrática de todos los actores en el sistema, la red está conformada por los comités seccionales y locales de salud ocupacional con objeto de establecer las relaciones jerárquicas, garantizar el funcionamiento armónico, orientar y sistematizar la información y servir de canal informativo para el cabal funcionamiento de los comités de salud ocupacional y del sistema general de riesgos profesionales.

RED DE COMITÉS TÉCNICOS TERRITORIALES DE DISCAPACIDAD

Conformada por los diferentes actores del sector gubernamental, del sector privado y de la sociedad civil organizada, facilita la coordinación de acciones intersectoriales, así como el desarrollo del control social.

5.2. Cómo se ejerce la veeduría en el plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas?

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.

Debe ser aprobado por el consejo territorial de seguridad social en salud.

La ejecución debe ser aprobada dentro del presupuesto y por el concejo municipal.

Los recursos deben estar en el fondo de salud municipal.

Las acciones de promoción y prevención del art. 46 de la Ley 715 de 2001 se ejecuten de acuerdo con lineamientos.

El municipio contrata las acciones del Plan, el contrato debe ser vigilado por los veedores.

Vigilar las acciones, los procesos de prevención como la vacunación y el saneamiento de los establecimientos públicos.

Vigilar y garantizar el tratamiento de enfermedades infectocontagiosas, aguas y alimentos.

5.3. Lecturas públicas al régimen subsidiado

Las Lecturas Públicas permite recuperar los subsidios que representan dinero para la salud, se involucra a la comunidad en el control, logrando fortalecer la participación ciudadana en la vigilancia de los recursos que invierte el estado en el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este procedimiento tiene tres etapas: unas acciones previas, la realización de la Asamblea Comunitaria y la acciones de seguimiento que permitirán que el proceso tenga sostenibilidad en el tiempo.

Por considerarla fundamental se debe convocar a la comunidad para las asambleas en veredas, corregimientos, barrios o zonas; se debe hacer con suficiente anticipación, utilizar megáfonos, radios locales, enviar avisos escritos a los padres de familia con los niños en las escuelas o con inspectores, etc.

El ejercicio se desarrolla para verificar si las personas afiliadas al Régimen Subsidiado tienen derecho a pertenecer a él.

Se debe seguir el siguiente proceso:



1. Conformar y organizar un equipo de trabajo, integrado por: la Administración municipal (Alcaldía), director local de salud, gerente o delegado de la ESE que puede ser la encargada del Servicio de Información y Atención al Usuario, organismos de control o Personerías, líderes comunitarios y promotoras de salud de EPS y administrador del Sisbén. Se deben realizar reuniones y buscar el compromiso de las organizaciones sociales y comunitarias para que impulsen y apoyen las asambleas con la comunidad y formen parte del equipo de trabajo.

2. Revisar datos o listados existentes en el municipio (listados censales, sisben y afiliados por EPS) y cruzarlos o depurarlos, es decir, compararlos y ver si existen afiliados repetidos y otras novedades.

3. Ordenar los listados de afiliados por zonas, inspecciones o veredas y barrios en medio impreso como insumo para el ejercicio.

Estos listados deben llevar la siguiente información:

- No. Ficha, Nombres y Apellidos, Sexo, Fecha nacimiento, Domicilio, el número de ficha del Sisbén, ordenar y encontrar en el listado los afiliados, agrupados por núcleo familiar.
- Conforme a la Ley 100/93, en las lecturas públicas, se identifica la cabeza de familia y eso permite ubicar a los hijos afiliados.
- La fecha de nacimiento se requiere para conocer quién es el cabeza de familia o quiénes son los padres de los menores que vienen a continuación en el listado.
- El domicilio se lee cuando la comunidad no puede ubicar la casa de los afiliados, el domicilio les facilita acordarse de quiénes se trata.

4. Realizar una asamblea de lectura pública:

1. El equipo encargado debe tener información sobre el funcionamiento del régimen subsidiado, quién tiene que estar afiliado, se exponen los derechos y deberes.

2. Las personas participan en el proceso verificando quién debe pertenecer al régimen subsidiado, durante la asamblea no se reemplazan cupos ni se retienen carnés, se establecen compromisos de verificación de las diversas situaciones en las actas correspondientes.

3. Las listas se deben leer públicamente en forma clara y constatar recomendaciones. Es importante insistir que con doble carné se le está quitando el cupo a alguien que lo necesita.

