

DECRETO

Por medio del cual se determinan las modalidades y formas de participación y control social en salud, conforme lo establece la Ley 1438 de 2011, con el propósito de garantizar y proteger el derecho fundamental a la salud en el marco de una cultura de la salud con participación ciudadana, control social y trato digno.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

en ejercicio de las atribuciones que le confiere el numeral 11) del artículo 189 de la Constitución Política, y

CONSIDERANDO:

1. Que el artículo 49 de la Constitución Política dispone que los servicios de salud se organizan en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.
2. Que de conformidad con el artículo 103 de la Constitución Política el Estado contribuirá a la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía, con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública que se establezcan.
3. Que de conformidad con el artículo 270 de la Constitución Política, la ley organizará las formas y los sistemas de participación ciudadana que permitan vigilar la gestión pública que se cumpla en los diversos niveles administrativos y sus resultados.
4. Que el artículo 340 de la Constitución Política, dispone que en las entidades territoriales habrá un consejo de planeación con carácter consultivo y servirá de foro para el plan de desarrollo.
5. Que la Ley 70 de 1993 establece la participación de las comunidades negras y sus organizaciones sin detrimento de su autonomía, en las decisiones que las afectan y en las de toda la Nación en pie de igualdad, de conformidad con la ley.
6. Ley 134 de 1994, en su artículo 100, establece que las organizaciones civiles podrán constituir veedurías ciudadanas a nivel nacional y en todos los niveles territoriales, con el fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma y la prestación de los servicios públicos.
7. Que la Ley 489 de 1998, establece que todas las entidades y organismos de la administración pública tienen la obligación de desarrollar su gestión acorde con los principios de democracia participativa y democratización de la gestión pública.
8. Que de conformidad con la Ley 715 de 2001, por la cual se establecen competencias para las entidades del orden nacional, departamental y territorial, otorga la responsabilidad de promover y fortalecer los procesos de participación en todos los niveles.

9. Que la ley 691 de 2001, garantiza el derecho de acceso y la participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud, en condiciones dignas y apropiadas observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación.

10. Ley 850 de 2003, reglamenta las veedurías ciudadanas como el mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública.

11. Que en desarrollo del principio básico contemplado en el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, la participación social es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema, de igual forma en el artículo 136, establece que el Ministerio de Salud y Protección definirá una política nacional de participación social

12. Ley 1448 de 2011, contempla la participación efectiva de las víctimas como aspecto fundamental en el proceso de asistencia, atención y reparación de víctimas de la violencia.

13. Ley 1474 de 2011 o Estatuto Anticorrupción, establece en su literal i como una de las funciones de la Comisión Nacional para la Moralización, promover el ejercicio consciente y responsable de la participación ciudadana y del control social sobre la gestión pública.

14. La Ley 1448 de 2011, a través del principio diferencial, reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad.

15. La Resolución No. 1841 de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021, establece la necesidad del abordaje integral de los determinantes sociales de la salud dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y han sido reconocidas como el problema de fondo, dominante en la situación de salud.

DECRETA

CAPITULO I

LA PARTICIPACION SOCIAL Y SUS FUNDAMENTOS EN SALUD

ARTICULO 1. PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD. Son los derechos y obligaciones que tienen los ciudadanos, ciudadanas y los colectivos, sin distingo alguno de incidir en las medidas necesarias, para materializar la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación, control de las políticas, planes y programas de salud a través del diálogo, la deliberación y concertación entre actores sociales e institucionales, cuando les asista el interes o puedan estar afectados y exigir que se tomen las medidas adecuadas y pertinentes frente a la calidad y el manejo eficiente de los recursos de la salud.

PARTICIPACION CIUDADANA. Son los derechos y obligaciones que tienen los ciudadanos, ciudadanas y los colectivos, sin distinción alguno, de incidir en la toma de decisiones que permita el mejoramiento de los servicios sobre las políticas públicas en que se tomen las medidas necesarias, para materializar la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación, control de las políticas, planes y programas de salud a través del diálogo, la deliberación y concertación entre actores sociales e institucionales.

La participación ciudadana puede entenderse como un derecho, como un instrumento para una gestión más eficiente en salud y, además, como un proceso de empoderamiento que incrementa la capacidad efectiva de las personas de ejercer control sobre el sistema de salud. El término participación ciudadana adopta también diversos significados; hablar de participación ciudadana implica un ámbito de acción que se refiere a la construcción de la sociedad civil en su relación con el Estado, una ciudadanía autónoma, que se reúne y dialoga, supone relaciones igualitarias y una preocupación por el bien común.

LA PARTICIPACION COMUNITARIA. Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud identificando problemas de salud, que vulneran el derecho a una vida digna de los integrantes de la comunidad y planteando alternativas de solución.

ARTICULO 2. CULTURA DE LA SALUD CON PARTICIPACION CIUDADANA

La cultura de salud con participación se refiere a la urgencia de concienciar y empoderar a los ciudadanos frente a las prácticas y conocimientos relacionados con la medicina preventiva y el diagnóstico precoz de la enfermedad en cuanto es el ciudadano el primer responsable de cuidar de sus propios derechos y obligaciones en el servicio de salud que se ofrece dentro del contexto en que le ha tocado vivir, coherente con la concepción de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad afín de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

De forma simultánea la cultura de la salud con participación ciudadana busca fomentar la contribución al desarrollo humano y la transformación de prácticas sociales que tengan como objetivo el mejoramiento de las condiciones de vida, de la familia y de la comunidad, a la autorrealización como individuo o como grupo, a través de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia y autodeterminación en la satisfacción de las necesidades humanas. La participación en salud, se realizará de manera incluyente, vinculante y decisiva sin discriminación alguna por situación de vulnerabilidad, ciclo vital, sexual, política, económica, ética, cultural, o de cualquier índole.

