

ARTÍCULO 2.9.2.4.3.3. GARANTÍA DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Las entidades promotoras de salud y las entidades territoriales, según corresponda, a través de su red de prestación de servicios, garantizarán a las víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas, a quienes se cause destrucción de tejidos, deformidad o disfuncionalidad, de manera prioritaria, en consideración a su especial situación de vulnerabilidad, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarios para restituir la fisionomía y funcionalidad de las partes afectadas, de conformidad con lo previsto en el artículo [53A](#) de la Ley 1438 de 2011, adicionado por el artículo 5o de la Ley 1639 de 2013.

PARÁGRAFO. La Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales, en el marco de sus competencias de inspección, vigilancia y control, ejercerán seguimiento a la atención integral en salud que se preste a las víctimas.

(Artículo 12 del Decreto 1033 de 2014)



ARTÍCULO 2.9.2.4.3.4. TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS. La aprobación de las tecnologías en salud requeridas por las víctimas de que trata la Ley 1639 de 2013, que no se encuentren incluidas en el plan obligatorio de salud, serán tramitadas por el médico tratante de la víctima ante el Comité Técnico Científico de la EPS, siguiendo el procedimiento señalado en la Resolución número 5395 de 2013 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Para el recobro ante el Fosyga o la entidad territorial, según corresponda, el Comité Técnico Científico de la EPS o de la EPS-S, deberá informar en el acta del CTC el carácter de víctima de ataque con ácido, álcalis o sustancia similar o corrosiva y la relación de la tecnología en salud a recobrar con la afectación física y mental derivada del ataque, conforme a lo establecido en el artículo 10 de la Resolución número 5395 de 2013 y el artículo 3o de la Resolución número 5073 de 2013 respectivamente, o las normas que las modifiquen o sustituyan, de acuerdo al régimen al que pertenezcan.

PARÁGRAFO. En caso que las víctimas de ataque con ácido, álcalis o sustancia similar o corrosiva que generen daño, se encuentren en una situación en la que a criterio del profesional de la salud que brinde la atención médica, se ponga en riesgo su vida o su integridad personal y requieran una tecnología en salud no POS, se deberá surtir el proceso definido en el parágrafo del artículo 10 de la Resolución número 5395 de 2013 y artículo 3o de la Resolución número 5073 de 2013 respectivamente, o las normas que las modifiquen o sustituyan, de acuerdo al régimen al que pertenezcan.

(Artículo 13 del Decreto 1033 de 2014)



ARTÍCULO 2.9.2.4.3.5. SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA CARACTERIZACIÓN DEL EVENTO. Los reportes de información, monitoreo y vigilancia que alimentan el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y el administrado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, serán fortalecidos para caracterizar con mayor calidad los eventos relacionados con ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

PARÁGRAFO. En virtud de lo previsto en el parágrafo 2o del artículo 3o de la Ley 1639 de 2013, y en desarrollo del principio de colaboración armónica, a partir de la entrada en vigencia

del presente Capítulo, las autoridades pondrán a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social, de manera permanente, la información relevante con que cuenten para la identificación de las sustancias o productos utilizados en los ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

(Artículo 14 del Decreto 1033 de 2014)

CAPÍTULO 5.

MIGRANTES COLOMBIANOS PROVENIENTES DE VENEZUELA.



ARTÍCULO 2.9.2.5.1. OBJETO. El presente Capítulo tiene como objeto garantizar el aseguramiento de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante el año 2015, mediante su definición como población especial y prioritaria y su consecuente afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de listados censales. También determinar la atención en salud por parte de las entidades territoriales de la población pobre no asegurada afectada por la deportación, expulsión, repatriación o retorno voluntario desde el territorio venezolano.

(Artículo 1o del Decreto 1768 de 2015)

Concordancias

Ley 1873 de 2017; Art. [139](#)



ARTÍCULO 2.9.2.5.2. ÁMBITO DE APLICACIÓN. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 1495 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Las normas contenidas en el presente Capítulo aplican a todas las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, y a los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela y a su núcleo familiar.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 1495 de 2016, 'por el cual se modifican los artículos [2.9.2.5.2](#), [2.9.2.5.3](#) y [2.9.2.5.8](#) del Capítulo 5, Título 2, Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social', publicado en el Diario Oficial No. 49.997 de 15 de septiembre de 2016.

Concordancias

Ley 1873 de 2017; Art. [139](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.9.2.5.2 Las normas contenidas en el presente Capítulo aplican a todas las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, y a los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela durante el año 2015, y a su núcleo familiar.