4. Los asistentes deben identificar en los listados:

- Si la persona se ha trasladado a otro barrio o vereda del mismo municipio.
- Si se ha trasladado a otro municipio.
- Si la persona tiene recursos o ingresos mensuales de más de dos salarios mínimos y está en niveles 1 y 2 del Sisbén.
- Si la persona ha fallecido.
- Si tienen otros carnés de salud, del régimen contributivo o subsidiado y de regímenes de excepción el Magisterio, Fuerzas Armadas y Ecopetrol.

5. Después de la lectura de los afiliados, la administración municipal debe completar los listados de potenciales beneficiarios con las personas que son nivel 1 ó 2 de Sisbén y que aún no pertenecen al régimen subsidiado y 3 de Sisbén si corresponde a subsidios parciales.

6. Pueden reportarse personas realmente muy pobres que han quedado en niveles 3, 4 del Sisbén; se tienen en cuenta para realizar la encuesta nuevamente.

7. Se listan también las personas muy pobres a quienes no se les haya realizado encuesta, para que los encuesten.



8. Posteriormente, la comunidad elige un mínimo de tres veedores teniendo en cuenta características de liderazgo y honestidad, que harán el seguimiento y control a los resultados de la asamblea. Los veedores deben informar los resultados a la comunidad que los eligió.

9. Al final de la asamblea se registran todos los compromisos en un acta y se organiza la verificación de los casos detectados como inconsistentes.

Después de la asamblea de lectura pública.

Promover la conformación de veedurías para el seguimiento en el tiempo; las veedurías deben vigilar estos listados y a las personas que se afilien cada año para que sean los que corresponden. Acuerdo 244 CNSSS.



Se deben verificar todas las observaciones e inconsistencias detectadas en la asamblea, de la siguiente manera:

Desconocidos. Se debe verificar por medio de una visita, si realmente no existen, se deben reemplazar por otras personas en el siguiente periodo de contrato, pero inmediatamente reportar la novedad al municipio.

Fallecidos. Se tiene que presentar la partida de defunción para que puedan ser sacados de los listados de afiliados. Estos cupos deben ser sustituidos inmediatamente por recién nacidos hijos de afiliados.

Traslado a otro municipio. Se les sustituye por otra persona o recién nacido, este cambio se realiza en forma inmediata, pero se reporta como novedad cuando se detecta la situación.

Doble afiliación. Inmediatamente se podrá sustituir por otra persona de la lista de potenciales beneficiarios priorizado en la misma EPS y por el mismo periodo del contrato, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 131 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.



Afiliados con nivel de sisbén equivocado porque no corresponde con su situación económica. Se les aplica nuevamente la encuesta si lo solicitan, si esta nueva encuesta queda en un nivel del Sisbén 3 ó 4, deben ser sustituidos por recién nacidos vivos u otras personas.

VIGILAR LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

- Los municipios y distritos destinaran hasta el 0.4% de los recursos del régimen subsidiado, para financiar los servicios de interventoria de dicho régimen. La Interventoria sólo podrá ser contratada con entidades previamente habilitadas departamentalmente y del Distrito Capital, a través de concursos de meritos, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

- Los Municipios y Distritos destinaran 0.2% de los recursos del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en la entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia lo anterior, será reglamentado por el Gobierno Nacional. Art. 13 literal e) Ley 1122 de 2007.

- Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen subsidiado, manejarán los recursos en cuentas maestras separadas para el recaudo y gasto en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social. Sus rendimientos serán invertidos en los Planes Obligatorios de Salud. Art.13 Literal f) Ley 1122 de 2007.

REGISTRO DE INCONSISTENCIAS EN ASAMBLEA COMUNITARIA

El equipo conformado para el trabajo y la Alcaldía sacarán en limpio el listado final de las inconsistencias en un formato para tal fin.

5.4. Vigilancia en las instituciones prestadoras de servicios de salud - asociaciones de usuarios

En cada IPS debe existir una asociación de usuarios con sus grupos de trabajo para mayor operatividad, que debe cumplir con las funciones establecidas en el decreto 1757 de 1994, para vigilar:

- Contratos con las EPS y hospitales o ESE, según red de servicios de salud.
- La póliza de reaseguro de enfermedades de alto costo.
- Las IPS contratadas deben tener los servicios habilitados de acuerdo con las disposiciones normativas.
- Los listados de afiliación para tener en cuenta que estén los que deben estar
- Los servicios en cuanto a calidad, oportunidad y cumplimiento con los derechos y planes obligatorios de salud.
- El cobro de cuotas moderadoras y copagos
- Las cuentas de los contratos y flujo de los recursos.
- Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y vigilar su cumplimiento.
- Elegir democráticamente sus representantes.
- Efectuar propuestas por escrito para mejorar, concertar y resolver las dificultades que se están presentando en las distintas áreas de prestación de servicios de salud.