La participación ciudadana, será el pilar de la estrategia de Atención Primaria en Salud y de los planes de salud. En tanto está comprobado, que las personas, familias y comunidades logran mejorar la calidad y los niveles del servicio de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas y actuar coordinadamente a favor de las políticas, sistemas y estilos de vida saludables.

La posibilidad de los ciudadanos y ciudadanas de fortalecer el conjunto de redes sociales a las que pertenecen y que constituyen un activo para los individuos y la sociedad formando su tejido social y

a través de ellos abrir la posibilidad de ampliar sus opciones y oportunidades para mejorar su calidad de vida, avanzar en el logro de una cultura democrática en salud y la consolidación de una sociedad más justa basada en la construcción colectiva de lo público.

De esta manera el poner en marcha la cultura de la salud con participación ciudadana se tienen como objetivos principales los siguientes:

1. La definición compartida de necesidades, problemáticas y posibles estrategias de solución en salud dentro de un territorio.
2. La elaboración colectiva del diagnóstico y de las herramienta que posibilitan la intervención de la ciudadanía en el proceso de transformación de las condiciones de vida y desarrollo comunitario en salud.
3. La reconstrucción de las realidades sociales en salud, a partir de los programas y proyectos de intervención que la comunidad desarrolle como estrategias participativas, valorando así la riqueza de la diversidad en las prácticas y saberes culturales en salud.
4. La identificación de los factores de riesgo y/o factores protectores en el bienestar y calidad de vida de la comunidad a partir del estudio y reflexión del estilo de vida individual y social con relación a estilos de vida saludables.
5. Garantizar la transparencia en el sistema de seguridad social en salud a través del fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento, inspección, vigilancia, control , rendición de cuentas y audiencias públicas.
6. Desarrollar la capacidad de gestión, movilización e incidencia en la resolución de los problemas sociales, contribuyendo a afianzar lazos de identidad, vinculación y sentido de pertenencia.
7. La participación ciudadana incluyente, vinculante, incidente y decisiva será el pilar de la estrategia de atención primaria en salud y de los planes de salud

ARTICULO 3. PRINCIPIOS

1.Solidaridad. Es la práctica de integrar los diferentes esfuerzos de la ciudadanía y de hacer causa común con las autoridades públicas en la búsqueda del bienestar colectivo.

2.Igualdad. El Estado velará por que ninguna persona, grupo o sector sea discriminado en el ejercicio de la participación. El acceso a los recursos y a los dispositivos de fortalecimiento institucional obedecerá a criterios de igualdad para la participación ciudadana y comunitaria en salud.

3.Pluralismo. En todos los espacios e instancias de participación ciudadana y comunitaria se debe garantizar al máximo el derecho que tienen todas las corrientes de pensamiento a expresar sus opiniones y a que estas sean debatidas, sin perjuicio de su diversidad cultural, social, étnica o económica.

4.Autonomía. El Estado respetará la autonomía de las personas y de sus organizaciones en el ejercicio de su derecho a participar en los asuntos públicos.

5.Equidad de géneros. La participación buscará la integración de los géneros, en igualdad de condiciones, en la vida de la nación, para lo cual dispondrá de todas las herramientas afirmativas con el fin de evitar la discriminación de alguno de ellos en las actividades públicas y privadas.

6.Primacía del interés colectivo. Las personas y grupos que ejerzan su derecho a participar, así como las autoridades públicas en su tarea de facilitar dicho ejercicio, deberán encaminar su esfuerzo

a conciliar el legítimo interés particular con el interés colectivo, dando primacía a este último, sin que ello vaya en detrimento de las minorías de cualquier índole.

7.Trabajo voluntario. Entendiéndose como voluntario toda persona natural que libre, consciente y responsablemente, sin recibir remuneración de carácter laboral ofrece , tiempo, trabajo y talento para la construcción del bien común.

8.Enfoque diferencial. Este principio reconoce que existen distintas poblaciones, con particulares características en razón de su edad, género, condición étnica, orientación sexual y situación de discapacidad por lo que se ofrecen especiales garantías por parte del Estado, en el ejercicio de su derecho.

9.Pedagogía democrática. Una de las finalidades del ejercicio de la participación ciudadana es propiciar el aprendizaje democrático de las personas y sus organizaciones, en la mira de fortalecer la democracia como forma de organización del Estado y de la relación entre este y la sociedad.

CAPITULO II

ESTRUCTURA DE PARTICIPACION EN EL SISTEMA DE SALUD

ARTICULO 4. CONSEJO NACIONAL DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD. Crease el Consejo Nacional de Participación Social en Salud, como la instancia del nivel nacional encargada de desarrollar, integrar y coordinar la política de participación social en salud en los distintos niveles territoriales y liderar los procesos de participación y control social en salud en los diferentes niveles territoriales e institucionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 5 .CONFORMACION DEL CONSEJO NACIONAL DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD.

1. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien deberá ser un empleado del nivel directivo y lo presidirá.
2. El Superintendente Nacional de Salud o el Delegado de la Superintendencia Nacional de Salud para la Participación Social.
3. El Contralor General de la República o su delegado.
4. El Procurador General de la Nación o su delegado.
5. El Defensor del Pueblo o su delegado.
6. Dos representantes de la red institucional de veedurías del sector salud designado por la Secretaría Técnica de la Red Institucional de Veedurías.
7. El responsable de los procesos de participación social en el Ministerio de Salud y Protección Social.
8. Dos comisionados/as comunitarios de participación en salud que represente a las comisiones del nivel departamental y municipal.
9. Dos Representantes de las Asociaciones de Usuarios de Salud existentes en el país, designados por el Señor Ministro de Salud y Protección Social.
10. Dos delegados de la Mesa Nacional de Víctimas elegidos entre ellos mismos.
11. Un representante de cada uno de las grupos étnicos presentes en el país debidamente organizados, los cuales serán elegidos entre ellos mismos.

PARAGRAFO 1. El Consejo Nacional para la Participación Social en Salud podrá invitar para lo pertinente a los diferentes actores que incidan en la promoción de la participación social en el

Sistema de Seguridad Social en Salud para deliberar y recibir propuestas que le permitan fortalecer y definir criterios para el desarrollo de procesos participativos.

PARAGRAFO 2. La secretaría técnica del Consejo Nacional para la Participación Social en Salud estará en cabeza de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, o quien haga sus veces.

PARAGRAFO 3. El Consejo Nacional para la Participación Social en Salud se reunirá ordinariamente mínimo dos veces al año y extraordinariamente cuando la mayoría calificada de sus miembros lo considere pertinente.

ARTICULO 6. FUNCIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

1. Participar en la definición Política Nacional de Participación Social en Salud
2. Proporcionar los lineamientos, criterios y estrategias en materia de participación y control social en salud en armonía con la Política Nacional de Participación Social.
3. Definir las prioridades en participación y control social en salud a desarrollar por todas las direcciones de salud departamentales, distritales y municipales, las instituciones administradoras de planes de beneficios, prestadoras de servicios de salud y los gestores comunitarios.
4. Garantizar que la participación y el control social, sean incluidos en todos los programas y proyectos de salud, incluido el Plan Nacional de Desarrollo.
5. Coordinar con las diferentes instituciones gubernamentales, sociales y comunitarias los planes, programas o proyectos que involucren la participación social en salud.
6. Definir estrategias para promover el desarrollo de una cultura de la salud con participación social, los derechos y deberes y el fomento de estilos de vida saludables
7. Establecer directrices para la capacitación y formación del recurso humano en participación ciudadana en salud y control social.
8. Establecer un sistema único nacional de información sistematizada sobre participación ciudadana y control social en salud.
9. Incentivar propuestas de estudios e investigación en participación en salud.
10. Proponer un sistema de información, seguimiento, monitoreo y evaluación para los procesos de participación en salud a nivel nacional.
11. Definir incentivos para los representantes de las Asociaciones de Usuarios, los Comisionados de Participación Comunitaria y los veedores en salud con énfasis en procesos de formación y capacitación en temas relacionados con el cumplimiento de sus funciones.
12. Impulsar el intercambio y retroalimentación de los procesos de participación activa en salud entre los diferentes niveles territoriales, otros sectores.
13. Gestionar recursos para el desarrollo de proyectos de inversión en participación social en salud y vigilar que estos sean destinados para tal fin.
14. Promover la creación de estructuras funcionales visibles de participación social en salud en todos los niveles territoriales.
15. Proporcionar los criterios y estrategias para la inclusión del componente de cultura de la salud con participación ciudadana y comunitaria en salud en el proceso educativo de niñas, niños y adolescentes.
16. Fomentar la participación ciudadana en las políticas públicas desde la consulta, formulación, ejecución, seguimiento y el monitoreo.

17. Proporcionar los lineamientos para fortalecer los procesos de inspección, vigilancia y control de los procesos participativos
18. Establecer canales de comunicación oportunos y efectivos con las comunidades.
19. Garantizar la participación de la comunidad en el desarrollo de los ejercicios de rendición de cuentas y audiencias públicas.
20. Reglamentar y establecer los procedimientos de operación democrática de los diferentes espacios de participación
21. Establecer su propio reglamento y su agenda acorde con prioridades.

ARTICULO 7. CONSEJOS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD.

Creanse los Consejos Territoriales de Participación Social en Salud, como órganos de implementación de la política de participación social en salud y de la promoción y seguimiento de los espacios de participación y control social en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud en sus territorios.

Los cuales serán presididos por los Gobernadores y Alcaldes, quienes podrán delegar su representación en los Directores Territoriales de Salud.

ARTICULO 8.CONFORMACION DE LOS CONSEJOS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD.

Los Consejos Departamentales, Distritales y Municipales de Participación Social en Salud estarán conformados por:

1. Jefe de la administración de la respectiva entidad territorial, quien podrá delegar en el Director de Salud.
2. Jefe de Planeación de la entidad territorial, o quien haga sus veces.
3. Secretario de Educación de la entidad territorial, o quien haga sus veces.
4. El jefe de la instancia encargada de liderar la participación y control social en salud en la entidad territorial.
5. Un representante de las personerías municipales para el caso de los Consejos Departamentales de Participación Social y en los municipios el Personero Municipal hará parte del Consejo Municipal de Participación Social.
6. Un representante de las EPS, el jefe de la administración territorial escogerá el representante al Consejo de las ternas presentadas por dichas entidades.
7. Tres representantes de las IPS, uno de las IPS públicas, uno de las IPS privadas y uno de las IPS mixtas, que funcionen en la jurisdicción respectiva, el jefe de la administración territorial escogerá cada uno de los representantes de los candidatos presentados por las IPS. En caso que no exista este último será sustituido por otro representante de las IPS públicas.
8. Un representante de los grupos étnicos (pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, palenqueros, raizales y pueblo Rrom), en donde existan, los cuales serán elegidos por sus autoridades.
9. Un comisionado de participación comunitaria presente en la respectiva entidad territorial elegido en asamblea.
10. Un representante de la asociación de usuarios, elegidos entre ellos.