(Artículo 2o del Decreto 1768 de 2015)



ARTÍCULO 2.9.2.5.3. ASEGURAMIENTO EN SALUD. <Artículo modificado por el artículo 2 del Decreto 1495 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos de la afiliación al Régimen Subsidiado en Salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante los años 2015 y 2016, cada entidad territorial municipal o distrital donde se encuentren ubicados, de manera temporal o definitiva, será la responsable de garantizar su afiliación y de elaborar el respectivo listado censal.

Las entidades territoriales municipales y distritales elaborarán los listados censales verificando la condición de nacional, de quien manifiesta ser migrante colombiano; este último deberá acreditar el vínculo con su núcleo familiar y manifestar bajo la gravedad del juramento su condición. Dicha población será afiliada al Régimen Subsidiado en Salud, en virtud de lo definido en el presente capítulo. Los listados censales deberán ser remitidos al Ministerio de Salud y Protección Social para efectos de las validaciones a que haya lugar en la Base de Datos Única de Datos de Afiliados (BDUA), de conformidad con las condiciones y estructura de datos que el Ministerio defina.

En el caso de que el migrante cambie temporalmente de municipio de residencia donde se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrá aplicar el mecanismo de portabilidad, conforme a lo establecido en los artículos [2.1.12.1](#) a [2.1.12.9](#) del presente decreto. No obstante, si se produce el cambio de residencia por parte del migrante de manera permanente, la entidad territorial municipal o distrital en la cual aquel fije su nueva residencia, deberá incluirlo en el listado censal y dar cumplimiento a las reglas establecidas en los referidos artículos.

Cuando varíe la situación socioeconómica de las personas beneficiarias del presente decreto, y en consecuencia, se encuentren obligadas a cotizar al Régimen Contributivo, por haber adquirido capacidad de pago o por haber iniciado una relación laboral o contractual generadora de ingresos, el afiliado o el empleador según el caso, deberá reportar la novedad a la EPS-S en la cual se encuentra afiliado. Lo anterior sin perjuicio de las acciones de verificación y control a que haya lugar, en el marco de lo dispuesto por el artículo [32](#) de la Ley 1438 de 2011.

En todo caso, las personas que no se encuentren en los listados censales o no estén plenamente identificadas y que manifiesten estar en las situaciones de que trata el presente decreto, para acceder al Régimen Subsidiado en Salud deberán solicitar ante la entidad territorial municipal o distrital donde se encuentren ubicadas, la aplicación de la Encuesta Sisbén, con el fin de determinar si cumplen con las condiciones y requisitos para pertenecer a dicho Régimen.

Hasta tanto se logre el proceso de afiliación y de identificación plena, las personas a que refiere

este decreto que requieran servicios de salud, deberán ser atendidas con cargo a los recursos para la atención a la población pobre no asegurada.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 2 del Decreto 1495 de 2016, 'por el cual se modifican los artículos [2.9.2.5.2](#), [2.9.2.5.3](#) y [2.9.2.5.8](#) del Capítulo 5, Título 2, Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social', publicado en el Diario Oficial No. 49.997 de 15 de septiembre de 2016.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.9.2.5.3. Para efectos de la afiliación al Régimen Subsidiado en Salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante el año 2015, cada entidad territorial municipal o distrital donde se encuentren ubicados, de manera temporal o definitiva, será la responsable de garantizar su afiliación y de elaborar el respectivo listado censal, con base en la información que repose en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio venezolano, que para el efecto remita al Ministerio de Salud y Protección Social la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.

Con el fin de que las entidades territoriales municipales y distritales puedan cumplir con su obligación de elaborar los listados censales de la población que será afiliada al Régimen Subsidiado en Salud en virtud de lo definido en el presente decreto, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, debe reportar al Ministerio de Salud y Protección Social el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio venezolano, con el objeto de establecer si existen personas que se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que por tanto, no les aplica lo aquí resuelto, luego de lo cual, la información depurada será dispuesta en la página web de este Ministerio para su consulta por parte de las diferentes entidades territoriales.

Una vez elaborados los listados censales por parte de las entidades territoriales municipales y distritales, los mismos deberán ser remitidos al Ministerio de Salud y Protección Social para efectos de las validaciones a que haya lugar en la Base de Datos Única de Datos de Afiliados (BDUA).

En el caso de que el migrante cambie temporalmente de municipio de residencia donde se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrá aplicar el mecanismo de portabilidad, conforme a lo establecido en los artículos [2.1.12.1](#) a [2.1.12.9](#) del presente decreto. No obstante, si se produce el cambio de residencia por parte del migrante de manera permanente, la entidad territorial municipal o distrital en la cual aquel fije su nueva residencia, deberá incluirlo en el listado censal y dar cumplimiento a las reglas establecidas en los referidos artículos.