RECOMENDACIONES PARA LAS ASOCIACIONES

- Recibir la adecuada y suficiente capacitación
- Elaborar su plan de trabajo por grupos operativos
- Investigar y analizar
- Efectuar requerimientos por escrito
- Coordinar
- Participar
- Concertar
- Trabajar con los organismos de control
- Realizar informes acerca de su gestión.



Todos los habitantes tenemos responsabilidad en el cuidado de nuestra salud y bienestar, así como en la vigilancia de la gestión de las entidades involucradas en la administración y prestación de los servicios, para que se nos preste cuando y como los necesitamos y recibamos los beneficios a los cuales tenemos derecho; por tanto todas aquellas personas que hacemos uso de los servicios de una IPS podemos ser veedores desde la asociación de usuarios.

Asociaciones de usuarios de EPS del régimen subsidiado y contributivo

Se conforman para velar por el cumplimiento de las obligaciones de aseguramiento y administrativas que las Empresas adquieren a través de la contratación y para velar por la prestación y calidad de los servicios que contratan. Se constituyen por delegados nombrados en las asambleas generales de las Asociaciones de Usuarios de las ESE-IPS que mediante delegación formal participan ante la asociación de usuarios de las EPS sede.

El Papel de las Asociaciones de la EPS del régimen subsidiado debe ser focalizar la vigilancia en:

La red de servicios propia o los hospitales, laboratorios u otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las que han contratado, buscar que estén cerca de los afiliados, que se garanticen todos los servicios, que las citas sean oportunas.

Efectuar el seguimiento a la póliza para la atención de enfermedades de alto costo, como cáncer, sida, afecciones del corazón, operaciones de cráneo, columna, reemplazo de cadera y rodilla, riñón, cuidados intensivos y quemaduras muy graves.

La entrega efectiva de los listados de afiliados a esta red, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato de Administración de Régimen Subsidiado.

El proceso de selección de beneficiarios del régimen subsidiado.



La efectiva carnetización de los afiliados en el tiempo estipulado.

El proceso de afiliación tanto en EPS, del régimen subsidiado. (EPS-s) y del contributivo

Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso al paquete de servicios.

Que se garanticen todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado o POS-s, como son: hospitalización, medicamentos, ayudas diagnósticas (laboratorios y Rx), consultas, entre otros.

Realizar el seguimiento a los contratos para la prestación de los servicios, obligaciones en los pagos, plazos y que incluya datos del contratista y la interventoría habilitada por el departamento.

La calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.

El acceso a los servicios.

El libre traslado de los afiliados.

Las bases de datos de afiliados.

El portafolio de servicios de IPS.

Los contratos con los municipios y las dificultades que se presenten en los pagos del municipio a las EPS-s y de las EPS-s al hospital.

Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las Juntas Directivas de las Entidades Promotoras de Salud.

Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y vigilar su cumplimiento.

5.5. Qué se puede vigilar o controlar en el sistema general de riesgos profesionales?

- La afiliación de las empresas
- La afiliación del servicio doméstico
- Controlar la Evasión (Omisión de la obligación legal de afiliar) y la Elusión (se cotiza sobre un valor inferior al devengado por el trabajador o cotizar por un riesgo de menor valor).

Cualquier persona interesada o que tenga conocimiento de la evasión y elusión de aportes al Sistema de Riesgos Profesionales puede presentar la respectiva queja ante las Direcciones Territoriales a nivel departamental.

5.6. control social a la administración y funcionamiento del fondo de solidaridad pensional

Con el comité municipal de apoyo a los beneficiarios.

Todo municipio deberá integrar un Comité Municipal de Apoyo a los Beneficiarios de la subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, según el decreto 569 del 26 de febrero de 2004, el cual puede ser el mismo que hace parte del Consejo Municipal de Política Social. Estará conformado por un grupo base integrado por: El Centro Zonal del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, la entidad territorial, organizaciones de base comunitarias, consejos comunitarios y cabildos indígenas, el sector salud, el sector educativo, los beneficiarios, las autoridades locales y entidades privadas y demás que puedan intervenir en la ejecución de la subcuenta.

Los representantes de los beneficiarios, serán por lo menos tres (3) personas elegidas en asamblea de beneficiarios. El responsable de la entidad territorial es el responsable de la secretaría técnica y debe ser preferencialmente un funcionario que tenga a su cargo el desarrollo de la política de la población beneficiaria. También podrán participar funcionarios de los organismos de control y representantes de las veedurías y de control social.