11. Un representante de las víctimas de la violencia de la respectiva entidad territorial, elegidos en las mesas de participación efectiva que funciona en el departamento, distrito o municipio respectivo.

ARTICULO 9 FUNCIONES DE LOS CONSEJOS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD.

1. Desarrollar los lineamientos, criterios y estrategias en materia de participación y control social en salud definidos por el nivel nacional.
2. Incluir el componente de participación y control social en todos los programas y proyectos del sector salud.
3. Elaborar con las diferentes instituciones gubernamentales, sociales y comunitarias los planes, programas o proyectos que involucren la participación social en salud.
4. Asesorar de manera permanente a los actores del sistema de seguridad social en salud, autoridades territoriales, ONG'S y líderes comunitarios en los temas y estrategias relacionadas con la participación y control social en salud presentes en el territorio.
5. Implementar estrategias para promover el desarrollo de una cultura de la salud con participación social, los derechos y deberes y el fomento de estilos de vida saludables.
6. Promover la capacitación y formación del recurso humano en participación y control social en salud.
7. Fomentar el tema de participación y control social, sea incluido en todos los programas y proyectos de salud
8. Incentivar propuestas de estudios e investigación en participación en salud.
9. Implementar un sistema de información, seguimiento, monitoreo y evaluación para los procesos de participación en salud a nivel territorial.
10. Definir incentivos para las experiencias exitosas o representativas en participación ciudadana en salud o en desarrollo comunitario.
11. Gestionar recursos para el desarrollo de proyectos de inversión en participación social en salud y vigilar que estos sean destinados para tal fin.
12. Proporcionar los lineamientos para fortalecer los procesos de inspección, vigilancia y control de los procesos participativos.
13. Establecer canales de comunicación oportunos con las comunidades.
14. Promover la creación de estructuras funcionales visibles de participación ciudadana en salud en todos los niveles territoriales.
15. Proporcionar los criterios y estrategias para garantizar la participación de la comunidad en el desarrollo de los ejercicios de rendición de cuentas.
16. Establecer su propio reglamento y su agenda acorde con prioridades.

ARTICULO 10. SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION A LA COMUNIDAD - SIAC –

Los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizarán un servicio de información y atención a la comunidad en salud SIAC, a través de sus 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 los departamentos, distritos y municipios, el cual deberá:

1. Verificar que las instituciones prestadoras 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 quejas, peticiones o sugerencias de los representantes de las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.
3. Canalizar y controlar la resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las empresas promotoras de salud.
4. Exigir a las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud, la información sistematizada en donde conste la recepción, resolución y seguimiento a las inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos.
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 a las IPS y EPS.
7. Enviar a la Superintendencia Nacional de Salud trimestralmente, los consolidados de las inquietudes, quejas y reclamaciones recibidas, así como, el plan de mejoramiento de los hallazgos indicando las instituciones y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas, para el ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control.
8. Garantizar que los SIAU brinden la capacitación en la normatividad del SGSSS a las Asociaciones de Usuarios Conformadas en las EPS o IPS públicas, privadas o mixtas.
9. Exigir la implementación de los Sistemas de Atención e Información de los Usuarios SIAU, el reporte de sus actividades y de las encuestas de satisfacción de los usuarios los diez primeros días de cada trimestre.

PARAGRAFO. La Entidad Territorial en cabeza de la Dirección de Salud dispondrá los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para El Servicio de Información y Atención a la Comunidad SIAC.

ARTICULO 11. SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A LOS USUARIOS SIAU. En las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas, privadas o mixtas, deberán constituir las Oficinas de Servicio de Información y Atención al Usuario que deberán garantizar:

1. Un sistema de información y atención a los usuarios a través de página web y 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, sistematice y canalice tales requerimientos.
2. Resolver las inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes .
3. Sistematizar la información de las Oficinas de Información y Atención al Usuario SIAU.
4. Elaborar informe analítico acerca de las solicitudes o quejas presentadas, priorizar el área o tema objeto de queja o petición, frecuencia de queja y tiempo de respuesta y remitirlo a la Dirección de Salud correspondiente cada tres meses.
5. Articular con el SIAC, la capacitación en la normatividad del SGSSS y en los derechos y deberes a las Asociaciones de Usuarios Conformadas en las EPS o IPS públicas, privadas o mixtas.
6. Generar y promover la conformación de organizaciones sociales y el ejercicio de su participación activa dentro de las cuales se encuentran las Asociaciones de Usuarios.

7. Asesorar y orientar a los usuarios sobre los procedimientos y tramites que se desprenden de los servicios en el SGSSS en la EPS o IPS públicas, privada o mixtas.

8. Rendir los informes gerenciales trimestralmente, de las encuestas de satisfacción de los usuarios al Servicio de Información y Atención a la Comunidad SIAC y los planes de mejoramiento frente a los hallazgos resultados del informe gerencial y de la encuesta.

PARÁGRAFO 1. La coordinación del Servicio de Información y 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 2. 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.