Cuando varíe la situación socioeconómica de las personas beneficiarias del presente decreto, y en consecuencia, se encuentren obligadas a cotizar al Régimen Contributivo, por haber adquirido capacidad de pago o por haber iniciado una relación laboral o contractual generadora de ingresos, el afiliado o el empleador según el caso, deberá reportar la novedad a

la EPS-S en la cual se encuentra afiliado. Lo anterior sin perjuicio de las acciones de verificación y control a que haya lugar, en el marco de lo dispuesto por el artículo [32](#) de la Ley 1438 de 2011.

En todo caso, las personas que no se encuentren en los listados censales o no estén plenamente identificadas y que manifiesten estar en las situaciones de que trata el presente decreto, para acceder al Régimen Subsidiado en Salud deberán solicitar ante la entidad territorial municipal o distrital donde se encuentren ubicadas, la aplicación de la Encuesta Sisbén, con el fin de determinar si cumplen con las condiciones y requisitos para pertenecer a dicho Régimen.

Hasta tanto se logre el proceso de afiliación y de identificación plena, las personas a que refiere este decreto que requieran servicios de salud, deberán ser atendidas con cargo a los recursos para la atención a la población pobre no asegurada.

(Artículo 3o del Decreto 1768 de 2015)



ARTÍCULO 2.9.2.5.4. DERECHO A LA LIBRE ESCOGENCIA. La persona cabeza de familia elegirá la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado dentro de las que se encuentren autorizadas para operar en el municipio de residencia, a la que se afiliará junto con su núcleo familiar.

Con el fin de facilitar el proceso de afiliación al Régimen Subsidiado de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante el año 2015, las entidades territoriales municipales y distritales deberán convocar a todas las EPS-S que se encuentren autorizadas para operar en el correspondiente municipio o distrito, las cuales deberán concurrir en forma obligatoria, para que se adelanten campañas de afiliación y se ejerza el derecho a la libre escogencia en los albergues en los cuales se encuentran dichas personas. Las entidades territoriales deberán supervisar las campañas de afiliación que se lleven a cabo, con el fin de garantizar que no exista selección adversa, ni vulneración a la libre elección de EPS-S.

(Artículo 4o del Decreto 1768 de 2015)



ARTÍCULO 2.9.2.5.5. PUBLICACIÓN DE LISTADOS CENSALES. Con el objeto de garantizar el aseguramiento de los migrantes a que se refiere este decreto, las entidades territoriales deberán publicar en sus páginas web y/o en medios masivos de información, los listados censales de la población beneficiaria, con el fin de que las distintas Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, garanticen la correspondiente afiliación y el acceso a la prestación de los servicios de salud.

La verificación de la condición de población especial prioritaria de que trata el presente decreto, se hará por parte de la respectiva EPS-S, a través de la consulta en la página web de la entidad territorial o de los medios de información que para el efecto se dispongan.

(Artículo 5o del Decreto 1768 de 2015)



ARTÍCULO 2.9.2.5.6. ATENCIÓN A CARGO DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES. Mientras se logra el aseguramiento de la población establecida en el artículo [2.9.2.5.2](#) de este

Capítulo, que se encuentre debidamente identificada por la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, se deberá garantizar la prestación de los servicios de salud que requieran con recursos para atender a la población pobre no asegurada.

Así mismo, se deberá garantizar con recursos para población pobre no asegurada, la atención en salud de las personas que, de conformidad con la normatividad vigente, hacen parte del núcleo familiar de la población de que trata el inciso anterior, mientras se obtiene su identificación como ciudadanos colombianos o residentes.

(Artículo 6o del Decreto 1768 de 2015)



ARTÍCULO 2.9.2.5.7. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. La Superintendencia Nacional de Salud deberá realizar las acciones de inspección, vigilancia y control a que haya lugar, para que se garantice el derecho a la libre escogencia, así como el aseguramiento y el acceso efectivo a los servicios de salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, conforme a lo establecido en el presente decreto.

(Artículo 7o del Decreto 1768 de 2015)



ARTÍCULO 2.9.2.5.8. TRANSITORIEDAD. <Artículo modificado por el artículo 3 del Decreto 1495 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> El presente Capítulo rige hasta el 31 de diciembre de 2017.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 3 del Decreto 1495 de 2016, 'por el cual se modifican los artículos [2.9.2.5.2](#), [2.9.2.5.3](#) y [2.9.2.5.8](#) del Capítulo 5, Título 2, Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social', publicado en el Diario Oficial No. 49.997 de 15 de septiembre de 2016.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.9.2.5.8 El presente Capítulo rige por un año a partir del 4 de septiembre de 2015.

(Artículo 8o del Decreto 1768 de 2015)

CAPÍTULO 6.

TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA LAS ATENCIONES INICIALES DE URGENCIA PRESTADAS EN EL TERRITORIO COLOMBIANO A LOS NACIONALES DE LOS PAÍSES FRONTERIZOS.

Notas de Vigencia

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

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

CAPÍTULO 6.

PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN EL CORDÓN FRONTERIZO COLOMBO - ECUATORIANO.

SECCIÓN 1.

ASPECTOS GENERALES.

ARTÍCULO 2.9.2.6.1.1. OBJETO. El presente Capítulo tiene por objeto establecer el mecanismo de reconocimiento y pago de servicios de salud por las atenciones iniciales de urgencia brindadas a nacionales ecuatorianos que habitan en el cordón fronterizo binacional, cuando son atendidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas colombianas. Así mismo, establecer disposiciones que permitan la determinación de saldos a favor o en contra del Estado colombiano, con ocasión del cruce de cuentas a que haya lugar por los servicios brindados a nacionales colombianos en condiciones de reciprocidad en territorio ecuatoriano.

(Artículo 1o del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.1.2. DEFINICIONES. Para la aplicación del presente Capítulo, adóptense las siguientes definiciones:

1. Cordón fronterizo binacional: Es la zona de frontera colombo-ecuatoriana integrada por los siguientes municipios o unidades territoriales:

a) Municipios colombianos: Cuaspud, Cumbal, Ricaurte, Barbacoas, Ipiales y Tumaco del Departamento de Nariño, y Puerto Asís, Puerto Leguízamo, San Miguel y Valle del Guamuez, del departamento del Putumayo;

b) Unidades territoriales ecuatorianas: Tulcán, San Lorenzo, Sucumbíos Alto, Cáscales, Cuyabeno, Lago Agrio y Putumayo.

2. Beneficiarios de servicios: Son los habitantes de las Unidades Territoriales Ecuatorianas mencionadas en el numeral anterior, que requieran atención inicial de urgencias en una IPS pública inscrita por la autoridad competente y con servicios habilitados en sedes ubicadas en los municipios colombianos que hacen parte del cordón fronterizo binacional.

3. Atenciones iniciales de urgencia: Para efectos de cumplir el compromiso binacional, estas atenciones abarcan las siguientes modalidades de prestación de servicios de salud:

a) Atención de urgencias: Es la modalidad de prestación de servicios de salud que busca

preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad;

b) Atención inicial de urgencias: Es la modalidad de prestación de servicios de salud que implica acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y comprende:

i) La estabilización de sus signos vitales que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no conlleva necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento;

ii) La realización de un diagnóstico de impresión;

iii) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.

4. Registro Compartido de Atenciones en Salud (RCA): Es el conjunto de datos mínimos y básicos, sistemáticos y continuos que deben diligenciar tanto las instituciones de salud públicas colombianas como las ecuatorianas, por las atenciones iniciales de urgencia, brindadas a extranjeros de tales nacionalidades, habitantes del cordón fronterizo binacional, para la planificación, dirección, regulación, control y soporte de los procesos asociados al reconocimiento y pago de los servicios, el cual se adoptará en el marco de la relación binacional.

(Artículo 2o del Decreto 1954 de 2015)

SECCIÓN 2.

ATENCIÓN EN SALUD Y PROCEDIMIENTO DE REGISTRO.

ARTÍCULO 2.9.2.6.2.1. ATENCIÓN EN SALUD Y REMISIÓN DE PACIENTES. Los ecuatorianos habitantes de los municipios del cordón fronterizo binacional que por cualquier circunstancia se desplacen de manera temporal a un municipio colombiano del mismo cordón fronterizo y requieran atenciones iniciales de urgencia, serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas colombianas, en donde tendrán derecho al cubrimiento de tales servicios, incluido el transporte de remisión al prestador de servicios de salud ecuatoriano más cercano, para continuar con el tratamiento médico posterior, si a ello hubiere lugar, conforme a las normas propias de los sistemas de salud de cada país.

PARÁGRAFO 1o. Bajo ninguna circunstancia se realizarán reconocimientos y pagos por servicios que no estén asociados a las atenciones iniciales de urgencia.

PARÁGRAFO 2o. Los servicios de salud de que trata el presente artículo, y que son susceptibles de pago con cargo a los recursos de la Subcuenta ECAT del Fosyga, son los de las atenciones iniciales de urgencia brindadas por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas inscritas por la autoridad competente y con servicios habilitados en sedes ubicadas en los municipios colombianos que hacen parte del cordón fronterizo binacional.

