

Guía práctica



“Así protegemos los derechos
de los usuarios de la salud”



www.supersalud.gov.co

joserenan@supersalud.gov.co

Línea gratuita nacional 018000910383

Conmutador 3300210 - 3300240

Cra. 13 No. 32 -76 Pisos 6,7,8,9.

Impreso Noviembre 2007 / Imprenta Nacional de Colombia

José Renán Trujillo García
Superintendente Nacional de Salud

Alba Nereida Ramírez Rojas
Secretaria General

Mario Mejía Cardona
Superintendente Delegado para Generación y
Gestión de Recursos Económicos para la Salud

Elodia Ramírez Mendoza
Superintendente Delegada para la
Atención en Salud

Leonor Arias Barreto
Superintendente Delegada para la Protección al
Usuario y la Participación Ciudadana

Edgar Gallo Carreño
Superintendente Delegado para las
Medidas Especiales

María Emma Orozco Espinosa
Superintendente Delegada para la Función
Jurisdiccional y de Conciliación

Simon Bolivar Valbuena
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Olga Mireya Morales Torres
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Juan David Lemus Pacheco
Jefe Oficina de Control Interno

Jaime Ernesto López Tocancipá
Jefe Oficina de Tecnología de la Información

El diseño, elaboración y consolidación de esta
guía estuvo a cargo de:

Alejandra Avella Peña
Margarita María Henao Cabrera

Asesoras Despacho Superintendente Nacional
de Salud

Diego Rojas / Grupo de Comunicaciones
Diseño y Diagramación

Juan Pablo Rubiano M.
Ilustraciones

Agradecimientos
Durley Isabel Montes Castro

Tatiana Barbosa Almonacid

Cesar Iván Romero Rodríguez

Dagoberto Gómez Conde

Ricardo Castiblanco Ramírez

Presentación



Es gratificante poner a consideración de la ciudadanía un documento de consulta por excelencia de todos aquellos que somos usuarios de la salud en Colombia.

A partir de los procesos de acercamiento realizados con los habitantes y usuarios del sector salud en las diferentes regiones del país, las solicitudes y requerimientos de conceptos y consultas, se llegó a la conclusión que era necesario contar con un instrumento sencillo y claro que permitiera conocer y entender, entre otras cosas, cuáles son los organismos y entidades a las que pueden acudir los usuarios y la ciudadanía para exigir la observancia de los derechos en salud. Además para tener claridad con qué mecanismos se cuenta para que los responsables, tanto del aseguramiento como de la prestación del servicio, cumplan con las obligaciones y deberes

determinados en las disposiciones normativas y cuál es el alcance de las competencias asignadas a las diferentes autoridades en el tema de protección al usuario y participación ciudadana dentro del sector salud.

En el texto que denominamos “Guía Práctica ASI PROTEGEMOS LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS DE LA SALUD” los lectores podrán encontrar de manera didáctica y concreta las definiciones y conceptos básicos de los términos más utilizados en salud, los derechos que les han sido reconocidos, los deberes u obligaciones que deben observar como participantes del sector salud y la forma como pueden acceder a los diferentes espacios creados para la protección de los derechos en su condición de usuarios del servicio público esencial de salud en cualquier rincón del territorio colombiano.



José Renán Trujillo García
Superintendente Nacional de Salud



Conceptos Básicos

Para comenzar, es importante conocer o recordar algunas de las definiciones más utilizadas cuando se habla de salud.

La **Seguridad Social** es entendida como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado y, a su vez, como un derecho irrenunciable que se garantiza a todos los habitantes del territorio nacional.


Como **Atención en Salud** se consideran los servicios médico-asistenciales que deben ser prestados en forma integral, (educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), en la oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo establecido en cada uno de los sistemas de salud.



El **Sector Salud** lo conforman las entidades e instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los Regímenes de Excepción (Fuerzas Militares y Policía Nacional, Magisterio y Ecopetrol) y Especiales (Universidades estatales u oficiales).

- El **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)** es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos con que cuentan los usuarios y la comunidad en general, para obtener el cubrimiento de los servicios de atención en salud definidos en la ley.

Este Sistema está integrado por el Ministerio de la Protección Social (MPS), el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), la Comisión de Regulación en Salud (CRES), las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo (EPS-C) y del régimen subsidiado (EPS-S), el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS), el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), las autoridades territoriales de salud y demás entidades que determinan las normas.



• El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (SSMP) fue creado a partir del año 1994, para prestar el servicio integral de salud a los miembros de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional y al personal no uniformado regido por el Decreto 1214 de 1990 y sus familias.

Este sistema de excepción está compuesto por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de la Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea, el Hospital Militar Central, la Policía Nacional, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y los afiliados y beneficiarios del mismo.

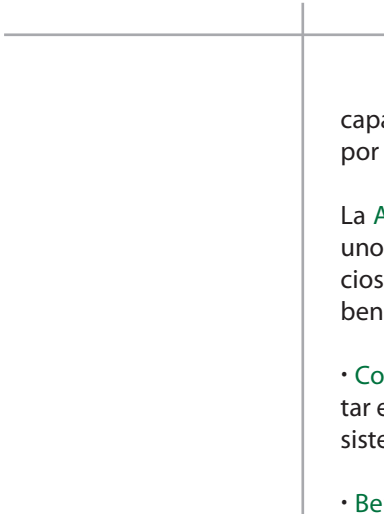
• El Sistema de Salud del Magisterio creado desde el año 1989 y operado por el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG), fue organizado para garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales del personal docente y sus familias.