En los municipios que existan proyectos con indígenas o población afrocolombiana, es indispensable que estén representantes de la oficina de asuntos indígenas territorial de la organización regional indígena y de los cabildos y otros similares.

El Comité Municipal velará por el buen funcionamiento del sistema de subsidios en el municipio. Para ello hará seguimiento y control de beneficiarios, recibirá peticiones, quejas y reclamos de los beneficiarios y los trasladará a la entidad facultada para la selección de beneficiarios y al Administrador Fiduciario.

5.7. Control a los recursos de la política de discapacidad

Los Consejos de Política Social a través de gobernadores y/o alcaldes serán informados sobre la asignación de dichos recursos, con el fin de que se establezca un compromiso de articular el Plan de Acción al Plan de Desarrollo Departamental o Local, para garantizar otras fuentes de financiación y proporcionar la información a la comunidad para que pueda ejercer un control social participativo.

En los Comités de Discapacidad a nivel territorial participa el sector publico y privado y organizaciones de y para discapacidad, la conformación de veedurías ciudadanas se constituyen en vigilar los compromisos adquiridos en beneficio de esta población.

5.8. Seguimiento a los recursos de la población en condiciones de desplazamiento por la violencia

Existen recursos a través de la Subcuenta de ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía:



1. Para atención en salud a través de convenios con los departamento

2. Intervención Sicosocial a través de proyectos mediante giro al departamento siempre cuando el departamento presente proyectos.

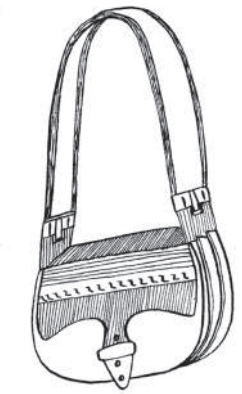
Otros recursos que son girados al departamento a través de Pastoral Social, entidades sin animo de lucro para la atención integral a la población despazada.

5.9 Seguimiento a los Recursos de los Programas implementados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para favorecer el ejercicio del Control Social.

En los lineamientos de programación se hace taxativo el énfasis en la veedurías para efectos de promover la organización participación y vigilancia d la comunidad en torno a los programas antes mencionados, en cumplimiento de sus competencias por parte de los entes territoriales y de otros sectores frente a los servicios para la niñez en conflicto con la Ley.

- Atención a Niños y niñas menores de 7 años.
- Hogares Comunitarios de Bienestar .
- Hogares Infantiles
- Lactantes y Preescolares
- Jardines Comunitarios

- Atención a Niños Sordo.
- Desayunos Infantiles
- Clubes Juveniles y Prejuveniles
- Atención Nutricional al Escolar y al Adolescente
- Atención a Poblaciones Especiales:
  -Grupos étnicos (indígenas, negros, raizales)



- Atención a niños, niñas y jóvenes con derechos vulnerados:
  - Atención a víctima de la violencia
  - Menor trabajador
  - Menor discapacidad
  - Menor explotado sexualmente .
  - Menor en situación de calle
  - Menor abandonado
  - Atención a desplazados

Las Estrategia utilizadas tenemos :

Entrega Virtual y Pública: consiste en que el proveedor realice la entrega semanal de los alimentos y del material didáctico en presencia de la comunidad y de los padres de los niños beneficiarios, se actúa frente a la calidad y cantidad de dichos suministros.

Red de Vecinos y amigos : consiste en que la comunidad controla la correcta ejecución de los programas y servicios a ella misma dirigidos, al tiempo que participa y apoya en la gestión de temas específicos.

Sistema de Quejas y Reclamos : Consiste en que esta deben resolverse siguiendo los principios dispuestos en el Código Contenciosos Administrativo para el ejercicio del derecho de petición, según se trate del interés particular o general, y su incumplimiento da lugar a la imposición de las sanciones previstas en el mismo.

Sistema de seguimiento a la gestión, líneas telefónicas y Carteleras para información y divulgación : Cada entidad debe tener una línea telefónica gratuita permanente a disposición de la ciudadanía para que a ella se reporte cualquier recomendación, denuncia o crítica relacionada con la función que desempeña el servicio que presta.

Ejercicio de Control Social : Consiste en acciones de la comunidad en un espacio municipal o local especifico, en un tiempo definido y frente a un servicio de atención a la niñez y a ala familia determinado.