(Artículo 3o del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.2.2. PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN SALUD. Las IPS públicas inscritas ante la autoridad competente y con servicios habilitados en los municipios colombianos del cordón fronterizo binacional, deberán seguir el protocolo para la atención en salud de pacientes adoptado en el marco del Acuerdo Binacional que se suscriba para tal efecto.

(Artículo 4o del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.2.3. DILIGENCIAMIENTO DEL REGISTRO COMPARTIDO DE ATENCIÓN EN SALUD (RCA). Las IPS públicas colombianas que presten a un beneficiario la atención inicial de urgencia, deberán diligenciar el Registro Compartido de Atenciones en Salud (RCA), que se adopte en el marco de la relación binacional. Este registro es requisito indispensable para el reconocimiento y pago de los servicios prestados.

Las IPS públicas colombianas deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con sus competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir una resolución incorporando el Registro Compartido de Atenciones en Salud (RCA) que se adopte en el marco de la relación binacional.

(Artículo 5o del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.2.4. TARIFAS. Las tarifas para el pago de servicios de salud a las IPS públicas colombianas que operen en los municipios colombianos del cordón fronterizo binacional, serán las establecidas en el Anexo Técnico 1 del presente decreto.

En caso de medicamentos y dispositivos médicos suministrados por las IPS públicas colombianas e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por esa Comisión o quien haga sus veces.

ARTÍCULO 2.9.2.6.2.5. Cuando una IPS pública colombiana suministre una tecnología en salud que no tenga asignada una tarifa en el Anexo Técnico 1 del presente decreto o en la regulación que expida la comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos, o quien asuma sus competencias, el valor a reconocer será el de la tarifa que tenga definido la IPS pública, previa comprobación de que dicho procedimiento no se encuentra relacionado en el mencionado decreto bajo otra denominación.

(Artículo 6o del Decreto 1954 de 2015)

SECCIÓN 3.

FINANCIACIÓN, RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.1. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. Los servicios de salud brindados en las atenciones iniciales de urgencia a nacionales ecuatorianos por parte

de las IPS públicas colombianas inscritas por la autoridad competente y con servicios habilitados en sedes ubicadas en los municipios colombianos que hacen parte del cordón fronterizo binacional, serán pagados con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga, previa reclamación radicada por dichas instituciones, de acuerdo con el procedimiento establecido en el presente Capítulo.

Los servicios de salud brindados por las unidades de salud ecuatorianas a nacionales colombianos beneficiarios, serán pagados por la Subcuenta ECAT del Fosyga, previo cruce de cuentas con el costo de los servicios brindados a nacionales ecuatorianos en un mismo período, de acuerdo con las reglas y procedimientos establecidos en el presente Capítulo.

(Artículo 7o del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.2. LEGITIMACIÓN PARA RECLAMAR. Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente Capítulo, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que este designe, es la Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública inscrita por la autoridad competente y con servicios habilitados en sedes ubicadas en los municipios colombianos que hacen parte del cordón fronterizo binacional y que haya brindado a un ciudadano ecuatoriano, habitante del mismo sector, los servicios de salud por las atenciones iniciales de urgencia.

Dichas instituciones podrán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, una reclamación para el pago de los servicios de salud en comento, en los periodos de radicación establecidos para el efecto.

(Artículo 8o del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.3. SOPORTES DE LA RECLAMACIÓN. Para la reclamación de que trata el artículo anterior, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas deberán presentar:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado.
2. Registro Compartido de Atención en Salud (RCA) debidamente diligenciado.
3. Copia del documento de identificación del paciente ecuatoriano a quien se le haya brindado los servicios de salud reclamados.
4. Original de la factura o documento equivalente de la Institución Prestadora de Servicio de Salud Pública que prestó el servicio, que debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes.

(Artículo 9o del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.4. TÉRMINO PARA PRESENTAR LAS RECLAMACIONES. Las IPS públicas colombianas que hayan prestado servicios de salud por las atenciones iniciales de urgencia a nacionales ecuatorianos habitantes de las Unidades Territoriales pertenecientes al cordón fronterizo binacional, deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud ante la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de

Salud y Protección Social o quien este designe, dentro del término establecido en el artículo [111](#) del Decreto-ley 019 de 2012 o la norma que lo modifique o sustituya.

(Artículo 10 del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.5. TÉRMINO PARA RESOLVER Y PAGAR LAS RECLAMACIONES. Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga a que refiere el presente Capítulo se auditarán por parte de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que este designe y se resolverán dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre del periodo de radicación establecido para el efecto. Se deberá verificar como mínimo la oportunidad de la presentación de la reclamación, la nacionalidad ecuatoriana del paciente atendido, si la atención correspondió a las atenciones iniciales de urgencia, la consistencia de la información contenida en los soportes de la reclamación y si la reclamación presentada ha sido o no pagada con anterioridad.