• El Sistema de Salud de Ecopetrol es el conjunto de reglas y condiciones bajo las cuales se prestan los servicios de salud a las familias de los trabajadores de Ecopetrol, a través de la Unidad de Servicios en Salud y los prestadores de servicios de salud, a los beneficiarios establecidos en el régimen convencional y el acuerdo 01 de 1997 y sus respectivas modificaciones.

• El Sistema Especial de Salud es el administrado por las Universidades estatales u oficiales para la organización, funcionamiento y prestación de la seguridad social en salud de sus servidores administrativos, docentes, pensionados y jubilados, a través de las dependencias especializadas creadas para tal fin.

El Régimen Contributivo es el conjunto de normas e instituciones que rigen la vinculación de los individuos y las familias al SGSSS, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización o aporte económico previo.

El Régimen Subsidiado del SGSSS es el conjunto de instituciones y normas que rigen la vinculación de los individuos sin



capacidad de pago la cual se encuentra financiada con recursos fiscales o de solidaridad por parte del Estado.

La **Afiliación**, se conoce como el proceso que realizan las personas para pertenecer a uno de los sistemas de salud y acceder a los servicios definidos dentro del Plan de Beneficios en Salud establecido para cada sistema. Son afiliados tanto los cotizantes como los beneficiarios.

- **Cotizante** es toda persona afiliada con capacidad de pago que tiene el deber de aportar en forma mensual el porcentaje establecido en la ley para recibir los beneficios del sistema de salud al cual pertenece.

- **Beneficiarios** son quienes se encuentren inscritos dentro del grupo familiar del cotizante para recibir los servicios de atención en salud.

- **El Grupo Familiar** está conformado, en la mayoría de los casos, por el o la cónyuge, los hijos o hijas menores de 25 años y los padres del cotizante. Su variación depende de las condiciones que se establecen en cada sistema de salud.

Son Personas **Vinculadas** al Sistema, aquellos habitantes del territorio colombiano que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad, que no han sido cubiertos por una afiliación al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

Las **cuotas moderadoras** son los valores que deben pagar los cotizantes y sus beneficiarios al momento de hacer uso de los servicios de salud de carácter ambulatorio, con el objeto de racionalizar el uso de los mismos. Estas se aplican cuando se asiste a servicios como consulta externa de medicina general, odontología, consulta externa de medicina especializada, medicamentos, atención prioritaria, exámenes de diagnóstico por imagenología, entre otros y no aplica para los programas especiales de enfermedades específicas (diabetes, hipertensión, etc.). Es importante tener en cuenta que este pago no se hace en todos los sistemas de salud que conforman el sector salud, y no aplican para los afiliados del régimen subsidiado de salud clasificados en el nivel 1 del SISBEN.

Los **copagos** son las sumas de dinero que son canceladas por quienes integran el grupo familiar del cotizante (beneficiarios) cuando se acuda a cualquier servicio de salud. Los servicios de promoción y prevención, los programas de atención materno infantil (PAMI), las enfermedades catastróficas o de alto costo, los programas de control en atención de

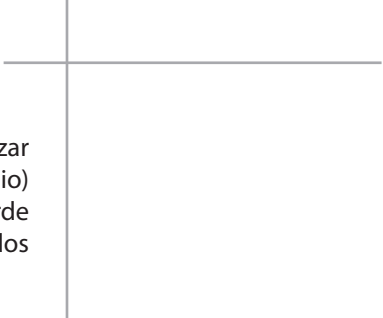
enfermedades transmisibles y la atención inicial de urgencias están exentas de realizar este pago. No olvide que para los copagos existen unos topes tanto por evento (servicio) como por año y que no se pagan cuando ya se ha pagado cuota moderadora. Recuerde que estos pagos compartidos no aplican para todos los sistemas de salud, ni para los afiliados del régimen subsidiado clasificados en el nivel 1 del SISBEN.

- **La Participación Social** es el proceso de interacción social para intervenir en la gestión y dirección de las decisiones de salud, respondiendo a intereses individuales y colectivos. La participación social está compuesta por la participación ciudadana y la participación comunitaria.

- **La Participación Ciudadana** es el ejercicio de los deberes y derechos de los usuarios para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

- **La Participación Comunitaria** es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias de participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

Las **Alianzas o Asociaciones de Usuarios** son las agrupaciones de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.



El Defensor del Usuario en Salud es el vocero de los usuarios ante las respectivas Entidades Promotoras de Salud en cada Departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las autoridades competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud. Es importante tener en cuenta que esta figura está siendo objeto de reglamentación por parte del Ministerio de la Protección Social y no ha entrado a operar.



Derechos de los usuarios de la salud

Los usuarios de la salud gozan de derechos que deben ser reconocidos y garantizados por las diferentes entidades y personas que prestan los servicios de salud, tanto en la parte de trámites administrativos, como en la prestación de los servicios médico-asistenciales.

