

***GUÍA PARA IDENTIFICAR LAS COMPETENCIAS DE LOS
MUNICIPIOS ESTABLECIDAS EN EL MARCO NORMATIVO
VIGENTE
TOMO I***

**GESTIÓN INTEGRAL
EN SALUD PÚBLICA**



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

**CONVENIO
COOPERACIÓN
TÉCNICA No. 485/10**

**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL
– MSPS**

**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA DE LA
SALUD – OPS/OMS**

2

SEPTIEMBRE DE 2012

DIRECTIVOS

DR. ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

DRA. BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Ex Ministra de Salud y Protección Social

DR. MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA

Ex Ministro de Salud y Protección Social

DR. CARLOS MARIO RAMÍREZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

DR. TEÓFILO MONTEIRO

Representante a.i. OPS/OMS Colombia

DRA. ANA CRISTINA NOGUEIRA

Ex Representante OPS/OMS Colombia

DRA. MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ

Directora Epidemiología y Demografía - MSPS

DR. LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ

Director Promoción y Prevención - MSPS

DELEGADOS COMITÉ TÉCNICO DEL CONVENIO

Por el Ministerio de Salud y Protección Social

Por la OPS/OMS

ARTURO DÍAZ, TEÓFILO MONTEIRO
ALDEMAR PARRA, OSVALDO SALGADO
DIEGO GARCÍA, CRISTINA PEDREIRA
MARTHA L. OSPINA, GUILLERMO GUIBOVICH
FERNANDO RAMÍREZ, HERNÁN VÁSQUEZ
ELKIN OSORIO

ERNESTO MORENO NARANJO
Supervisor del Convenio

LUCY ARCINIEGAS MILLÁN
Secretaría Ejecutiva del Convenio

PATRICIA VEGA MORENO
Administradora del Convenio

REFERENTES TÉCNICOS DE LÍNEA DE GESTIÓN INTEGRAL EN SALUD PÚBLICA

Ministerio de Salud y Protección Social:

LUIS FERNANDO CORREA

Director Grupo de Emergencias y Desastres y Gestión Territorial

TILCIA ANGARITA, YESID PRECIADO

Profesionales Especializados

JACQUELINE ACOSTA

Asesora Plan Decenal Salud Publica

Y con apoyo en la primera fase de:

PATRICIA CARO JIMÉNEZ, Profesional especializado. Dirección de Epidemiología y Demografía

CESAR AUGUSTO CASTIBLANCO, Profesional asistente. Dirección de Promoción y Prevención

OPS/OMS:

OSVALDO SALGADO ZEPEDA

Jefe de área de Sistemas y Servicios de Salud

CONSTANZA PERALTA CASTAÑO

Consultora Nacional

CONSULTOR(es)

JARAMILLO PÉREZ Y CONSULTORES ASOCIADOS SRL LTDA

Iván Jaramillo Pérez

Gerente y Consultor

Julio Alberto Rincón Ramírez

Consultor

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 485 de 2010 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos ni reproducidos sin el consentimiento previo expreso de las mismas.

Tabla de contenido

1.	Introducción	8
1.1.	Cómo usar esta guía	9
1.2.	Guías de diagnóstico municipal	10
1.3.	GUÍA NO. 2. PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO CUALITATIVO DEL MUNICIPIO	10
1.4.	Guías de formulación de programas de gobierno	11
2.	Construyendo democracia en los municipios	14
2.1	¿Qué es el municipio?	14
2.2	Los municipios en el país	15
2.3	Ciclo de la Democracia Local	17
2.4	Voto programático - revocatoria del mandato local	18
2.5	¿Qué es un alcalde?	19
2.6	¿Quién es el alcalde? ¿UN Líder?	21
2.7	Los municipios, las regiones y otras formas asociativas- Ley de ordenamiento territorial	21
3.	Diagnóstico general del municipio	24
3.1	Contenido de un diagnóstico básico de para el análisis de la situación de salud	26
3.2	Algunos sistemas e información para el monitoreo de la situación de salud - ASIS	27
3.3	La salud en el plan nacional de salud	31
3.4	Plan nacional de desarrollo y las metas del milenio (8)	31
4.	Las responsabilidades generales del municipio en salud	32
4.1	Diferencia de responsabilidades y recursos entre los municipios colombianos (9) (10)	32

