

LEY 691 DE 2001



LEY 691 DE 2001

(septiembre 18 de 2001)

Mediante la cual se reglamenta la participaci3n de los Grupos 3tnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

CAPITULO I.

APLICACI3N, OBJETO, PRINCIPIOS Y AUTORIDADES.

ART3CULO 1o. APLICACI3N. La presente ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participaci3n de los Pueblos Ind3genas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protecci3n a la diversidad 3tnica y cultural de la naci3n. En alcance de su aplicaci3n, reglamenta la forma de operaci3n, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Pueblos Ind3genas de Colombia, entendiendo por tales la definici3n dada en el art3culo 1o. de la Ley 21 de 1991.

ART3CULO 2o. OBJETO. La presente ley tiene por objeto proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Ind3genas, garantizando su integridad cultural de tal

manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas.

ARTÍCULO 3o. DE LOS PRINCIPIOS. Para la interpretación y aplicación de la presente ley, además de los principios generales consagrados en la Constitución Política y de los enunciados en la **Ley 100 de 1993**, es principio aplicable el de la diversidad étnica y cultural; en virtud del cual, el sistema practicar la observancia y el respeto a su estilo de vida y tomar en consideración sus especificidades culturales y ambientales que les permita un desarrollo armónico a los pueblos indígenas.

ARTÍCULO 4o. AUTORIDADES. Además de las autoridades competentes, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán para la presente ley, instancias, organismos e instituciones, las autoridades tradicionales de los diversos Pueblos Indígenas en sus territorios, para lo cual siempre se tendrá en cuenta su especial naturaleza jurídica y organizativa.

CAPITULO II.

FORMAS DE VINCULACIÓN.

ARTÍCULO 5o. VINCULACIÓN. Los miembros de los Pueblos Indígenas participarán como afiliados al Régimen Subsidiado, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, excepto en los siguientes casos:

1. Que esté vinculado mediante contrato de trabajo.
2. Que sea servidor público.

3. Que goce de pensión de jubilación.

Las tradicionales y legítimas autoridades de cada Pueblo Indígena, elaborarán un censo y lo mantendrán actualizado, para efectos del otorgamiento de los subsidios. Estos censos deberán ser registrados y verificados por el ente territorial municipal donde tengan asentamiento los pueblos indígenas.

PARÁGRAFO 1o. El Ministerio de Salud vinculará a toda la población indígena del país en el término establecido en el artículo 157 literal b, inciso segundo de la **Ley 100 de 1993**.

PARÁGRAFO 2o. La unificación del POS al POS del régimen contributivo se efectuará en relación con la totalidad de los servicios de salud en todos los niveles de atención y acorde con las particularidades socioculturales y geográficas de los pueblos indígenas.

CAPITULO III.

DEL RÉGIMEN DE BENEFICIOS.

ARTÍCULO 6o. DE LOS PLANES DE BENEFICIOS. Los Pueblos Indígenas serán beneficiarios de los planes y programas previstos en la **Ley 100 de 1993**, así:

1. Plan Obligatorio de Salud.
2. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (conforme se define en el Acuerdo 72 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).
3. Plan de Atención Básica.
4. Atención Inicial de Urgencias.
5. Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos.

Las actividades y procedimientos no cubiertos por ninguno de los anteriores Planes y

Programas, serán cubiertos con cargo a los recursos del Subsidio a la Oferta en las Instituciones Públicas o las Privadas que tengan contrato con el Estado.

ARTÍCULO 7o. EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO P.O.S.S. El Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado para los Pueblos Indígenas será establecido de manera expresa por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como un paquete básico de servicios, debidamente adecuado a las necesidades de los Pueblos Indígenas, en concordancia con el artículo anterior y la **Ley 100 de 1993**.

ARTÍCULO 8o. SUBSIDIO ALIMENTARIO. Debido a las deficiencias nutricionales de los Pueblos Indígenas, el P.O.S.S. contendrá la obligatoriedad de proveer un subsidio alimentario a las mujeres gestantes y a los menores de cinco años. El Instituto de Bienestar Familiar o la entidad que haga sus veces el Programa Revivir de la Red de Solidaridad (o el organismo que asuma esta función), los departamentos y los municipios darán prioridad a los Pueblos Indígenas, para la asignación de subsidios alimentarios o para la ejecución de proyectos de recuperación nutricional, a partir de esquemas sostenibles de producción.