PARÁGRAFO 3. Los profesionales designados para dirigir estas oficinas, deben ser profesionales, con los suficientes conocimientos del sistema de seguridad social en salud y del sistema de protección social, así como con las calidades y actitudes personales, de manera que se garantice un trato digno, una respuesta clara, precisa a las solicitudes de los usuarios, así como con empatía, tolerancia y buena comunicación.

PARÁGRAFO 4. 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.

PARÁGRAFO 5. Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud verificará que en las IPS como en las EPS se suministre el servicio al usuario tal como lo dispone el presente decreto.

CAPITULO III

ESPACIOS DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

ARTÍCULO 12. COMISIONES COMUNITARIAS DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD. En todos los municipios se conformarán las Comisiones Comunitarias de Participación en Salud 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 Local en el caso del Distrito Capital, o su respectivo delegado, quien lo presidirá.
2. El Director de Salud del respectivo municipio o distrito, o quien haga sus veces, quien presidirá la comisión en ausencia de la autoridad administrativa.
3. El Presidente del Concejo Municipal o Distrital.
4. El Director de la Empresa Social del Estado, más representativa del lugar.
5. Un representante de cada EAPB, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios ubicadas en el territorio o jurisdicción donde funcione la comisión comunitaria de participación en salud.
6. Un representante de las Juntas Administradoras Locales.
7. Un representante de las Organizaciones de Acción Comunal.

8. Un representante del sector educativo presente en el municipio, distrito o localidad.
9. Un representante de las organizaciones promovidas alrededor de programas de salud
10. Un representante de la mesa municipal de participación de víctimas.
11. Un representante de los resguardos indígenas donde existan.

PARAGRAFO 1. Los representantes ante las comisiones de participación comunitaria en salud, serán elegidos para periodos de cuatro años, sin posibilidad de ser reelegidos, deberán estar acreditados por la organización que representen y en el caso de los representantes de las IPS y las EAPB, por las Direcciones de Salud respectivas, mediante el mecanismo democrático que ellos determinen. En todo caso el representante designado deberá conocer el Sistema de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO 2. Las faltas a más de tres sesiones o el incumplimiento de las tareas asignadas de manera reiterada será causal suficiente para reemplazar los comisionados, el nuevo comisionado será elegido por la instancia a quien representa con el mismo mecanismo con el que fue elegido el saliente.

PARAGRAFO 3. En los municipios de categoría E, 1, 2 o 3, las comisiones comunitarias de participación en salud, podrán organizarse por localidad o comuna, atendiendo su organización administrativa.

PARAGRAFO 4. Las comisiones comunitarias de participación en salud, tendrán asambleas territoriales para la concertación, planeación y evaluación de las funciones a su cargo, así como para la elección democrática de sus representantes ante los organismos donde deban estar representados conforme a las disposiciones legales pertinentes.

PARAGRAFO 5. Cuando la composición de las comisiones comunitarias de participación en salud, sea muy numerosa o cuando sus funciones lo requieran, podrán organizar mesas temáticas en salud o grupos de trabajo por enfoque diferencial o grupo poblacional, de acuerdo con las áreas prioritarias identificadas.

PARAGRAFO 6. Los comités de participación comunitaria que se encuentren activos a la fecha de expedición del presente Decreto, se deberán reorganizar en comisiones comunitarias de participación en salud en un término de seis meses contados a partir de la vigencia del presente decreto.

PARAGRAFO 7. 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.

PARAGRAFO 8. Los comisionados del Distrito Capital de Bogotá participaran en los Mesas Temáticas de Control Social organizadas en el Distrito para el sector salud.

ARTICULO 13. FUNCIONES DE LAS COMISIONES COMUNITARIAS DE PARTICIPACIÓN EN SALUD. Son funciones de los comisionados comunitarios de participación en salud, las siguientes:

1. Participar activamente en la planificación, formulación, ejecución y seguimiento de los Planes de Desarrollo, Planes de Salud Territorial y Planes de Intervenciones Colectivas en su respectiva jurisdicción.
2. Intervenir en las actividades de planeación participativa en salud, con el objeto de identificar la percepción sentida de las comunidades, contribuir en la priorización de objetivos sectoriales, realizar ejercicios de presupuestación y asignación de recursos, según programas y proyectos y en el seguimiento de la gestión y la inversión de recursos del sector en todo lo atinente al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su respectiva jurisdicción.