En general, los derechos de los usuarios en salud se pueden clasificar en afiliación, atención en salud, información, libre elección y movilidad y prestaciones económicas, lo como se muestra a continuación:

En afiliación

- Afiliar su núcleo familiar básico como beneficiarios de los servicios de salud.
- Afiliar de inmediato al recién nacido.
- No ser discriminado por ningún motivo (edad, sexo, credo u otros factores).
- Recibir el carné de afiliación, como documento de identificación en el sistema.
- Formar parte de las asociaciones, ligas y comités de participación ciudadana, con el propósito que los servicios contenidos en el Plan de Salud se presten con calidad.

Libre elección y movilidad

- Elegir libremente la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la cual desea afiliarse.
- Elegir dentro de la red prestadora de servicios de salud (Clínicas y Hospitales) ofrecida por la EPS y teniendo en cuenta los recursos disponibles, el médico, los profesionales de la salud y las instituciones de salud para que le presten la atención requerida.
Igualmente, solicitar el cambio de EPS, siempre que haga parte de la red de prestadores ofrecida.
- A trasladarse de EPS si no se está conforme con la actual, cumplido un año de afiliación o en cualquier momento, cuando se demuestre la mala calidad en la atención o se vea menoscabado su derecho de libre elección.

Atención en salud

- Recibir atención inicial de Urgencias en todo el territorio nacional y desde el primer día de afiliación a la EPS, sin que se le requiera de pagos, firma de letras, cheques ni documentos, previos a la atención.
- Acceder con oportunidad y calidad, a los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
- Acceder con oportunidad y calidad a los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
- Recibir asistencia médica durante todo el proceso de su enfermedad en las fases de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de acuerdo con los contenidos del Plan de Salud.
- Recibir el suministro de medicamentos de acuerdo con los contenidos del Plan de Salud.
- Recibir buen trato por parte de los funcionarios y profesionales de la salud que lo atienden, respetando sus creencias y costumbres.

- Someter al estudio del Comité Técnico Científico el suministro de los procedimientos o medicamentos que no se encuentren incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
- Se respete su voluntad de aceptar o rechazar la donación de sus órganos para que sean transplantados a otros enfermos.
- No ser discriminado cuando se trate de procedimientos o medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud. En este caso, las tarifas que se apliquen deben ser notificadas previamente al usuario.
- Recibir los servicios de urgencias y continuidad de tratamientos en curso, durante el período de protección laboral.
- Ser remitido al nivel de complejidad adecuado cuando la enfermedad que padezca lo amerite, según la determinación de su médico tratante.
- Acceder a servicios con calidad, oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad y pertinencia.
- Recibir atención integral en sus fases de Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación.

-
- Recibir atención integral cuando padezca enfermedades denominadas como ruinosas y catastróficas tales como: cáncer, insuficiencia renal crónica, trasplante renal, de corazón, de medula ósea y de cornea, VIH SIDA y sus complicaciones, enfermedades del corazón y del sistema nervioso central que requieran tratamiento quirúrgico, enfermedades de origen genético o congénito que requieran tratamiento quirúrgico.
 - Cuando el cotizante no tenga capacidad de pago y acredite esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiarios, por las IPS públicas o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes.

Prestaciones económicas

- Solicitar el pago de la incapacidad por enfermedad general.
- Solicitar el pago de la prórroga de incapacidad por enfermedad general.
- Solicitar el pago de licencia de maternidad.
- Solicitar licencia de paternidad remunerada a favor del padre trabajador para que acompañe y cuide a su hijo

Información

- Obtener la información relacionada con la forma en que puede acceder a los servicios de salud y las instrucciones adecuadas sobre acciones y prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Recibir información acerca del estado de salud propio o de su familiar si este se encuentra hospitalizado y asistir a las Juntas médicas que se realicen para estudiar su caso, si ello fuere necesario.
- Tener información actualizada sobre la red de prestadores (Clínicas y Hospitales) contratada por la EPS y a la cual puede acceder el afiliado.
- Obtener información sobre los servicios que cubre y que no cubre el Plan de Salud.
- Gozar de absoluta confidencialidad en relación con los datos registrados en su afiliación, en los procesos de autorización y en su historia clínica.
- Recibir información sobre el monto de los copagos y cuotas moderadoras correspondientes sin que en ningún caso estos pagos se conviertan en barrera para el acceso a los servicios.
- Recibir respuesta oportuna sobre sus opiniones, sugerencias, peticiones, quejas y reclamos.



Mecanismos para la protección de los derechos de los usuarios de la salud

Luego de precisar algunos de los derechos de los usuarios en salud, es necesario identificar y explicar los mecanismos que existen para que estos derechos sean observados y garantizados por las entidades que cumplen sus funciones dentro del sector salud.

Como mecanismos principales con que cuentan los usuarios para la protección de sus derechos, ante las entidades encargadas de garantizar la atención en salud, tenemos: la atención al usuario personalizada, telefónica o virtual; la presentación de peticiones, quejas o reclamos; el formato de negación de servicios; el Comité Técnico Científico; solicitud de intervención de la Superintendencia Nacional de Salud y la Acción de Tutela.

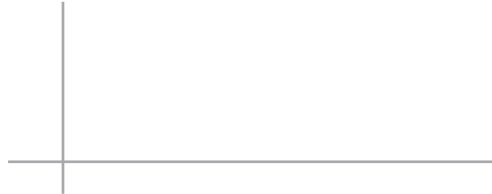


1. Atención al usuario

Las entidades cuyas funciones son el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, deben poner a disposición de sus usuarios herramientas que les permitan obtener oportuna y eficazmente una atención a las dificultades que se presenten y no se conviertan en barrera de acceso para la prestación de los servicios médico-asistenciales.