Si hubo lugar a la imposición de glosas como consecuencia de la auditoría integral a la reclamación, se le comunicará de ello al reclamante.

Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que este designe deberá cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas con aquellos disponibles sobre pagos ya efectuados por el mismo concepto por la Subcuenta ECAT del Fosyga.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, establecerá el procedimiento detallado para el reconocimiento y pago de las reclamaciones a que hace referencia el presente Capítulo. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará mediante resolución el mecanismo de validación de la información acordado en el marco de la relación binacional que le permita al Fosyga realizar la auditoría de que trata este artículo.

(Artículo 11 del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.6. CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE VALORES PAGADOS. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o la entidad que este designe, semestralmente consolidará la información relacionada con la totalidad del valor pagado, en dicho periodo, a las IPS públicas que operen en los municipios colombianos del cordón fronterizo binacional y que hayan brindado a un ciudadano ecuatoriano beneficiario los servicios de salud por las atenciones iniciales de urgencia, expresado en dólares a la tasa representativa del mercado promedio del mes en que se causaron.

(Artículo 12 del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.7. CRUCE DE CUENTAS. La mesa técnica binacional, conformada por funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social del Estado colombiano, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y funcionarios de su homólogo en el Ecuador, realizará el cruce de cuentas y deberá reunirse semestralmente para:

1. Informar sobre el valor pagado tanto por el Estado colombiano por concepto de servicios de salud correspondientes a atenciones iniciales de urgencia, brindadas en el territorio

colombiano a nacionales ecuatorianos habitantes del cordón fronterizo binacional, como por el Gobierno ecuatoriano sobre el pago de los servicios de salud correspondientes a atenciones iniciales de urgencia, brindadas en territorio ecuatoriano a nacionales colombianos habitantes del cordón fronterizo binacional.

2. Cruzar la información reportada por los dos Estados.

3. Determinar el valor a pagar por cada Estado, si a ello hubiere lugar, expresado en dólares a la tasa representativa del mercado promedio del mes en que se causaron.

De la reunión adelantada, la mesa técnica binacional realizará un acta en la que debe constar la información relacionada en los numerales 1, 2 y 3 del presente artículo, así como el número de cuenta bancaria al que se deberán realizar las consignaciones correspondientes, la cual deberá ser suscrita por los integrantes de la mesa en comentario.

PARÁGRAFO. En el acuerdo binacional que se suscriba para el efecto, los países podrán establecer los soportes necesarios para realizar el cruce de cuentas y la determinación de los valores a pagar por cada país. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá adoptar mediante resolución los soportes exigibles en Colombia según el acuerdo binacional para poder realizar el cruce de cuentas.

(Artículo 13 del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.8. SALDOS A PAGAR. Si resultaren saldos a favor del Gobierno ecuatoriano, dentro de los treinta (30) días siguientes a la finalización del cruce de cuentas, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, procederá al pago de los mismos.

Los saldos que resulten a favor del Estado colombiano, previo el cruce de cuentas de que trata el presente capítulo, serán ingresos de la Subcuenta ECAT del Fosyga.

(Artículo 14 del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.9. ALTERNATIVAS AL CRUCE DE CUENTAS. Si producto de la evaluación del mecanismo de cruce de cuentas, la Mesa Técnica Binacional de Prestación de Servicios de Salud, con base en información verificable, adopta un mecanismo diferente para el pago de los servicios de salud entre Estados, el Gobierno nacional modificará el procedimiento de cobro al mecanismo que se adopte.

(Artículo 15 del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.10. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. En caso de surgir controversias en torno al reconocimiento o pago por los servicios de salud de que trata el presente Capítulo, las partes involucradas en cada caso, abordarán su resolución a través de los mecanismos establecidos por los dos países en el Acuerdo Binacional que se suscriba para tal efecto.

(Artículo 16 del Decreto 1954 de 2015)



ARTÍCULO 2.9.2.6.1. OBJETO. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> El presente Capítulo tiene por objeto establecer el

mecanismo a través del cual el Ministerio de Salud y Protección Social pone a disposición de las entidades territoriales, los recursos que se prevean a nivel nacional para el pago de las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos.

PARÁGRAFO. Se entienden como países fronterizos aquellos que tienen frontera terrestre o marítima con Colombia.

Notas de Vigencia

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

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 866 de 2017:

ARTÍCULO 2.9.2.6.1. El presente Capítulo tiene por objeto establecer el mecanismo a través del cual el Ministerio de Salud y Protección Social pone a disposición de las entidades territoriales, recursos excedentes de la Subcuenta ECAT del Fosyga o quien haga sus veces, para el pago de las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos.