4.2	Responsabilidades Municipales en la Dirección de la salud	33
4.3	Responsabilidades Municipales en aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud	39
4.4	Tareas de aseguramiento en el municipio	45
4.5	Relación municipio y empresas promotoras de salud	48
4.6	Seguimiento y control del régimen subsidiado	49
4.7	Responsabilidades municipales en salud pública	50
4.8	Responsabilidades municipales de prestación de servicios de salud	59
5.	Financiamiento de la salud en los municipios	68
5.1	Sistema General de Participaciones	68
5.2	Financiación del régimen subsidiado	73
5.3	Recursos para la prestación de servicios de salud	77
5.4	Recursos del fondo de salvamento y garantía para el sector salud	78
5.5	Otras fuentes para la gestión de la salud en el municipio	79
5.6	Sistema general de regalías (SGR) Y Proyectos de Inversión	80
6.	Integración y articulación de otros sectores a los logros de salud y bienestar de las comunidades	84
7.	Proceso de empalme de la administración saliente a la administración entrante	87
7.1	Elementos a tener en cuenta	87
7.2	Situación de los recursos (29)	89
7.3	Documentos, soportes y complementarios para el sector salud	89
8.	Elaboración del plan de gobierno	92
8.1	Principios de planeación (5)	92
8.2	Programa de gobierno	94
8.3	Haciendo el programa de gobierno	95
8.4	Plataforma ideológica	95

9.	La salud en el plan de desarrollo municipal	101
9.1	Plan de desarrollo municipal. PDM - Definición y contenido	101
9.2	Diagnóstico de la situación de salud en la entidad territorial	102
9.3	Partiendo del programa de gobierno	103
9.4	Cuantificación y priorización de los problemas de salud	106
	ANEXO 1 GUÍA N° 1 - DIAGNÓSTICO MUNICIPAL	109
10.	Anexo 2. Las competencias en salud de las entidades territoriales	115
10.1	Diferencias de competencias entre los municipios según su categoría.	115
10.2	Diferencias de competencias en salud entre los distritos turísticos y el distrito capital	116
10.3	Los departamentos las competencias en salud y su relación con los municipios y distritos.	118
10.4	Estructura de las competencias territoriales	118
11.	ANEXO 3 REVISIÓN NORMATIVA DE INTERÉS PARA LAS ENTIDADES TERRITORIALES	123
12.	Anexo 4 Otros documentos de interés para las entidades territoriales	125
13.	TRABAJOS CITADOS	127

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No. 1.	Ciclo de gobierno municipal	9
Gráfica No. 2.	Ciclo de elección, planeación y gobierno municipal	17
Gráfica No. 3.	Proceso de revocatoria de mandato del alcalde municipal	18
Gráfica No. 4.	Mecanismos de asociación de Entidades Territoriales (5)	22
Gráfica No. 5.	Características del Sisbén III como instrumento de diagnóstico y políticas	30
Gráfica No. 6.	Plataforma Estratégica PDSP 2012 - 2021	53
Gráfica No. 7.	Gestión de hospitales públicos	64
Gráfica No. 8.	Recursos de la salud en los municipios Régimen Subsidiado (20) (9) (10)	73
Gráfica No. 9.	Financiación de la Salud Pública	75
Gráfica No. 10.	Recursos para prestación de servicios de salud	77
Gráfica No. 11.	Distribución de los recursos del Sistema General de Regalías	81
Gráfica No. 12.	ciclo de proyecto de inversión pública con sistema general de regalías - SGR.	82
Gráfica No. 13.	Determinantes de Salud e inversión (26) citado por Viceministra de Salud (16)	84
Gráfica No. 14.	Proceso de formulación de programa de gobierno en cuanto a la salud.	94
Gráfica No. 15.	Valores de la administración municipal	96

Gráfica No. 16. Principios de la Administración Municipal	97
Gráfica No. 17. Ciclo de plan desarrollo y del gobierno municipal	102