Rendición Pública de Cuentas : Este consiste en una metodología o mecanismo de gestión pública participativa en la Ley 489 de 1998, y como línea de acción y proceso permanente de información pública de resultados, basada en el principio de responsabilidad social, en la política de evaluación actual ICBF



CAPÍTULO VI.

Responsabilidades, participación y control social en algunas entidades adscritas y vinculadas

6.1 Superintendencia Nacional de Salud 74

6.2 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 75

6.3 Servicio Nacional de Aprendizaje 76

6.4 Instituto Nacional e Inspección y Vigilancia de Medicamentos y Alimentos 77

6.5 Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta 78

6.6 Instituto Nacional de Cancerología 79

6.7 Instituto de Seguro Social 80

6.8 Caja Nacional de Previsión 81

6.9 Empresa Territorial para la Salud 82

6.10 Comisión de Regulación en Salud 83

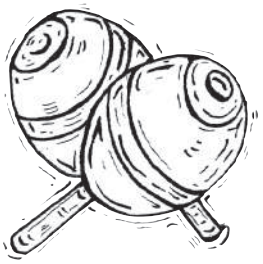
6. RESPONSABILIDADES , PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIALEN ALGUNAS ENTIDADES ADSCRITAS Y VINCULADAS

A continuación se presentan a través de tablas algunos de los organismos que hacen parte del Sistema de la Protección Social, sus funciones y los mecanismos de Participación y/o Control Social establecidos en cada uno de ellos.

ORGANISMO	RESPONSABILIDADES	MECANISMO DE PARTICIPACIÓN
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD **SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL**	- Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de seguridad Social en Salud, proteger los derechos de los usuarios, en especial al aseguramiento y el acceso al servicio de atención en salud, tanto individual como colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad. - Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de recursos con destino a la prestación de servicios. De salud. - Advertir, prevenir, orientar y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud. - Ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación critica o irregular (Jurídica, Financiera, económica, técnica, científico administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión. - 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.	La Superintendencia Nacional de Salud ha desarrollado la Red de Controladores en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, para identificar problemas relacionados con la afiliación. • Carnetización, acceso a los servicios de salud, prestación de los diferentes planes, inadecuada prestación de los servicios de salud o problemas relacionados con la calidad. • La aplicación de la normativa vigente en la generación y flujo de recursos financieros del sector, cualquiera sea su origen. • La inversión de los recursos de los monopolios rentísticos, que deben ser específicamente destinados a la salud. • El financiamiento y ejecución de los recursos asignados a los Planes de Atención Básica municipal, así como a los recursos del orden Departamental y Nacional que de manera complementaria se asignen para la prestación de servicios de salud. • EL DEFENSOR DEL USUARIO EN SALUD .-depende de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Servirá de vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud (Ley 1122 de 2007). **INFORMACIÓN** **www.supersalud.gov.co** **018000910110**



ORGANISMO	RESPONSABILIDADES	MECANISMO DE PARTICIPACIÓN
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	Con la promulgación de la Ley 7ª de 1979, que reorganiza al ICBF y crea el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, se le asigna al Instituto el objetivo de brindar protección a la niñez y fortalecer a la familia, para lo cual debe desarrollar acciones preventivas de la desintegración familiar y de protección preventiva y especial para los niños y la familia. Luego de aprobada la Convención sobre los Derechos de los Niños y en concordancia con sus postulados, la Constitución Política de Colombia de 1991 reconoce al niño/a como sujeto pleno de derechos y determina que los derechos de los niños prevalecen sobre los demás.	Como condición indispensable es el fortalecimiento de los procesos participativos, las experiencias de control social, la capacidad de concertación y trabajo conjunto con la alcaldía. El éxito de la Rendición de Cuentas a través de Audiencias Públicas lo da la capacidad de convocatoria, la preparación, divulgación y publicidad de información para promover una participación calificada, y por último la organización y desarrollo de la agenda de trabajo. Las veedurías han ejercido en tres grandes áreas de la Administración Pública y de administración y gestión de las instituciones prestatarias del servicio, como son: la Planeación, la Gestión de Servicios y el Control. La entrega virtual de alimentos y material didáctico es una estrategia de participación que, para el caso del ICBF, consiste en que semanalmente el proveedor de los hogares comunitarios hace entrega de los alimentos en presencia de la comunidad y de los padres de los niños beneficiarios que actúan como veedores, de manera que los niños reciban alimentos y material didáctico de buena calidad, cuya entrega es anual. **www.bienestarfamiliar.gov.co** **018000918080**