PARÁGRAFO. Se entienden como países fronterizos aquellos que tienen frontera terrestre o marítima con Colombia.

Texto original del Decreto 780 de 2016:

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



ARTÍCULO 2.9.2.6.2. ATENCIONES INICIALES DE URGENCIA. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos del presente capítulo, se entiende que las atenciones iniciales de urgencia comprenden, además, la atención de urgencias.

Notas de Vigencia

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

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

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 866 de 2017:

ARTÍCULO 2.9.2.6.2. Para efecto del presente capítulo se entiende que las atenciones iniciales de urgencia comprenden, además, la atención de urgencias.

Texto original del Decreto 780 de 2016:

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



ARTÍCULO 2.9.2.6.3. CONDICIONES PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS.

<Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>
Los recursos del nivel nacional que sean destinados para el pago de las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos, deberán ser utilizados por las entidades territoriales, siempre que concurren las siguientes condiciones:

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

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

Notas de Vigencia

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

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

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 866 de 2017:

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

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

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

Texto original del Decreto 780 de 2016:

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



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

Notas de Vigencia

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

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

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 866 de 2017:

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

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

Texto original del Decreto 780 de 2016:

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



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

Notas de Vigencia

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

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

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 866 de 2017:

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

Texto original del Decreto 780 de 2016:

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



ARTÍCULO 2.9.2.6.6. EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> Los departamentos y distritos ejecutarán los recursos de que trata el presente capítulo a través de los mecanismos definidos por la entidad territorial para la atención en salud de la población pobre no asegurada con la red pública del departamento o distrito.

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

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

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

Notas de Vigencia

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

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 866 de 2017:

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

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

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

Texto original del Decreto 780 de 2016:

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

PARTE 10.

PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL SGSSS.

TÍTULO 1.

PARTICIPACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

CAPÍTULO 1.

PARTICIPACIÓN EN SALUD.



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

(Artículo 1o del Decreto 1757 de 1994)



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

1. La participación social, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus

procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.

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

a) La participación ciudadana, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud;

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

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

(Artículo 2o del Decreto 1757 de 1994)



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

(Artículo 3o del Decreto 1757 de 1994)



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

1. Velar porque las Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud, sean públicas, privadas o mixtas, establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.

2. Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución y/o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.

3. Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las Empresas Promotoras de Salud.

4. Exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestatarias de salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quienes hagan sus veces, de los niveles Departamentales, Distritales y Municipales.

5. Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.

6. Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones

y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso, con el fin de retroalimentar el Servicio de Atención a la Comunidad.

(Artículo 4o del Decreto 1757 de 1994)



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

1. Un sistema de información y atención a los usuarios a través de una atención personalizada que contará con una línea telefónica abierta con atención permanente de veinticuatro (24) horas y garantizarán, según los requerimientos de ese servicio, el recurso humano necesario para que atienda sistemáticamente y canalice tales requerimientos.
2. Implantar articulado al sistema de información sectorial, un control de calidad del servicio, basado en el usuario.

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

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

(Artículo 5o del Decreto 1757 de 1994)



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

(Artículo 6o del Decreto 1757 de 1994)



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

1. El alcalde municipal, distrital o metropolitano o su respectivo delegado, quien lo presidirá. En los resguardos indígenas el comité será presidido por la máxima autoridad indígena respectiva.
2. El Jefe de la Dirección de Salud Municipal.
3. El Director de la entidad prestataria de servicios de salud del Estado más representativa del lugar, quien presidirá el Comité en ausencia de la autoridad administrativa de que trata el numeral 1 de este artículo. La asistencia del director es indelegable.
4. Un representante por cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del Municipio, tales como:

- a) Las formas organizativas promovidas alrededor de los programas de salud como las UROS, UAIRAS, COE, COVE, MADRES COMUNITARIAS, GESTORES DE SALUD, EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD, entre otras;
- b) Las Juntas Administradoras Locales;
- c) Las organizaciones de la comunidad de carácter veredal, barrial, municipal;
- d) Las asociaciones de usuarios y/o gremios de la producción, la comercialización o los servicios, legalmente reconocidos;
- e) El sector educativo;
- f) La Iglesia.

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

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

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

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

(Artículo 7o del Decreto 1757 de 1994)



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

1. Intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo atinente al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su jurisdicción respectiva.
2. Participar en el proceso de diagnóstico, programación control y evaluación de los Servicios de Salud.
3. Presentar planes, programas y prioridades en salud a la Junta Directiva del organismo o entidad de salud, o a quien haga sus veces.
4. Gestionar la inclusión de planes, programas y proyectos en el Plan de Desarrollo de la respectiva entidad territorial y participar en la priorización, toma de decisiones y distribución de recursos.