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1. Clasificación de los municipios según la población y peso porcentual de su población. (3)	16
Tabla No. 2. Explicación a las variables del diagnóstico en salud	24
Tabla No. 3. Explicación variable GUÍA No. 1 Diagnóstico municipal	26
Tabla No. 4. Evaluación de la capacidad de gestión de los municipios	28
Tabla No. 5. GUÍA No. 2 – PARTE 1 Análisis de la Dirección Local de Salud	34
Tabla No. 6. Tareas - Dirección territorial del SGSSS	35
Tabla No. 7. Resumen de la liquidación mensual de afiliados	42
Tabla No. 8. Restitución	43
Tabla No. 9. Liquidación Final mensual de afiliados y fuentes de recursos	43
Tabla No. 10. Guía 2, parte 2. Análisis de la situación de aseguramiento de la población a seguridad social.	44
A partir de esta tabla se puede verificar las tareas que debe desarrollar el municipio en el área de aseguramiento, e impulsar políticas para lograr los objetivos planteados en el Plan de Desarrollo	45
Tabla No. 11. Tareas de aseguramiento en el municipio	45
Tabla No. 12. Guía 2 – Parte 3. Análisis de proceso de salud pública	55

Tabla No. 13.	Tareas municipales de la salud pública	56
Tabla No. 14.	Acciones en salud pública de municipios de categoría especial 1, 2 y 3	57
Tabla No. 15.	Guía 2 – Parte 4. Análisis del proceso de prestación de servicios de salud.	61
Tabla No. 16.	Guía 3: Acciones municipales en la gestión de la prestación de servicios de salud en el SGSSS	63
Tabla No. 17.	Diferencias en las acciones de los municipios certificados y los no certificados	66
Tabla No. 18.	Crecimiento Sistema General de Participaciones	68
Tabla No. 19.	Distribución de los recursos totales del SGP	69
Tabla No. 20.	Variables usadas para la Distribución del SGP en salud	69
Tabla No. 21.	Variables usadas para la distribución de SGP en agua potable y saneamiento básico	71
Tabla No. 22.	Destinación de líneas y rangos de inversión de acuerdo con los recursos asignados	77
Tabla No. 23.	Guía No. 4. Elaboración del programa de gobierno - Problemas y propuestas	97
Tabla No. 24.	Guía No. 5 - Elaboración del programa de gobierno del sector salud y complementario.	99
Tabla No. 25.	Guía No. 6 - Profundización del diagnóstico municipal	105
Tabla No. 26.	Guía No. 6. Cuantificación y priorización de los problemas de salud	106

ACRÓNIMOS

BPIN: Banco de Programas y Proyectos de Inversión
CCF: Cajas de Compensación Familiar
CTSSS: Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud
CLOPAD: comités Locales de Prevención y Atención de Desastres
DANE: Departamento Nacional de Estadísticas (www.dane.gov.co)
DNP: Departamento Nacional de Planeación www.dnp.gov.co
Dpto: Departamento
EPOC: Enfermedad Obstructiva Crónica
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ECV: Enfermedad Cardiovascular
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
EPSc: Empresas Promotoras de Salud de Régimen Contributivo.
EPSs: Empresas Promotoras de Salud de Régimen Subsidiado.
E y D: Emergencias y Desastres
FCM: Federación Colombiana de Municipios www.fcm.org.co
FONPET: Fondo de Pensiones Territoriales
FONSAET: Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud
FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantías
Htes: Habitantes
IAM: Infarto Agudo de Miocardio (Corazón)
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
INS: Instituto Nacional de Salud www.ins.gov.co.
IRA: Infección Respiratoria Aguda.
IVA: Impuesto al Valor Agregado
MGA: Metodología General Ajustada
MS y PS - MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social www.minsalud.gov.co
Mpio: Municipio
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
OCAD: Órganos Colegiados de Administración y Decisión
PDD: Plan de Desarrollo Departamental
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
POB: Población
POAI: Plan Operativo Anual de Inversiones
POS: Plan Obligatorio de Salud
RNEC: Registraduría Nacional del Estado Civil
SGP: Sistema General de Participaciones
SGR: Sistema General de Regalías
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISBÉN: Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales
SNS - Supersalud: Súper Intendencia Nacional de Salud
SPIIP: Subdirección de Proyectos e Información para la Inversión Pública
SSR: Salud Sexual y Reproductiva
TBC: Tuberculosis
VIH: Virus de Inmune Deficiencia Adquirida.