ORGANISMO	RESPONSABILIDADES	MECANISMO DE PARTICIPACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	El Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) se encarga de cumplir la función que le corresponde al Estado de invertir en el desarrollo social y técnico de los trabajadores colombianos, ofreciendo y ejecutando la Formación Profesional Integral gratuita, para la incorporación y el desarrollo de las personas en actividades productivas que contribuyan al desarrollo social, económico y tecnológico del país. Ofrece programas de asistencia social mediante apoyo al desempleo y a la población no afiliada a la seguridad social. Formación Titulada Formación Continua Formación Ocupacional Formación Continua – Convenio con Empleadores	• Se puede participar activamente de los programas, proyectos, planes y acciones del SENA, a través de las jornadas tecnológicas, la divulgación que se realiza a través de los diferentes órganos de información, como el periódico Enlace, las páginas Web, las unidades de Información Técnica, las líneas 1-8000, las videoconferencias, los Centros de Información para el Empleo (CIE), los Centros de Servicio al Cliente, entre otros. Además de los convenios de cooperación, las alianzas estratégicas y la contratación de servicios. • Igualmente se fomenta la participación en las veedurías a apertura de convocatoria. Recepción de propuestas en Regionales, en donde se emite concepto Técnico, certificados de paz y salvo para aprendices y aportes, monto cancelado al SENA en la vigencia anterior y certificación sobre la posibilidad o no del SENA de ejecutar las acciones propuestas por la empresa en sus Centros de Formación. • También en veeduría a los proyectos financiados y a los recursos destinados para su desarrollo. • Mesas Sectoriales como instancias de concertación donde se proponen políticas de desarrollo de talento humano y de la formación, mediante la normalización y la certificación de competencias, laborales. Integradas por : Gremios = Asociaciones, Cooperativas Academia = Universidades, Institutos Técnicos Trabajadores = Empresas, IPS, Camis, Clínicas, Hospitales. Gobierno = Minprotección Social y Secretaria de Salud territorial **www.sena.edu.co** **PBX 5925555**

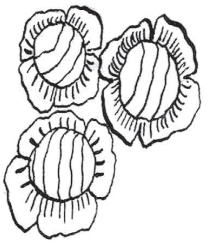


ORGANISMO	RESPONSABILIDADES	MECANISMO DE PARTICIPACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA	El INVIMA es una institución oficial de vigilancia y control de carácter técnico científico, que trabaja para la protección de la salud individual y colectiva de los Colombianos mediante la aplicación de las normas sanitarias relacionadas con los productos de su competencia. OBJETIVOS Y JURISDICCIÓN Ejecutar las políticas formuladas por el Ministerio de la Protección Social en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de: medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas alcohólicas, cosméticos, dispositivos, elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales, homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva. Actuar como institución de referencia nacional y promover el desarrollo científico y tecnológico referido a los productos descritos. Supervisar algunas acciones del áreas de salud pública establecidas en el artículo 34 de la Ley 1122 de 2007, el cual podrán delegar algunas de esta funciones definidas de común acuerdo con las entidades territoriales.	El INVIMA, en desarrollo de sus funciones, debe interactuar de manera permanente con entidades de su misma naturaleza, con entidades del sector y con algunas que, sin ser del sector, tienen estrecha relación con sus funciones. Esto es válido para el nivel nacional e internacional. Dado que las políticas de interés y competencia del INVIMA también lo son para otras instituciones, del nivel nacional e internacional, se establecen líneas de cooperación, colaboración y participación social que permiten aunar esfuerzos, sumar recursos y producir sinergia, procurando que el logro de los objetivos comunes adquiera mayor viabilidad y signifique un menor esfuerzo para todos. **www.invima.gov.co** **018000910192**





ORGANISMO	RESPONSABILIDADES	MECANISMO DE PARTICIPACIÓN
INSTITUTO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA	El Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta, como Instituto Nacional de Dermatología, líder en servicios asistenciales y con proyección a nivel internacional, busca formar integralmente talento humano de alto nivel científico, generador de investigación para contribuir a la promoción, prevención y recuperación de la salud cutánea, en procura de mejorar la calidad de vida del ser humano.	La Institución cuenta con varios medios para que el usuario se manifieste: buzones de sugerencia, medio electrónico a través de página web, personal o telefónicamente. Estas manifestaciones se consolidan y envían a las gerencias medias y dirección general para la implementación de planes de acción, respuesta al usuario (promedio de tres días hábiles) y monitoreo. A estos planes se les hace seguimiento periódico y su impacto es evaluado en el Comité SIAU. De esta forma los usuarios del Centro Dermatológico retroalimentan y ejercen control sobre los procesos. Medición de la satisfacción del usuario Se dispone de herramientas (encuestas de percepción y grupos focales) para evaluar la calidad de los servicios que brinda el Instituto. Asociación de usuarios: Existe desde el año 1998, cuenta con sus propios estatutos, conoce los informes de encuestas y de manifestaciones e interviene en el mejoramiento de los procesos de atención. Ha participado en planes de promoción y prevención de la salud cutánea en conjunto con nuestra oficina de docencia e investigación. Participación institucional: La comunidad participa a nivel institucional a través de dos instancias: la Junta Directiva del Instituto con dos miembros de la asociación de usuarios, y el Comité de Ética en investigación con dos representantes de la comunidad no médica (Filósofo – Abogado. **www.dermatologia.gov.co** **PBX 4887980**