3. Generar proyectos y programas que permitan mejorar la calidad de vida y el goce efectivo del derecho a la salud, presentados ante la Dirección Municipal de Salud, Concejo Municipal y Asamblea Departamental.
4. Presentar denuncias ante los organismos de control de todo acto que atente contra los recursos de la salud, por parte de las instituciones prestadoras y administradoras de planes de beneficios.
5. Proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extramural, de difusión y campañas que contribuyan a la transformación saludable de los ambientes familiares y comunitarios y al desarrollo de una cultura de la salud en el municipio.
6. 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 comunitarias que se vayan a realizar en el área de influencia de la comisión comunitaria de participación en salud.
7. Proponer a quien corresponda la realización de programas de capacitación y formación de los líderes y contribuir con procesos de investigación según las necesidades determinadas en los Planes de Salud.
8. Ser multiplicadores de las estrategias, programas y proyectos impulsados a nivel nacional, departamental o municipal, en temas de la salud.
9. Realizar una evaluación interna de dificultades y logros, cada seis meses, con el propósito de generar planes de mejoramiento al interior de las Comisiones de Participación Comunitaria.
10. Promover cabildos abiertos, debates de control social en salud, conversatorios y foros, articuladamente con la Administración Municipal, Concejo Municipal sobre problemáticas exclusivas de salud, con el propósito de generar compromisos y acciones concertadas transectorialmente con los operadores del servicio de salud.
11. Elegir por y entre sus integrantes, el comisionado que asistirá a la Asamblea General por departamento, de la cual saldrán los dos comisionados ante el Consejo Nacional de Participación Ciudadana en Salud.
12. Elegir por y entre sus integrantes dos representantes ante el Consejo Municipal o distrital de participación social en salud en la Asamblea General.
13. Elegir por y entre sus integrantes, el representante ante la Junta Directiva de la ESE respectiva, en la Asamblea General de representantes de las comisiones de participación comunitaria en salud de la respectiva entidad territorial conforme lo establece el Decreto 1876 de 1994 y el Decreto 2993 de 2013, en lo pertinente.
14. Consultar e informar cada tres meses acerca de las actividades realizadas de acuerdo con los planes de trabajo establecidos, a las oficinas de participación de las direcciones de salud y periódicamente a las comunidades de su área de influencia sobre las actividades y discusiones de la comisión, de igual forma lo deberá hacer el representante ante el Consejo Nacional de Participación Social en Salud, y ante los Consejos Territoriales de Participación Social y la Red de Control social.
15. Elegir un representante ante el Consejo Municipal de Planeación en Asamblea General de la Comisión Municipal.
16. Elegir un representante ante el Consejo Departamental de Planeación en Asamblea General de los representantes de las comisiones de participación comunitaria en salud de los municipios de su jurisdicción.
17. Verificar que los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiación en salud, se administren adecuadamente y se utilicen en función de las prioridades establecidas en el Plan de Salud Territorial del área de influencia.
18. Velar porque los recursos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se incluyan en los planes de salud de la entidad territorial y se ejecuten debidamente, conforme a las disposiciones legales sobre la materia.

19. 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 de salud y la capacidad de inversión del municipio y/o el departamento, conforme a las disposiciones de la ley estatutaria que define este mecanismo.
20. Rendir cuentas a las comunidades, organizaciones de salud y direcciones territoriales de salud.
21. Evaluar anualmente su propio funcionamiento y aplicar los correctivos cuando fuere necesario.
22. 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.

PARAGRAFO 1. En las entidades territoriales, departamento, municipio o distrito, que cuenten con Empresas Sociales del Estado de segundo y tercer nivel y que en sus juntas directivas exista un representante de los Comites de Participación Comunitaria, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1876 de 1994, se entenderá que representa a la Comisión Comunitaria de Participación en Salud conforme lo establece el presente decreto, y su periodo será de cuatro años sin posibilidad de reelección.

PARAGRAFO 2. Las funciones de que trata el presente artículo se ejercerán sin perjuicio de la responsabilidad científica, técnica y administrativa de los funcionarios correspondientes y con relaciones y comunicaciones adecuadas en el marco del respeto y trato digno.

ARTÍCULO 14. VEEDURIAS CIUDADANAS EN SALUD. La veeduría en salud podrá ser ejercida por cualquier ciudadano, comisionado u organización comunitaria, a fin de vigilar la gestión pública en salud, los resultados de la misma, la administración, prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad en salud y se regirán por lo contemplado en la ley 850 de 2003.

Dicha vigilancia se ejercerá en aquellos ámbitos, aspectos y niveles en los que en forma total o parcial se empleen los recursos públicos destinados al sector salud.

ARTÍCULO 15. CONSTITUCION DE LAS VEEDURIAS EN SALUD. Las organizaciones civiles o los ciudadanos procederán a elegir de una forma democrática a los veedores y con el acta de constitución en la cual conste el nombre de los integrantes, documento de identidad, el objeto de la vigilancia a nivel territorial en el sector salud, duración y lugar de residencia, realizaran la inscripción ante las Personerías Municipales o Cámaras de Comercio, quienes deberán llevar registro público de las veedurías inscritas en su jurisdicción, con el cual las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán llevar la relación de las veedurías inscritas en el sector salud de su respectiva jurisdicción.

Los ciudadanos que participen en ejercicios de veeduría y control social, deben demostrar conocimientos en el Sistema de Seguridad Social en Salud, adecuadas relaciones interpersonales, tolerancia y comunicación asertiva, ser propositivos y solidarios para facilitar la representatividad y su labor.

PARAGRAFO. Los representantes legales de las entidades territoriales, Empresas Administradora de Planes de Beneficios, Instituciones de Prestación de Servicios deberán por iniciativa propia o por solicitud de un ciudadano o de una organización civil, informar a los ciudadanos y a las organizaciones civiles a través de un medio de amplia difusión en el respectivo nivel territorial, para

que ejerzan la vigilancia correspondiente a través de la respectiva veeduría conforme lo establece la Ley 850 de 2003.

ARTICULO 16. REDES DE VEEDURIAS EN SALUD. Para los ejercicios de control social en salud, se podrán organizar redes de veedurías en salud en los diferentes niveles territoriales, estableciendo entre sí mecanismos de comunicación, información, coordinación y colaboración permitiendo el establecimiento de acuerdos sobre procedimientos y parámetros de acción, coordinación de actividades, aprovechamiento de experiencias en su actividad y funcionamiento, procurando la formación de una red con miras a fortalecer a la sociedad civil y potenciar la capacidad de control y fiscalización.

Las redes de veedurias pueden realizar acuerdos con otras instituciones de control o entidades que faciliten su labor veedora en la gestión pública de la salud.

ARTÍCULO 17. PARTICIPACION EN LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS Y EN LAS EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS. Las instituciones administradoras y prestadoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizarán la participación ciudadana, en todos los ámbitos que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables y al presente decreto.