ARTÍCULO 9o. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO P.O.S.C. Para efectos de la aplicación de este plan a los miembros de los Pueblos Indígenas con capacidad de pago, las Empresas Promotoras de Salud públicas o privadas, estarán obligadas a diseñar e implementar la prestación de los servicios de P.O.S.C., en igualdad de condiciones de acceso y respetando sus derechos con relación al resto de la comunidad en la que habita. Es decir, tales EPS se sujetarán estrictamente al principio de la no discriminación en contra de los miembros de las comunidades de los Pueblos Indígenas, en materia de criterios, fines, acciones, servicios, costos y beneficios.

ARTÍCULO 10. PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA. La ejecución del P.A.B., será gratuita y obligatoria y se aplicará con rigurosa observancia de los principios de diversidad étnica y cultural y de concertación.

Las acciones del P.A.B., aplicables a los Pueblos Indígenas, tanto en su formulación como en su implementación, se ajustarán a los preceptos, cosmovisión y valores tradicionales de dichos pueblos, de tal manera que la aplicación de los recursos garantice su permanencia, cultural y su asimilación comunitaria.

El P.A.B. podrá ser formulado por los Pueblos Indígenas, en sus planos de vida o desarrollo, para lo cual las Entidades Territoriales donde estén asentadas prestarán la asistencia técnica y necesaria. Este Plan deberá ser incorporado en los planes sectoriales de salud de las Entidades Territoriales.

El P.A.B. se financiará con recursos asignados por los Programas Nacionales del Ministerio de Salud, los provenientes del situado fiscal destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, y con los recursos que, para tal efecto, destinen las Entidades Territoriales, así como los que destinen los Pueblos Indígenas.

En la ejecución del P.A.B., se dará prioridad a la contratación con las autoridades de los Pueblos Indígenas, sus organizaciones y sus instituciones creadas explícitamente por aquellas comunidades para tal fin.

ARTÍCULO 11. ATENCIÓN EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS. Para la aplicación de este Plan, a los miembros de los Pueblos Indígenas, se considera evento catastrófico el desplazamiento forzado, bien sea por causas naturales o hechos generados por la violencia social o política.

CAPITULO IV.

DE LA FINANCIACIÓN.

ARTÍCULO 12. FINANCIACIÓN DE LA AFILIACIÓN. La afiliación de los Pueblos Indígenas al régimen subsidiado se hará con cargo a los recursos provenientes de:

- a) Recursos del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud;
- b) Con aportes del Fosyga, subcuenta de solidaridad;
- c) Con recursos de los Entes Territoriales, y
- d) Con aportes de los Resguardos Indígenas.

PARÁGRAFO 1o. En aquellos asentamientos del territorio nacional, que no hagan parte de ningún municipio, los recursos departamentales provenientes de la conversión de subsidios de oferta a subsidios de demanda, harán parte de las fuentes de financiación de que trata el presente artículo.

PARÁGRAFO 2o. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, podrá fijar el valor de la UPC para los Pueblos Indígenas hasta en un cincuenta por ciento (50%), por encima del valor de la UPC normal, atendiendo criterios de dispersión geográfica, densidad poblacional, dificultad de acceso, perfiles epidemiológicos, traslados de personal y adecuación sociocultural de los servicios de salud.

ARTÍCULO 13. DE LOS COSTOS DE ACTIVIDADES. Para la elaboración de los estudios que permitan la adecuación del P.O.S.S. se tendrá en cuenta los costos de las actividades de salud o aplicaciones terapéuticas que emplean los Pueblos Indígenas de cada comunidad.

CAPITULO V.

DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SUBSIDIOS.