5. Presentar proyectos en salud ante la respectiva entidad territorial, para que bajo las formalidades, requisitos y procedimientos establecidos en las disposiciones legales, sean cofinanciados por el Fondo de Inversión Social (FIS) u otros fondos de cofinanciación a nivel nacional.
6. Proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extrahospitalaria y de control del medio ambiente.
7. Concertar y coordinar con las dependencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y con las instituciones públicas y privadas de otros sectores, todas las actividades de atención a las personas y al ambiente que se vayan a realizar en el área de influencia del comité con los diferentes organismos o entidades de salud, teniendo en cuenta la integración funcional.
8. Proponer a quien corresponda la realización de programas de capacitación e investigación según las necesidades determinadas en el Plan Local de Salud.
9. Elegir por y entre sus integrantes, un representante ante la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado de la respectiva entidad territorial, conforme las disposiciones legales sobre la materia.
10. Consultar e informar periódicamente a la comunidad de su área de influencia sobre las actividades y discusiones del comité y las decisiones de las juntas directivas de los respectivos organismos o entidades de salud.
11. Impulsar el proceso de descentralización y la autonomía local y departamental y en especial a través de su participación en las Juntas Directivas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o de Dirección cuando existan.
12. Elegir un representante ante el consejo territorial de planeación, en la Asamblea General de representantes de los Comités de Participación Comunitaria o "COPACOS" de la respectiva entidad territorial.
13. Verificar que los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento se administren adecuadamente y se utilicen en función de las prioridades establecidas en el Plan de Salud de la comunidad del área de influencia del respectivo organismo o entidad.
14. Velar porque los recursos de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, destinados a la gestión social de la salud, se incluyan en los planes de salud de la entidad territorial y se ejecuten debidamente, conforme a las disposiciones legales sobre la materia.
15. Solicitar al alcalde y/o concejo municipal la convocatoria de consultas populares para asuntos de interés en salud, que sean de importancia general o que comprometan la reorganización del servicio y la capacidad de inversión del municipio y/o el departamento, conforme a las disposiciones de la ley estatutaria que define este mecanismo.
16. Adoptar su propio reglamento y definir la periodicidad y coordinación de las reuniones, los responsables de las actas y demás aspectos inherentes a su organización y funcionamiento.
17. Evaluar anualmente su propio funcionamiento y aplicar los correctivos necesarios cuando fuere necesario.

PARÁGRAFO 1o. Las funciones de que trata el presente artículo se ejercerán sin perjuicio de la

responsabilidad científica, técnica y administrativa de los funcionarios correspondientes.

PARÁGRAFO 2o. Los servidores públicos o los trabajadores que laboren en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de la respectiva jurisdicción territorial, bien sean de empresas públicas, mixtas o privadas podrán asistir y ser convocados a las sesiones de los Comités de Participación Comunitaria a fin de que aclaren o expliquen aspectos que el Comité considere indispensables. Los servidores públicos o trabajadores citados podrán delegar a otro que estimen tenga mayor conocimiento del tema y/o capacidad de decisión sobre el asunto requerido.

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

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

(Artículo 8o del Decreto 1757 de 1994)



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

(Artículo 9o del Decreto 1757 de 1994)



ARTÍCULO 2.10.1.1.10. ALIANZAS O ASOCIACIONES DE USUARIOS. La Alianza o Asociación de Usuarios es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

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

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

(Artículo 10 del Decreto 1757 de 1994)



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

vigentes.

Las Alianzas garantizarán el ingreso permanente de los diferentes usuarios.

(Artículo 11 del Decreto 1757 de 1994)



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

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

(Artículo 12 del Decreto 1757 de 1994)



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

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

7. Proponer a las Juntas Directivas de los organismos o entidades de salud, los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad, según las normas de administración de personal del respectivo organismo.

8. Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad y que se apliquen de acuerdo a lo que para tal efecto se establezca.

9. Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.

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

11. Ejercer veedurías en las instituciones del sector, mediante sus representantes ante las empresas promotoras y/o ante las oficinas de atención a la comunidad.

12. Elegir democráticamente sus representantes ante la Junta Directiva de las Empresas Promotoras y las Instituciones Prestatarias de Servicios de carácter hospitalario que correspondan, por y entre sus asociados, para periodos máximos de dos (2) años.

13. Elegir democráticamente sus representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria y los Comités de Participación Comunitaria por periodos máximos de dos (2) años.

14. Participar en el proceso de designación del representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud conforme a lo dispuesto en las disposiciones legales sobre la materia.

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

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

(Artículo 14 del Decreto 1757 de 1994)



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma de la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

ISSN 2256-1633

Última actualización: 5 de agosto de 2020