Entre otros los usuarios deberán contar:

* Con una orientación permanente en lenguaje sencillo y claro para conocer cuales son los procesos que debe llevar a cabo ante las entidades aseguradoras o prestadoras para acceder a los servicios de salud.



- Con una oficina o área a la cual pueda acudir, y haga el acompañamiento correspondiente, para que le sean solucionadas sus inquietudes sobre los procedimientos a seguir para lograr las autorizaciones, citas y demás gestiones administrativas necesarias para lograr la atención médico asistencial en forma oportuna y con calidad.

- Con información sobre los teléfonos, direcciones y demás datos requeridos para adelantar las acciones correspondientes para el reconocimiento de sus derechos en salud (autorizaciones, citas médicas, etc.).

- Datos precisos para la identificación y contacto de las instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red a la cual pueda acceder para que le sean prestados los servicios de salud.

2. Presentación de peticiones, quejas y reclamos

También deben contar las entidades del sector salud con medios idóneos (como líneas telefónicas, formatos, correo electrónico, página Web y otros canales de comunicación) a través de los cuales los usuarios puedan presentar los reclamos ante la entidad y que los mismos sean analizados y tenidos en cuenta en los programas de mejoramiento en la atención en salud con calidad.

Estas peticiones deberán resolverse por las entidades en los términos dispuestos por las normas vigentes sobre la materia para cada caso.

3. Formato de negación de servicios

El formato de negación de servicios es un mecanismo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud en defensa de los derechos de los usuarios, como instrumento a través del cual, cuando le sea negado un medicamento o un servicio, el afectado tendrá derecho a que se le de una constancia por escrito de las razones por las cuales no le han sido proporcionados los medicamentos, procedimientos o intervenciones solicitados a la entidad aseguradora o prestadora y determinar si podía acceder a los mismos de acuerdo con la cobertura del plan de salud que le está siendo prestado por la entidad aseguradora.

El formato de negación de servicios puede ser consultado en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

Señor usuario no olvide:

- El formato es exigible a todas las entidades aseguradoras o prestadoras dentro del sector salud, es decir, que también debe ser diligenciado en los regímenes de excepción y especiales.
- Siempre que le sea negado un servicio o un medicamento usted está en el derecho de solicitar el diligenciamiento del formato de negación de servicios y la entidad está en la obligación de hacerlo.
- El formato no debe llevarlo usted, pues la entidad puede acceder al mismo a través de la página Web de la Superintendencia Nacional de Salud.

REPUBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMATO NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS

EL FORMULARIO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS DEBE SER DILIGENCIADO POR LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS EN EL MOMENTO DE LA NEGACIÓN DEL SERVICIO.

NOMBRE DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS: _____

N° _____

FECHA DE OCCURRENCIA:

D	:	P	M	A	:	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 TIPO DE ENTIDAD PRESTADORA:

E	:	D	:	M	:	A	:	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---

LUGAR QUE DA LUGAR A LA ENTIDAD PRESTADORA

Municipio: _____	Código: _____
Módulo de atención: _____	Tipo de medicamento: _____
Informe: _____	Definitivo: _____

INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS

Código de entidad prestadora de servicios: _____	Código de entidad prestadora de servicios: _____	Código de entidad prestadora de servicios: _____
Código de entidad prestadora de servicios: _____	Código de entidad prestadora de servicios: _____	Código de entidad prestadora de servicios: _____

ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS

CODIGO:

--	--	--	--	--

INDICADOR:

--	--	--	--	--

ASIGNACIÓN

Asignación de servicios a pacientes: _____

INDICADOR DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS

Indicador de la entidad prestadora de servicios: _____

INDICADOR DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS

Indicador de la entidad prestadora de servicios: _____

INDICADOR DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS

Indicador de la entidad prestadora de servicios: _____

Firma del usuario diligenciador

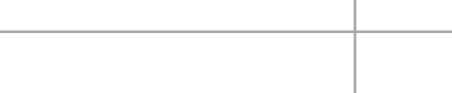
Fecha de diligenciamiento

Firma del usuario diligenciador

Fecha de diligenciamiento

Firma del usuario diligenciador

Fecha de diligenciamiento

- 
- El Formato debe ser diligenciado por un profesional de la salud.
 - El formato no puede ser modificado por la entidad que lo diligencia.
 - Ninguno de los campos que conforman el formato puede quedar sin información, fechas o datos, según sea el caso.
 - Una copia del formato le debe ser entregada y usted debe dejar una firma y fecha de recepción del mismo.
 - La fecha de diligenciamiento no puede ser diferente a la del día en el cual le es negado el servicio.
 - El trámite del formato se debe hacer por parte de los responsables en forma inmediata a la negación de los servicios o medicamentos.
 - Con el formato de negación (si pertenece al SGSSS), cuya razón es el suministro de medicamentos, puedes solicitarla con convocatoria del Comité Técnico Científico.