1. INTRODUCCIÓN

La guía para identificar las competencias de los municipios en salud es una iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social, con el Apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. Está dirigida a los alcaldes, concejales, secretarios de salud, candidatos a elección popular y demás funcionarios municipales (en ejercicio de sus cargos o recién nombrados). La guía induce a elaborar o mantener el diagnóstico y análisis de la situación de salud y sectores relacionados en el municipio de manera permanente, con la intención de promover el desarrollo de las competencias, y ejercicio de la autoridad local para transformar los problemas de salud y/o consolidar los programas y proyectos exitosos en pro del bienestar de sus comunidades.

En esta guía se desarrollan las responsabilidades en salud que tienen los municipios colombianos, lo cual es un tema de interés general. Se parte de la idea de qué es un municipio y su administración local, se indica cómo hacer un análisis y monitoreo permanente de la situación local de salud, cómo ejercer las competencias y recursos en salud y cómo otros sectores afectan los resultados de salud. Posteriormente se indica cómo hacer el empalme de las administraciones municipales y los capítulos se orientan al ciudadano que decide aspirar a ser elegido como alcalde municipal o concejal, se describe cómo elaborar un programa de gobierno para ser presentado a sus electores (inicio del ciclo de gobierno municipal). Por último se enseña al candidato elegido a elaborar un plan de desarrollo para gobernar.

Este proceso lo hemos denominado Ciclo de gobierno municipal, que representa el concepto democrático de descentralización. Se considera que el gobierno debe ejercerse por autoridades que se encuentran cerca de las necesidades de los ciudadanos. Esto se ordenó en Colombia desde 1986, cuando se estableció la elección directa de los alcaldes municipales y se fortaleció en la Constitución Política de 1991 tras decretarse que los gobernadores también fueran elegidos por el voto de los ciudadanos.

Esto transformó la manera como el estado colombiano desarrolla su democracia participativa y se organiza para cumplir los mandatos constitucionales de garantizar el desarrollo social integral de las comunidades que lo conforman. Se pasó de un estado centralista a un gobierno descentralizado en los municipios y departamentos. Lo cual quedó plasmado en el artículo primero de la constitución: “Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.

Gráfica No. 1. Ciclo de gobierno municipal



En el desarrollo de este acuerdo social se han generado importantes leyes, decretos, resoluciones y acuerdos que han regulado la elección de autoridades locales, la planeación, operación y el control e informes de las mismas en los municipios y departamentos. Este es un mecanismo que garantiza el ejercicio de las autoridades hacia los objetivos del Estado Social de Derecho.

De acuerdo con lo anterior, esta guía busca puntualizar, a partir del ciclo de gobierno municipal, las competencias municipales para transformar la salud de sus comunidades. “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario que requiere de la acción de muchos sectores” (Štampar, 1946).

1.1. CÓMO USAR ESTA GUÍA

La metodología de esta guía está basada en la identificación y caracterización del término municipio y el papel de su alcalde en el marco de trabajo para el sector salud.

El desarrollo sectorial parte del análisis de la situación del municipio en cuestiones de salud. El enfoque particular de las competencias inicia con la revisión y evaluación cualitativa de cada una y de un listado de tareas esperadas en el desarrollo de las mismas.

Como apoyo metodológico se utilizan formatos denominados guías, los cuales sugerimos desarrollar y utilizara lo largo de la gestión en salud. Las guías sugeridas son:

1.2. GUÍAS DE DIAGNÓSTICO MUNICIPAL

La guía N° 1. Análisis de la situación de salud municipal y sectores relacionados es una indagación de información cualitativa y cuantitativa sobre la situación general del municipio, que le permitirá al alcalde, a sus funcionarios o a los concejales buscare identificar la situación de salud del municipio y compararla con indicadores departamentales y del país, con el fin de orientar en cualquier momento las acciones locales en este sector.

GUIA N° 1 DIAGNÓSTICO "ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD – ASIS" Y SECTORES RELACIONADOS								
Sector o Subsector	INDICADORES	VALORES MUNICIPIO			DEPTO	PAIS	AREA O VARIABLE A INTERVENIR	Sectorización o identificación de poblaciones
		URBANO	RURAL	TOTAL				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
www.minsalud.gov.co - Estadísticas – Indicadores para actores del Sistema – Información para Departamentos y Municipios								
TERRITORIAL	Extension territorial							
	Listado de corregimientos							

En las Diferentes guías se orienta sobre las fuentes que se pueden consultar para obtener la información.