ARTÍCULO 14. ADMINISTRADORAS. Podrán administrar los subsidios de los Pueblos Indígenas, las Entidades autorizadas para el efecto, previo cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley. Las autoridades de Pueblos Indígenas podrán crear Administradoras Indígenas de Salud (ARSI), las cuales podrán en desarrollo de la presente ley:

a) Afiliar a indígenas y población en general beneficiarios del régimen subsidiado de Seguridad Social en Salud;

b) El número mínimo de afiliados con los que podrán operar las Administradoras Indígenas de Salud (ARSI), será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y los Pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, de los cuales por lo menos el 60% deberán pertenecer a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos;

c) Disponer de un patrimonio mínimo equivalente al valor de ciento cincuenta (150) smmlmv (salarios mínimos legales mensuales vigentes) por cada cinco mil (5.000) subsidios administrados.

Para efectos del cálculo del capital mínimo a que se refiere el presente artículo, los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar el cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido, los cuales serán tomados por el valor en libros.

ARTÍCULO 15. ASESORÍA. El Ministerio de Salud, garantizará la asesoría para la conformación, consolidación, vigilancia y control de las entidades creadas o que llegaren a crearse por los Pueblos Indígenas, para la administración del régimen subsidiado.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia y el Control sobre dichas entidades.

CAPITULO VI.

DE AFILIACIÓN Y MOVILIDAD EN EL SISTEMA.

ARTÍCULO 16. CONTINUIDAD EN LA AFILIACIÓN. Las entidades territoriales y el Fondo de Solidaridad y Garantías, deben garantizar la continuidad de la afiliación al régimen subsidiado de todos los miembros de los Pueblos Indígenas y en especial de sus niños desde el momento de su nacimiento.

ARTÍCULO 17. ESCOGENCIA DE LA ADMINISTRADORA. Cada comunidad indígena, por el procedimiento que ella determine, y en acta suscrita por las autoridades propias, seleccionar la institución administradora de los recursos del sistema subsidiado, a la cual deberá afiliarse o trasladarse la totalidad de los miembros de la respectiva comunidad.

Cualquier hecho conducta manifiesta orientada a distorsionar la voluntad de la comunidad, para la afiliación o el traslado de que trata el presente artículo, invalidar el contrato respectivo y en este evento se contará con 45 días hábiles para el traslado.

ARTÍCULO 18. LIMITACIONES. Las autoridades de los Pueblos Indígenas, en atención a las facultades que les confiere la Ley y de conformidad con sus usos y costumbres, podrán establecer limitaciones a la promoción de servicios o al mercadeo de las administradoras del régimen subsidiado dentro de sus territorios, en el espíritu y propósito de preservar su identidad e integridad socioculturales.

ARTÍCULO 19. GARANTÍA DE ATENCIÓN POR MIGRACIÓN. Las entidades territoriales y las administradoras del régimen subsidiado están en la obligación de garantizar la continuidad del subsidio y de la atención en salud, en las condiciones inicialmente pactadas, a los miembros de los Pueblos Indígenas que se desplacen de un lugar a otro del territorio nacional, previa certificación de la autoridad tradicional.

ARTÍCULO 20. EXENCIÓN. Los servicios de salud que se presten a los miembros de pueblos indígenas del régimen subsidiado estarán exentos del cobro de cuotas moderadoras y copagos.

Los miembros de pueblos indígenas del régimen contributivo, en los términos del artículo 5o., estarán sujetos al pago de cuotas moderadoras y copagos.

ARTÍCULO 21. DE LOS CRITERIOS DE APLICACIÓN. Los planes y programas de servicios de salud aplicables a los Pueblos Indígenas, tendrán en consideración el saber y las prácticas indígenas, basados en los criterios del pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad. De esta manera, las acciones en salud deberán respetar los contextos socioculturales particularidades y por tanto, incluir actividades y procedimientos de medicina tradicional indígena, en procura del fortalecimiento de la integridad cultural de los Pueblos Indígenas.

CAPITULO VII.

DE LA PARTICIPACIÓN EN LOS ÓRGANOS DE DIRECCIÓN DEL SISTEMA.

ARTÍCULO 22. PRINCIPIO DE CONCERTACIÓN. El diseño y la implantación de los planes de beneficios, programas y en general toda acción de salud para los Pueblos Indígenas definidos en el artículo sexto (6o.) de la presente ley, se concertarán con sus respectivas autoridades.