4. El comité técnico científico

Este es un mecanismo con el que cuentan los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud para que haya una instancia que defina la pertinencia o no del medicamento

Este Comité debe operar también en los casos de enfermedades de alto costo (cáncer, sida, daño hepático y demás) cuando sean solicitados medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo, caso en el cual la Entidad Promotora de Salud (EPS) correspondiente tiene el deber legal (no puede dejar de hacerlo) de llevar el respectivo requerimiento ante el Comité Técnico Científico (CTC) para que se estudie y tramite dicha solicitud y se defina de fondo si el medicamento será entregado o no al usuario.

Es importante tener claro que si la EPS no estudia oportunamente las solicitudes o no las tramita ante el CTC el usuario puede obligar la prestación de los mismos a través de Acción de Tutela y los costos serán asumidos por partes iguales entre la EPS y el FOSYGA.

5. Trámites ante la Superintendencia

Agotados los procedimientos y mecanismos anteriores, el usuario puede acudir ante la Superintendencia Nacional de Salud para que sean atendidos los reclamos, quejas y demás peticiones de vulneración de sus derechos de salud.



Para acceder a la Superintendencia podrá optar por algunos de estos medios:

- **Página Web:** www.supersalud.gov.co. En el icono Peticiones y Reclamos sobre el Sector Salud, los usuarios pueden ingresar por primera vez su queja o reclamo o consultar el estado del trámite de los mismos.
- **Línea gratuita nacional:** 01 8000910383, marcando desde cualquier teléfono fijo el número los usuarios que se encuentren fuera de Bogotá D.C., pueden acceder gratuitamente (el costo de la llamada es asumido por la Superintendencia), a una atención de sus solicitudes, dudas, quejas y reclamos en relación con los servicios de salud que le han sido prestados.
- **Centro de contacto:** En el número fijo 6 50 08 70 en la ciudad de Bogotá pueden los usuarios encontrar solución a sus inquietudes y dudas frente a si tienen derecho o no a medicamentos y/o tratamientos asistenciales. Igualmente, se responderán los interrogantes sobre otros temas del sector salud que tengan relación con las funciones de las entidades de salud y las competencias y facultades de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia.

- **Oficina de Atención al Usuario:** Los usuarios que reciben los servicios en Bogotá y deseen hacer las solicitudes de forma personal ante la Superintendencia, pueden acercarse a la carrera 7 # 32-63 de esta ciudad y recibir atención personalizada por servidores de la entidad quienes los orientarán y acompañarán en la búsqueda de soluciones frente a los tropiezos que se presenten en el reconocimiento de los derechos en salud.

- **Presentación de peticiones escritas:** los reclamos que presenten los usuarios por inconvenientes e irregularidades en la prestación de los servicios de salud o presunta inobservancia de sus derechos en salud, pueden ser allegados a la Superintendencia Nacional de Salud dirigiendo una comunicación a la Cra.13 No. 32-76 de la ciudad de Bogotá o a través de las entidades con las cuales se han suscrito

convenios con este propósito, en el nivel territorial, acercándose a las sedes de las PERSONERÍAS, PROCURADURÍAS y LA CONFEDERACIÓN COLOMBIANA DE CONSUMIDORES ubicadas en los municipios y distritos de todo el país.

6. La acción de tutela

Los ciudadanos cuentan con la acción de tutela como opción para obtener la prestación de los servicios de salud, que por diversas circunstancias no son cubiertas por el plan de salud a que tiene derecho, o para obtener en forma inmediata la solución a las dificultades de oportunidad y acceso a los servicios asistenciales.

Esta acción fue establecida en la Constitución Política de 1.991 en el artículo 86 y es considerada como una acción pública rápida y eficaz destinada a la protección de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución.

Para contar con elementos claros de esta acción los usuarios deben tener en cuenta que:

- Cualquier usuario de la salud puede presentar una acción de tutela para la protección de su derecho a la salud y la vida.
- La acción se presenta ante cualquier Juez de la República.
- Esta acción se puede interponer contra cualquier autoridad pública en salud.
- El juez que debe resolver la acción no puede demorarse más de diez (10) días hábiles para dar su respuesta.
- El fallo del juez decide sobre la protección o no del derecho a la salud y ordena a la entidad demandada las acciones a seguir según sea el caso.



Deberes de los usuarios de la salud

A los diferentes integrantes del sector salud les han sido asignados deberes para que desde su rol ayuden a la eficiente y eficaz prestación de los servicios de salud.

Sin embargo, a continuación sólo nos centraremos en aquellos deberes que le son exigibles a los usuarios de la salud:



En afiliación

- Informar a la entidad aseguradora, ante la cual se inscribe, el nombre de las entidades a las que se encontraba afiliado con anterioridad.
- Estar afiliado únicamente a una entidad aseguradora.
- Afiliarse con su núcleo familiar y entregar los documentos soportes que le sean solicitados para comprobar las calidades de los integrantes del grupo familiar (registro civil de nacimiento, certificación escolar, documentos de identidad, entre otros).
- Reportar las novedades que se presenten en su grupo familiar, tales como fallecimientos, discapacidad, pérdida de la calidad de estudiante, independencia económica, cumplimiento de la edad máxima legal establecida, etc.
- Cuando los cónyuges o compañeros permanentes sean cotizantes al sistema General de Seguridad Social en Salud, ambos deben estar afiliados a una misma EPS y sus beneficiarios afiliados en cabeza de uno solo de ellos.