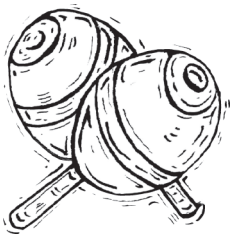


ORGANISMO	RESPONSABILIDADES	MECANISMO DE PARTICIPACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	Las dificultades para reducir el número casos nuevos y de muertes por cáncer en Colombia ponen de manifiesto la necesidad de tener un mejor entendimiento de la enfermedad en nuestro medio. Por lo tanto, es definitivo fortalecer la investigación en cuatro grandes áreas: • Particularidades del comportamiento biológico de la enfermedad en la población colombiana. • Comportamiento social de la enfermedad en grupos poblacionales definidos por la diversidad geográfica y cultural de nuestro país. • Búsqueda de alternativas diagnósticas y terapéuticas costo-efectivas para nuestro medio. • Estudio de la forma en que las intervenciones deben insertarse dentro del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) en particular y dentro de nuestro sistema de gobierno y organización social en general. Para tales efectos, se han propuesto las siguientes líneas de investigación: 1. Carga de cáncer en Colombia y factores de riesgo relacionados. 2. Infecciones y cáncer en la población colombiana. 3. Exposiciones ambientales y cáncer en la población colombiana. 4. Metabolismo y cáncer. 5. Progresión tumoral e historia natural del cáncer. 6. Evaluación tecnológica de alternativas diagnósticas y terapéuticas. 7. Aspectos psicosociales del cáncer. 8. Servicios oncológicos. 9. Políticas públicas y control del cáncer.	El Instituto en su Plan de Desarrollo Institucional (Acuerdo No. 003 de 2003) forma parte importante del componente de atención al usuario, el cual busca brindar una excelente atención al binomio paciente–grupo familiar basada en principios éticos de tolerancia, respeto y buen trato, agilizando los procesos para facilitar el acceso y oportunidad al servicio como respuesta a sus necesidades y expectativas, como complemento a esta línea de acción se refiere a la participación comunitaria como base intersectorial del desarrollo social. Como conclusión a los procesos de reformas en salud que se vienen adelantando se hace indispensable la participación y el control social, lo cual no se debe realizar considerando a los usuarios de los servicios como simples receptores o beneficiarios de las acciones del sector, sino como ciudadanos con la capacidad de participar en la definición de normas, derechos, obligaciones y los mecanismos que garanticen el cumplimiento de estos derechos; los líderes comunitarios son el puente de comunicación entre la comunidad y los servicios de salud para apoyar el esfuerzo común, para la institución son un eslabón importante en el análisis de sus problemas y la propuesta de soluciones adecuadas. **www.incancerologia.gov.co** **Tel. 3341111**





ORGANISMO	RESPONSABILIDADES	MECANISMO DE PARTICIPACIÓN
INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL	MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD. Brindar una atención integral con enfoque familiar, mediante un proceso continuo y progresivo, que tiene como objetivo mantener la salud de los beneficiarios mediante acciones de Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en todos los niveles de complejidad. Desarrollar una cultura orientada al fomento del autocuidado y promoción de la salud, y la Prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta las necesidades en salud de los afiliados a la EPS-ISS. Evitar complicaciones de la enfermedad. Resolver en el primer nivel de atención la mayoría de las necesidades de salud de los afiliados. Garantizar al afiliado el derecho a escoger el médico que le brindará la atención en salud.	La participación se ejerce a través del modelo del control social a: La inversión en salud en proyectos y acciones que adelanta la Entidad Promotora de Salud EPS con la Red de servicios contratada como es el caso en el Instituto de Seguros Sociales con las Empresas Sociales del Estado (ESE) creadas mediante el Decreto 1750 de 2003 y su red complementaria. Veeduría al régimen contributivo a través de la Organización de las tareas que vá a desarrollar. Apoya el ejercicio de los veedores por parte de la Administración. Evaluación a las veedurías. **ACCIONES DE VIGILANCIA EN LA SALUD PÚBLICA:** Las ESE o las Instituciones Prestadoras de Servicios deberán notificar las enfermedades muy peligrosas o frecuentes a la entidad territorial de su jurisdicción y al Instituto de Seguros Sociales. En la base de datos de afiliados, se puede revisar: • Que no exista la multiafiliación. • Que el afiliado aparezca registrado en un solo régimen. • Que el afiliado esté al día en sus aportes. **www.iss.gov.co** **PBX 4895007**