El Gobierno reglamentará la prestación de servicios de salud en las regiones de la Amazonia, Orinoquia y Costa Pacífica, para lo cual implementará y financiará un modelo operativo de atención.

ARTÍCULO 23. REPRESENTATIVIDAD. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud tendrán un (1) miembro en representación de los diversos Pueblos Indígenas presentes en el correspondiente territorio, quien será designado por los mecanismos tradicionales de estas comunidades.

ARTÍCULO 24. CONTROLADORES. Las autoridades de los Pueblos Indígenas harán parte de la red de controladores de Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar el efectivo control y vigilancia a las instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS) y a las administradoras de los recursos del régimen subsidiado.

CAPITULO VIII.

DISPOSICIONES GENERALES.

ARTÍCULO 25. DE LA CONTRATACIÓN CON IPS PÚBLICAS. Para efectos, de la contratación que de manera obligatorio deben efectuar las administradoras del régimen subsidiado con las IPS públicas, se entenderá como parte de la red pública, a las IPS creadas por las autoridades de los Pueblos Indígenas.

ARTÍCULO 26. PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN. En los organismos de inspección y vigilancia o las entidades que cumplan estas funciones, deberán existir programas regulares de capacitación de los funcionarios en aspectos relacionados con la legislación relativa a los Pueblos Indígenas.

Los programas de capacitación se harán extensivos tanto a las autoridades tradicionales

indígenas, como a los servidores públicos que directa o indirectamente atiendan asuntos con los Pueblos Indígenas.

ARTÍCULO 27. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. El Ministerio de Salud adecuar los sistemas de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para que estos respondan a la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, incluyendo en particular indicadores concernientes a patologías y conceptos médicos tradicionales de los Pueblos Indígenas, en orden a disponer de una información confiable, oportuna y coherente con sus condiciones, usos y costumbres, que permita medir impacto, eficiencia, eficacia, cobertura y resultados de los Servicios de Salud correspondientes.

ARTÍCULO 28. COMUNICACIONES. El Ministerio de Salud asignar un porcentaje no menor del cinco (5%) de los recursos destinados al fortalecimiento de la Red de Urgencias, para el financiamiento de los sistemas de comunicación, transporte y logísticas que sean necesario, en zonas donde se encuentren asentados Pueblos Indígenas.

ARTÍCULO 29. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. Para garantizar el acceso a los niveles superiores de atención médica, el Sistema de Referencia y Contrarreferencia permitir la remisión y atención pronta y oportuna de los Indígenas que lo requieran.

PARÁGRAFO. En las ciudades con hospitales de segundo y tercer nivel de atención médica, se dispondrán las acciones pertinentes para organizar casas de paso, en las cuales se hospedarán los acompañantes o intérpretes de los remitidos. Estas casas podrán ser asignadas y adjudicadas por el Consejo Nacional de Estupefacientes de aquellas incautadas en desarrollo de su actividad.

ARTÍCULO 30. COMPLEMENTARIEDAD JURÍDICA. Los aspectos no contemplados en la

presente ley relativos a la prestación de servicios de salud a los grupos indígenas, se regularán en todo caso por las normas existentes pertinentes o por las que se desarrollen con posterioridad a la expedición de ésta, pero de manera especial atendiendo la **Ley 100 de 1993**, la Ley 21 de 1991, la **Ley 60 de 1993**, el Decreto 1811 de 1990 y demás normas sobre la materia.

ARTÍCULO 31. VIGENCIA. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

El Presidente del honorable Senado de la República,
CARLOS GARCÍA ORJUELA.

El Secretario General del honorable Senado de la República,
MANUEL ENRÍQUEZ ROSERO.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,
GUILLERMO GAVIRIA ZAPATA.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,
ANGELINO LIZCANO RIVERA.

REPUBLICA DE COLOMBIA • GOBIERNO NACIONAL

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en Bogotá, D. C., a 18 de septiembre de 2001.

ANDRÉS PASTRANA ARANGO

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,
JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN.

La Ministra de Salud,
SARA ORDÓÑEZ NORIEGA.