En cuidado de la salud

- Velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su familia.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud.
- Acatar y cumplir las orientaciones de los profesionales de la salud y guardar el debido reposo, cuando así sea indicado.
- Asistir cumplidamente a las citas que se pidan, cancelarlas oportunamente si no es posible cumplirlas y pagar las multas a que haya lugar en caso de inasistencia.
- Cumplir y acreditar los períodos mínimos de cotización para la prestación de los servicios de alto costo.
- Pagar las cuotas moderadoras y copagos compartidos, cuando a ello hubiere lugar.
- Asistir y comprometerse con las actividades, talleres, charlas, conferencias y diferentes programas de promoción y prevención.
- Informar al médico o institución tratante, el origen real de la atención requerida, como accidentes de trabajo, enfermedad profesional, enfermedad general u otros.
- Hacer uso racional de los servicios de salud
- Tratar con dignidad al personal que interviene en la prestación de los servicios de salud
- Informar oportunamente a los servicios de salud cualquier condición que le sobrevenga en su salud
- Contribuir con la actualización de la historia clínica

5

Facultades y competencias de la Superintendencia para la protección de los derechos de los usuarios



La Superintendencia Nacional de Salud tiene como misión la protección de los derechos de los usuarios de la salud y para lograrlo efectúa inspección, vigilancia y control a las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud dentro del sector y también cuenta con otras funciones que le fueron dadas en enero mediante la Ley 1122 de 2007.

Las nuevas facultades jurisdiccionales y de conciliación permitirán a la Superintendencia hacer efectivo el derecho a la salud y la solución oportuna de situaciones que ponen en riesgo la salud y vida de los usuarios de la salud.

Conozcamos, entonces, las competencias y facultades para la protección de los derechos de los usuarios en salud.



1. Inspección, vigilancia y control

- La Superintendencia cuenta con la posibilidad de impartir instrucciones generales a las entidades responsables del aseguramiento y prestación de los servicios de salud para que cumplan con los deberes que le han sido asignados frente a los usuarios.
- También puede definir las acciones que deben realizar las entidades para corregir las acciones que afectan los derechos reconocidos a los usuarios de la salud.
- Autorizar los traslados que sean solicitados por los afiliados cuando se haya desconocido el derecho a la libre escogencia de IPS o se incumpla la promesa de contar con una determinada IPS para la atención de los servicios de salud.
- Vigilar el buen funcionamiento de los sistemas de atención al usuario que deben tener las entidades que administran y prestan los servicios de salud.
- Promocionar la participación ciudadana y promover las formas de organización de los usuarios para que cuenten con mecanismos que ayuden al control social en el sector salud.
- Sancionar a las entidades que pongan en riesgo los derechos de atención en salud de los usuarios.

2. Facultades Jurisdiccionales

Con esta competencia la Superintendencia actúa de manera ágil para hacer efectivo el derecho a la salud de los usuarios desarrollando el papel de juez.

Como juez la Superintendencia conocerá y decidirá en derecho, con carácter definitivo los casos que tengan que ver con los siguientes temas:

- Negativa por parte de las Entidades Promotoras de Salud a cubrir los procedimientos actividades e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud cuando se ponga en riesgo o amenace la salud de los usuarios.
- Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de:
 - Ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS.
 - Cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica.
 - En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia de mostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.
- Conflictos que se susciten en materia de multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

Si los usuarios quieren que la Superintendencia conozca y falle los asuntos o casos que se relacionen con los cuatro (4) temas deben hacerlo saber así a través de un escrito o petición que cumpla los siguientes requisitos:

- La designación de la autoridad a la que se dirige (Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional).
- Los nombres y apellidos completos del solicitante y de su representante o apoderado, si es el caso, con indicación del documento de identificación, dirección y teléfono.
- El objeto de la petición clara y precisa.
- Las razones o hechos en que se apoya.
- La relación de los documentos que la acompañan y pruebas que se pretenden hacer valer, aportando las que se encuentren en su poder y haciendo la solicitud de las que considere.
- La firma del peticionario.

Al momento de radicar la petición no se debe olvidar que es necesario adjuntar tres (3) copias del escrito, dos (2) de las cuales deben entregarse con sus respectivos soportes.

A partir del momento de presentación de la petición se efectuará un análisis sobre el cumplimiento de los requisitos señalados, se analizará el caso concreto y se decidirá sobre si se le da trámite o no.

Si es aceptada la petición se les comunicará a los solicitantes o peticionarios y se continuará con el procedimiento establecido hasta el momento de decidir en forma definitiva el caso.

Facultades de conciliación

En desarrollo de esta competencia la Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora en los conflictos que surjan entre las entidades vigiladas o entre las entidades vigiladas y los usuarios por problemas que no les permitan atender sus obligaciones, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud.

Recuerde que el papel principal de la Superintendencia Nacional de Salud, en su figura de conciliador es ser facilitadora del diálogo entre las partes y promover fórmulas de acuerdo que permitan llegar a soluciones satisfactorias para ambas partes.

La Conciliación se podrá hacer de oficio o a petición de parte de alguno de los interesados.

Si realizado el trámite de conciliación las partes llegan a un acuerdo éste tendrá efecto de cosa juzgada y el Acta de Conciliación prestará mérito ejecutivo.

En caso de incumplimiento total o parcial de lo acordado por parte de uno de los conciliantes, la parte afectada podrá recurrir ante la autoridad judicial competente para que ordene su cumplimiento.