ARTÍCULO 18. ASOCIACIONES DE USUARIOS. La asociación de usuarios es una agrupación conformada por afiliados al régimen contributivo, al régimen subsidiado y por los usuarios de las Instituciones de Prestación de Servicios identificados como población pobre no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Todos los usuarios podrán participar en las instituciones del sistema de salud formando asociaciones 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. Aquellos no afiliados a una IPS o EAPB podrán participar en las asociaciones de usuarios pertenecientes a las IPS públicas en la cual se le presten sus servicios de salud como población pobre no afiliada.

PARAGRAFO 1. Las Empresas Administradoras de planes de beneficios de salud sean públicas, privadas o mixtas, deberán convocar a sus afiliados del régimen contributivo y subsidiado, para la constitución de asociaciones de usuarios.

PARAGRAFO 2. Las Asociaciones garantizarán el ingreso permanente de los diferentes usuarios, de acuerdo con la afiliación o con la utilización de los servicios de salud.

ARTÍCULO 19. CONSTITUCION. 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 deberá obtener su reconocimiento como tales por la respectiva EAPB o IPS.

Las instituciones del sector salud sean públicas, privadas o mixtas, que no tengan constituida su asociación de usuarios deberán convocar a sus usuarios, que hayan hecho uso del servicio durante el último año, dentro del mes siguiente a la vigencia del presente decreto, para la constitución de la asociación. En caso de que la entidad administradora o prestadora del servicio no convoque para su

conformación dentro del término señalado, los afiliados por iniciativa propia lo podrán hacer y así lo comunicarán a la entidad, a la Dirección Territorial de Salud correspondiente y a la Superintendencia Nacional de Salud.

PARAGRAFO 1. En la conformación se elaborará un acta de constitución en la que se relacionará el nombre de sus integrantes y sus órganos de dirección y administración conforme con su reglamento interno. El acta también deberá contener la identificación de la asociación, la identificación de sus integrantes, calidad de afiliado, dirección de residencia, contacto telefónico y el periodo para el que se haya constituido. De esta acta debe reposar copia en la oficina de Participación Social de la Secretaria Distrital, Municipal o Departamental de Salud

PARAGRAFO 2. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones de prestación de servicios de salud, deberán promover la conformación de las asociaciones de usuarios mediante convocatoria pública, a través de un medio de alta divulgación local, regional o nacional, garantizando el acceso de todos los usuarios sin restricción alguna.

ARTÍCULO 20. REPRESENTANTES DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS. Las asociaciones de usuarios elegirán sus representantes en asamblea general, y entre los elegidos de éstas si hubieren varias asociaciones, sus instancias de participación podrán ser:

1. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la respectiva Empresa Administradora de Planes de Beneficios pública o mixta.
2. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la Institución Prestadora de Servicios de Salud de pública o mixta.
3. Dos (2) representantes ante el Consejo Nacional de Participación Social en Salud.
4. Un (1) representante ante cada uno de los Consejos Departamentales, Distritales o Municipales de Participación Social en Salud de su respectivo territorio.
5. Un (1) representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social.
6. Un (1) representante ante el comité de ética hospitalaria, de la respectiva institución prestadora de servicios de salud, pública o mixta.

PARAGRAFO. 1 Es responsabilidad de las EAPB el proceso de elección de los representantes de sus asociaciones de usuarios ante el Consejo Nacional de Participación Ciudadana en Salud

PARAGRAFO 2. Los representantes de las asociaciones de usuarios ante las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, tendrán un período de cuatro (4) años.

PARAGRAFO 3. Requisitos para ser miembro de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado. Para ser miembro de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer, segundo y tercer nivel de atención se deberán acreditar los requisitos establecidos en el artículo 8° del Decreto 1876 de 1994

ARTÍCULO 21. FUNCIONES DE LAS ASOCIACIONES. Las asociaciones de usuarios tendrán las siguientes funciones:

1. Asesorar a sus asociados en la libre elección de la entidad administradora de planes de beneficio en salud, las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la entidad administradora de planes de beneficios, dentro de las opciones por ella ofrecidas.
2. Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso a los planes de salud y servicios.

3. Participar en las Juntas Directivas de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios e Instituciones Prestadoras 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.
4. Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las juntas directivas de la institución prestadora de servicios de salud y la empresa administradora de planes de beneficios.
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 prestadoras y empresas administradoras de planes, acerca de la calidad del servicio prestado, así como de los sistemas de información y atención a los usuarios y a la comunidad.
7. Verificar los horarios de atención, la oportunidad en las citas y la calidad de la atención de los servicios de salud, garantizando que los establecidos por las EAPB y prestadoras de servicios respondan a las necesidades de los usuarios y de la comunidad.
8. Vigilar que las tarifas de los servicios de salud correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad y que se apliquen de acuerdo con lo que para tal efecto se establezca.
9. Vigilar que las quejas, reclamos y solicitudes que los usuarios presenten sobre las deficiencias en la afiliación o prestación de servicios, hayan sido resueltas, en caso de no ser así, exigir su respuesta o que se tomen las medidas correctivas.
10. Ser multiplicadores de los programas y campañas de salud, impulsados por las instituciones prestadoras de servicios o empresas promotoras de salud y el ente territorial.
11. Remitir información acerca de la gestión en la atención a los usuarios en las EAPB o IPS a la Superintendencia Nacional de Salud, para que se realicen las investigaciones pertinentes en caso de ser necesario, así como a los respectivos organismos de control.
12. Establecer una comunicación asertiva y de diálogo con el gerente o director de la entidad a la que pertenece la Asociación de Usuarios, para que se mejore la oportunidad, la calidad técnica y humana en la prestación de los servicios de salud.
13. Ejercer veedurías mediante sus representantes ante las empresas administradoras de planes de beneficios, instituciones prestadoras de servicios de salud y/o ante las Direcciones Territoriales de Salud.
14. Elegir democráticamente sus representantes ante la junta directiva de las empresas administradoras de planes de beneficios y las instituciones prestadoras de servicios de salud que correspondan.
15. Elegir democráticamente sus representantes ante los comités de ética hospitalaria y los consejos de participación ciudadana en salud.
16. 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.