En los siguientes capítulos se organizan las cuatro competencias básicas en salud del municipio; para ello se retomarán con mayor especificidad las responsabilidades en salud del municipio.

1.3. GUÍA NO. 2. PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO CUALITATIVO DEL MUNICIPIO

En las cuatro áreas de responsabilidad en salud: dirección, aseguramiento, salud pública y prestación de servicios de salud. Se busca una primera visión cualitativa del municipio.

La explicación de cada columna se encuentra más adelante, cuando se indique el uso de la respectiva guía.

GUÍA 2 –PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO MUNICIPAL				
ANÁLISIS DE RESPONSABILIDADES MUNICIPALES				
PROCESO DE -----				
Averigüe y responda a las siguientes preguntas acerca de su municipio	No	Sí	Describa las propuestas de acción	Fuente de información para verificar
		Describa los avances		
9	10	11	12	13

Fuente: (1)

Estas dos guías permiten obtener información cualitativa, ya que se tiene en cuenta la opinión de expertos y conocedores, y cuantitativa porque se deben consultar fuentes secundarias como cifras e indicadores. Así se logra un análisis de la situación de salud del municipio.

En las columnas 8 y 12 de estas guías se indican los principales problemas y necesidades en salud del municipio lo que, unido al listado de algunas tareas que se deben realizar en desarrollo de las competencias y al plan de desarrollo aprobado por el Concejo Municipal, le permitirá al alcalde y funcionarios mantener un referente para orientar sus acciones. De igual forma, al adicionar columnas a la guía de diagnóstico, como mínimo cada 6 meses, se registrará la situación para ser monitoreada de forma permanente en el desarrollo de las metas en salud. La guía N° 1 que se espera se mantenga actualizada, será una gran herramienta para el análisis de los futuros candidatos y la base para que ellos elaboren el programa de gobierno.

La guía N° 3 describe las tareas que se deben desarrollar en cada responsabilidad el Municipios y el cronograma y/o frecuencia para hacerlas, con el fin de orientar las acciones cotidianas en salud.

Guía N° 3 – Tareas en el SGSSS por parte del Municipio				
Responsabilidad	Trimestre			
	1	2	3	4

En los capítulos finales se indica cómo llevar a cabo el empalme del gobierno municipal saliente con el gobierno entrante y cómo elaborar el acta de gestión que incluye la

compilación de las actas de gestión de todos los funcionarios de alto rango local de la administración que termina.

A su vez, se desarrolla un capítulo dirigido a los candidatos quienes, partiendo del análisis de situación de salud sugerida en los primeros capítulos, elaboran en los dos formatos su programa de gobierno y posteriormente el plan de desarrollo municipal.

1.4. GUÍAS DE FORMULACIÓN DE PROGRAMAS DE GOBIERNO

La guía No.4 y 5 puede ser utilizada por quienes ingresan por primera vez en el cargo de secretarios de salud para relatar las situaciones encontradas en el municipio, formular sus acciones dentro del plan de desarrollo vigente y hacer su propio plan de acción. También son útiles para los candidatos al momento de elaborar su programa de gobierno. En este caso, además se incluye la plataforma ideológica del candidato, los ejes de desarrollo municipal y programa bandera.

En ella se transcriben los problemas identificados en el sector salud de la guías 1 y 2 (columna 8 y 12) y se elabora una serie de propuestas generales para solucionar los problemas hallados.

GUÍA No. 4	
Elaboración del programa de gobierno para el sector salud y complementarios	
Plataforma ideológica e identificación de áreas a intervenir	
Identificación de los municipios y candidatos	
Plataforma ideológica del candidato	
Ejes y programas bandera ¹	
Responsabilidad del municipio en salud	
Problema	Propuesta

En la guía No. 5, llamada Programa de gobierno en el sector salud y complementarios, ejes de trabajo, proyectos y estrategias, se desarrollan las soluciones planteadas en la guía No. 4 y se plantean programas, proyectos y estrategias que se llevarán a cabo. Lo anterior conforma el programa de gobierno con el que se compromete el candidato a la alcaldía municipal.