Si como usuario considera que la Superintendencia puede actuar como conciliadora debe tener en cuenta los siguientes **requisitos y trámites** que se deben cumplir para acceder al mecanismo de la Conciliación.

• Presentar la solicitud de conciliación que como mínimo deberá contener la siguiente información:

- Fecha de solicitud del trámite conciliatorio
- Identificación de la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, como autoridad conciliatoria a la cual se dirige.
- Datos del solicitante: Si es Persona Natural (nombres, apellidos y documento de identidad), si es Persona Jurídica (nombre o razón social, número de identificación tributaria, certificado de existencia y representación legal y en caso de concurrir a través de apoderado se debe indicar nombres y apellidos, documento de identidad y tarjeta profesional de abogado y anexar el poder respectivo, en el que se estipule la facultad expresa de conciliar); si es más de una persona (natural o jurídica) la que solicita la conciliación cada una de ellas debe estar identificada con los datos antes enunciados.
- Enunciación del conflicto o diferencia materia de conciliación.
- Datos del solicitado: Si es Persona Natural (nombres, apellidos y documento de identidad); si es Persona Jurídica (nombre o razón social, número de identificación tributaria, datos del Representante Legal); si es más de una persona (natural o jurídica) la que se cita a la conciliación cada una de ellas debe estar identificada con los datos antes enunciados.

- Hechos en los que se fundamenta la solicitud de conciliación (los más relevantes).
- Discriminar las pruebas en las cuales se soportan los hechos enunciados.

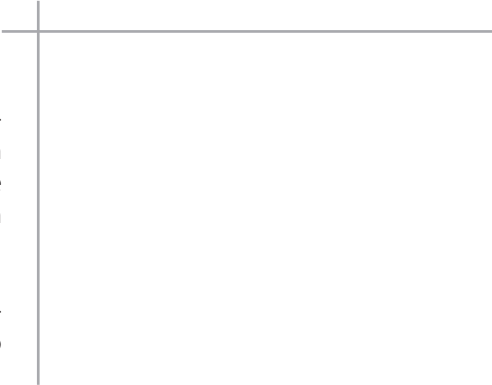
- Anexos: se anexarán los soportes documentales que se consideren pertinentes.

- Comunicaciones: dirección de residencia y/o domicilio de las partes, teléfono y ciudad.

- Firma del solicitante.

Recibida la solicitud de conciliación, se someterá a su respectivo trámite y en todo caso la Audiencia de Conciliación deberá surtirse dentro de los tres (3) meses siguientes a la presentación de la solicitud. Se enviará citación a todas y cada una de las partes, indicando lugar, fecha y hora para la celebración de la Audiencia de Conciliación.

Si las partes citadas asisten, se instalará la Audiencia de Conciliación informando a los comparecientes sobre el objeto, al



cance y límites de la conciliación, incentivando y motivándolos para que propongan fórmulas de arreglo al conflicto existente o plantear algunas alternativas de solución al conflicto.

Si ambas partes aceptan alguna de las fórmulas propuestas, se suscribirá acuerdo conciliatorio del cual se entregará copia auténtica a las partes, con constancia de que se trata de primera copia que presta mérito ejecutivo.

En caso de no acuerdo entre las partes, la Conciliadora firmará una certificación de No Acuerdo y se dará por terminada la diligencia, entregando copia de la misma y de los documentos aportados por las partes, terminando así el trámite de la Conciliación.



El control ciudadano en los servicios de salud

No se debe olvidar que los usuarios de la salud además de tener deberes y derechos, también hacen parte del control social que es necesario realizar a quienes están obligados a prestar los servicios de salud.

El control social se entiende como el derecho y el deber que tiene todo ciudadano, individual o colectivamente, para vigilar, revisar y controlar la gestión pública y los resultados de la misma.

Para cumplir con estas funciones de control es importante recordar que la participación en salud es la posibilidad de los usuarios para intervenir en la planeación, gestión y evaluación de la salud a través del ejercicio de los derechos y deberes del individuo para la conservación de la salud individual, familiar y comunitaria y el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para intervenir en las decisiones de salud.

Según las normas vigentes los afiliados tienen derecho a conformar alianzas o asociaciones de usuarios y organizaciones de veeduría en salud, por lo cual a continuación se presentan los aspectos claves que se deben tener en cuenta por los usuarios que deseen hacer parte del control social.



Asociaciones y Ligas de Usuarios

Las asociaciones de usuarios son las agrupaciones de afiliados que tienen derecho a utilizar los servicios de salud.

Los objetivos principales de estas alianzas o asociaciones son: fortalecer la capacidad negociadora; proteger los derechos en salud reconocidos por las disposiciones; defender a los usuarios; representar a los afiliados ante las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud y las Entidades Promotoras de Salud; y velar por la calidad del servicio de salud.



Los usuarios pueden conformar asociaciones o ligas si cuentan con un número plural de afiliados que tengan la intención de crear dicha organización para participar activamente en el control de la prestación de los servicios de salud.

Para la conformación de las asociaciones y ligas los usuarios pueden dirigirse tanto a las Entidades Promotoras de Salud como a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para que les informen y acompañen en el proceso de constitución y funcionamiento.

Una vez constituidas las asociaciones de usuarios deben ser reconocidas por las autoridades competentes.