ARTÍCULO 22. COMITES DE ETICA HOSPITALARIA. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas, deberán conformar los comités de ética hospitalaria, los cuales estarán integrados por:

1. El gerente de la institución prestadora de servicios de salud o su delegado.
2. Un (1) representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institución.
3. Un (1) representante de la Asociación de Usuarios de la Institución prestadora de servicios de salud.

4. Un (1) delegado elegido por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad, que formen parte de la Comisiones Comunitarias de Participación en salud del área de influencia de la respectiva entidad prestadora de los servicios.

PARAGRAFO. Los representantes ante los Comités de Etica Hospitalaria serán elegidos para periodos de dos (2) años y podrán ser reelegidos máximo hasta por un (1) período, pero no consecutivamente.

ARTÍCULO 23. FUNCIONES DE LOS COMITÉS DE ETICA HOSPITALARIA. Los Comités de Etica Hospitalaria tendrán las siguientes funciones:

1. Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y comunitaria, dirigidos a construir una cultura del servidor público y una cultura de la salud.
2. Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.
3. Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil, oportuna y con calidad.
4. 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.
5. Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.
6. Atender y canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.
7. Reunirse como mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.
8. Llevar un acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud respectiva.

CAPITULO IV

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 24. RESPONSABILIDADES DE LAS DIRECCIONES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES EN PARTICIPACION SOCIAL Y CONTROL SOCIAL EN SALUD.

1. Organizar, Gestionar y fortalecer los procesos de participación ciudadana en salud en su territorio.
2. Efectuar el seguimiento y evaluación del funcionamiento de los espacios y mecanismos de participación social en salud de todas las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto administradoras de planes de beneficios, como prestadoras de servicios de salud, organizaciones sociales y comunitarias, solicitando la información que se considere pertinente en cada caso a las EAPB e IPS.
3. Implementar los programas, planes y proyectos en salud, incluyendo a la comunidad en la formulación, seguimiento, evaluación y control.
4. Promover el desarrollo de una cultura de la salud con participación y control social, la difusión de los derechos y deberes y el fomento de estilos de vida saludables.

5. Asignar recursos para el fortalecimiento de las organizaciones y formas colectivas de participación, control social y veedurías del Sistema general de Seguridad Social en Salud.
6. Coordinar y realizar eventos de capacitación y formación del recurso humano en participación y control social.
7. Conocer estudios e investigaciones de participación en salud y divulgarlos.
8. Implementar un sistema de información, seguimiento, monitoreo y evaluación para los procesos de participación en salud a nivel territorial.
9. Impulsar el intercambio y retroalimentación de procesos participativos en salud.
10. Asignar recursos para el desarrollo de proyectos de participación y control social en salud.
11. Realizar inspección, vigilancia y control de los procesos participativos
12. Establecer canales de comunicación, oportunos y de acceso a las comunidades.
13. Realizar los ejercicios de rendición de cuentas, audiencias públicas con participación de la comunidad.
14. Efectuar seguimiento y evaluación a las Preguntas, Quejas, Reclamos de las comunidades y/o usuarios del sistema.
15. Efectuar auditoria a la satisfacción y percepción de los usuarios en su territorio
16. Impulsar los procesos de planeación y presupuestación participativos.
17. Participar en la red de control social
18. Atender, canalizar y seguir los proyectos de veedurías ciudadanas en salud.
19. Efectuar el seguimiento y responder las inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes y efectuar el seguimiento de los procedimientos realizados por EPS e IPS.
20. Sistematizar y analizar la información que entregan las Oficinas de Información y Atención al Usuario SIAU trimestralmente.
21. Solicitar a las EAPB e IPS que tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.

PARÁGRAFO. Las Direcciones de Salud, deberán disponer los recursos físicos, humanos, técnicos y financieros necesarios para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades.

ARTICULO 25. RECURSOS PARA EL EJERCICIO DEL CONTROL SOCIAL. Las entidades territoriales deberán destinar recursos a las comunidades que realicen seguimiento a la gestión e inversión pública, para facilitar el ejercicio del control social.

ARTÍCULO 26. OBLIGACIONES. Las Direcciones de Salud de los distintos niveles territoriales, las EAPB e IPS deben incluir en los perfiles de los responsables de los procesos de participación atributos y condiciones que garanticen competencia, idoneidad, aptitudes y conocimientos específicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud con énfasis en la atención de las comunidades y de los usuarios del sistema.

ARTICULO 27. La inobservancia en el cumplimiento de lo señalado en el presente decreto por parte de los funcionarios y entidades encargadas de promover la participación social y el control social en salud acarreará las actuaciones administrativas pertinentes.

ARTICULO 28. VIGENCIA. El presente decreto rige a partir de su publicación y deroga el Decreto 1757 de 1994 y las disposiciones que le sean contrarias.