ORGANISMO	RESPONSABILIDADES	MECANISMO DE PARTICIPACIÓN
CAJA NACIONAL DE PREVISIÓN	La Caja Nacional de Previsión Social continuará con las funciones de trámite y reconocimiento de pensiones, así como con el recaudo de las cotizaciones en los términos establecidos por la ley, las cuales serán giradas mensualmente al Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional, entidad que se encargará del pago de las respectivas pensiones. Las demás prestaciones económicas seguirán tramitándose, reconociéndose y concediéndose por Cajanal. Las reservas que haya acumulado la Caja Nacional de Previsión Social hasta la vigencia de la presente ley por concepto pensiones serán entregadas al Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional.	Vigila acerca de los Trámites que pueden efectuar los afiliados a las Administradoras de Pensiones de Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida. Los usuarios afiliados a estas entidades podrán realizar los siguientes trámites y tener respuesta de ellos: • Solicitud de certificación de NO PENSIÓN. • Pensión de Vejez. • Pensión de Invalidez por riesgo común. • Pensión de sobrevivientes por riesgo común o enfermedad común. • Sustitución en forma provisional. • Indemnización Sustitutiva de Vejez, Invalidez y Sobrevivientes. • Auxilio Funerario. • Prestación Económica por Incapacidad Periodo de Observación y Tratamiento. • Reliquidación de Pensiones. • Pensión Gracia. • Inclusión en la Nómina de Pensionados.





ORGANISMO	RESPONSABILIDADES	MECANISMO DE PARTICIPACIÓN
EMPRESA TERRITORIAL PARA LA SALUD	La Empresa Territorial para la Salud, ETESA, creada por la Ley 643/01, es una empresa Industrial y Comercial del Estado, vinculada al Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto es la explotación como arbitrio rentístico (actividad libre y de azar que genera recursos para el Estado destinados al sector de la salud) de los juegos definidos por la Ley como novedosos, los que en la misma expresamente se le asignen y los demás cuya explotación no se atribuya a otra entidad. En desarrollo de su misión, ETESA recauda los derechos de explotación de los juegos de suerte y azar de su competencia, los cuales son transferidos en su totalidad a los municipios y departamentos del país, de conformidad con lo señalado en los artículos 32 y 40 de la Ley 643 del 2001.	El control social a la Administración Pública en las transferencias de los recursos recaudados por ETESA, se ejerce por la ciudadanía debidamente organizada, orientado a vigilar los recursos que constitucionalmente cumplen una finalidad social prevalente para garantizar el sistema general de salud de la población más vulnerable. Los mecanismos apropiados de dicho control serán a través de las veedurías ciudadanas, Comités de participación en salud y los distintos mecanismos de participación (Ley 134 de 1994), quienes podrán hacerles seguimiento a las transferencias que ETESA debe realizar en forma periódica (juegos localizados) y semestralmente para los juegos novedosos (Baloto, SuperAstro) de acuerdo con lo señalado por la Ley 643/01, accediendo a la página WEB www.etesa.gov.co, en la que permanentemente se publican los valores transferidos. **www.etesa.gov.co** **PBX 6167199**

ORGANISMO	RESPONSABILIDADES	MECANISMO DE PARTICIPACIÓN
COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD **LEY 1122 DE 2007**	Definir y modificar los Planes obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y subsidiado. Definir, revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamento esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios. Definir el valor de la Unidad de Pago de capitación de cada régimen, de acuerdo con la presente Ley. Si a 31 de diciembre de cada año la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio. Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3 del articulo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo. Establecer y actualizar un Sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada. Presentar ante las Comisiones Séptimas del Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo. Recomendar proyectos de ley o de decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud doptar su propio reglamento las demás que le sean asignadas por Ley.	





www.imprenta .gov.co
PBX(0571) 457 80 00
Diagonal 22 B No 67 - 70
Bogotá, D.C., Colombia