Las entidades, ante quienes tienen representación las asociaciones, promoverán y facilitarán la conformación de las asociaciones mediante la implementación de canales que hagan posible su funcionamiento, operación y la atención de manera individual o colectiva, según los requerimientos de estas organizaciones sociales.

Una vez conformadas las asociaciones y ligas, los usuarios informarán a la Superintendencia Nacional de Salud sobre su existencia y remitirán la información básica de su creación, integrantes y demás datos relevantes para hacer parte de la red de participación ciudadana.

Veedurías Ciudadanas en Salud

Las veedurías ciudadanas en salud son las organizaciones comunitarias que permiten a los ciudadanos ejercer vigilancia sobre la gestión de las entidades públicas o privadas encargadas de la prestación del servicio de salud. Igualmente, la veeduría ciudadana es considerada como un mecanismo activo de vigilancia y control que complementa los otros instrumentos y mecanismos consagrados en la Constitución y las Leyes para este propósito.

Las veedurías ciudadanas en salud pueden ser conformadas por cualquier grupo de ciudadanos o a través de organizaciones civiles, sociales, comunitarias, asociaciones de profesionales, juveniles, sindicales, de utilidad común, no gubernamentales, sin ánimo de lucro y constituidas de acuerdo con las disposiciones vigentes sobre el particular.

Al momento de creación de cada una de las veedurías se debe levantar un acta de constitución donde se incluya el programa, la obra, el aspecto o tema sobre el cual se va a ejercer la veeduría; y la identificación plena de los veedores (nombres, identificación y domicilio, entre otros)

La función primordial de las veedurías en salud se concentra en controlar y vigilar la gestión pública de la salud a través de la participación activa de los ciudadanos, con sujeción al servicio de los intereses de la comunidad y la aplicación de los principios de igualdad, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y publicidad.



En la conformación de las veedurías los ciudadanos tendrán en cuenta que:

- Su constitución debe ser mediante la amplia participación de la comunidad y las organizaciones civiles.
- La elección de los veedores debe ser por votación directa.
- Los interesados en ser veedores deben residir o trabajar en el municipio o distrito por un tiempo no inferior a un (1) año en forma continua y tener algún grado de conocimiento sobre el objeto de la veeduría.
- No pueden ser veedores quienes: sean contratistas del programa u obra objeto de la veeduría, estén condenados disciplinaria o penalmente al momento de la designación, tengan vínculos de parentesco con los funcionarios públicos que tengan competencia en el objeto de la veeduría, pertenezcan a cuerpos colegiados de representación popular (JAL, el Concejo, la Asamblea o el Congreso).
- Las decisiones de las veedurías se efectuarán mediante consenso o por votación de todos sus integrantes.
- Se constituyen y actúan por la libre voluntad ciudadana y gozan de plena autonomía frente al Estado.
- Las acciones se deben realizar observando plenamente los medios, recursos y procedimientos establecidos en la ley y estar guiadas por la objetividad, transparencia, eficiencia y agilidad.
- Su acción debe ser abierta y pública permitiendo la participación de todos los ciudadanos.
- Deben tener un reglamento propio de funcionamiento donde se establezcan los aspectos básicos para su operación y los procedimientos para solucionar y controlar las irregularidades internas que se presenten.

- La responsabilidad asumida como representantes de los intereses de la comunidad exigen la decidida voluntad de trabajo, compromiso y honestidad en el ejercicio de la labor asignada.

Las veedurías obtendrán apoyo de todas las instituciones y órganos del Estado, (nivel nacional y territorial) para su organización, promoción, capacitación y todas las facilidades que requieran para su operación y funcionamiento.

Los principales instrumentos de veeduría ciudadana son: el derecho de petición, las audiencias públicas, las acciones populares y la acción de cumplimiento.

Comités de Participación Comunitaria

Los Comités de Participación Comunitaria –COPACOS- son los espacios de concertación entre los actores sociales y las autoridades locales creados en todos los municipios del país, en los cuales tienen presencia las asociaciones de usuarios.

Los COPACOS están integrados, entre otros, por el Alcalde Municipal, Distrital o la máxima autoridad indígena (quien lo presidirá); la autoridad de salud municipal; el director o gerente de la entidad prestataria de salud del Estado más representativa del lugar; un representante por cada una de las formas organizativas sociales comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del municipio.

Quienes actúen como representantes en los COPACOS deben recordar que:

- El período de representación ante los COPACOS es de tres (3) años, el cual podrá ser prorrogado por otro período igual si hay reelección.
- Deben estar acreditados por las organizaciones que representan.
- Deben cumplir con las funciones que le sean asignadas en ejercicio de su representación.

Los COPACOS podrán obtener personería jurídica, si lo consideran pertinente, para el ejercicio de sus funciones.

La Superintendencia Nacional de Salud tiene asignada la tarea de vigilar el proceso conformación y funcionamiento de las asociaciones de usuarios como parte fundamental del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, por lo cual verificará que los actores del sistema implementen y pongan en operación los procesos participativos y controlará los avances y logros que se obtengan sobre el particular.

En resumen, el papel de los usuarios en el control social dentro del sector salud es decisivo, así que si desea conformar o hacer parte de algunas de las agrupaciones que desarrollarán esta labor puede dirigirse a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana y solicitar el apoyo y acompañamiento para desarrollar este proceso.