¹En la elaboración del programa de gobierno es importante que se defina cuáles son los programas bandera.

GUÍA No.5			
Elaboración del programa de gobierno para el sector salud y complementarios			
Ejes de trabajo, proyectos y estrategias			
Municipio:		Departamento:	
Nombre del candidato:			
Eslogan de la campaña:			
EJE ESTRATÉGICO: SECTOR SEGURIDAD SOCIAL			
Área	Programa	Proyecto	Estrategia
1	14	15	16

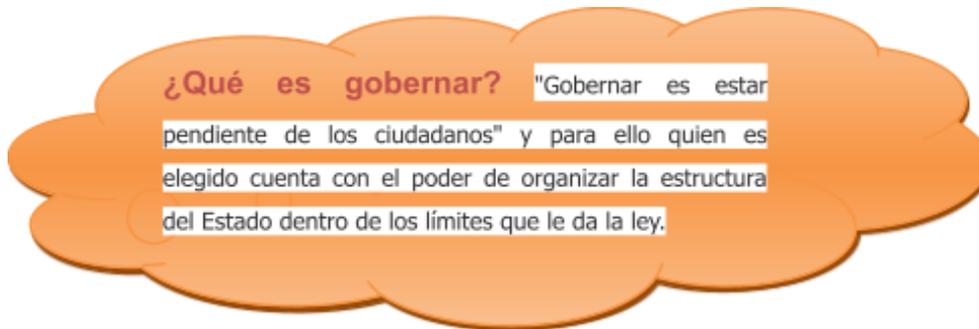
Los resultados de la guía N° 5 son la base fundamental para el montaje de la estrategia de la campaña política del candidato que busca el favorecimiento de la comunidad.

El capítulo de formulación de plan de desarrollo inicia con el rescate de la guía No. 1, el diagnóstico del sector salud y los programas y proyectos enunciados en la guía No. 4. Para la elaboración de este plan, se orienta a los lectores a acudir a la publicación del Departamento Nacional de Planeación denominada Guía No. 4. Planeación para el desarrollo integral en las entidades territoriales para el plan de desarrollo 2012-2015, con el fin de profundizar y orientar con acierto al municipio. Esta guía está disponible en el siguiente enlace: www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/OrdenamientoyDesarrolloTerritorial/DesarrolloRegional.aspx

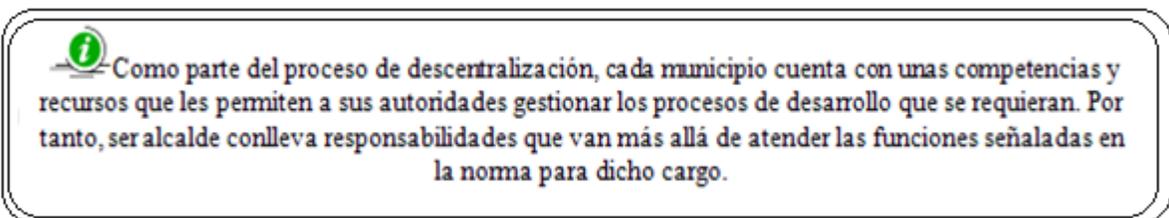
Por último, solo basta indicar que la acción de un buen gobierno municipal es la garantía para lograr la gobernabilidad y el bienestar de su comunidad. El uso adecuado y eficiente de los recursos disponibles garantiza el acceso a la salud de muchos ciudadanos. Todo ello está en las manos del alcalde municipal, a quien le deseamos el mayor acierto en sus políticas y programas y el reconocimiento de sus comunidades.

2. CONSTRUYENDO DEMOCRACIA EN LOS MUNICIPIOS

Colombia, en su acuerdo social plasmado en la Constitución Política, decidió que somos una democracia representativa. Uno de los eslabones básicos del acuerdo es la elección de los alcaldes municipales y concejales; por ello, sin temor a equivocarse, cuando en un municipio se elige a su alcalde se hace realidad la democracia.



A este mandatario se le confiere el poder de organizar y dirigir el aparato del estado local, además de representar a su comunidad ante el de gobierno departamental y nacional y ante diversas organizaciones. Asimismo, el alcalde asume la responsabilidad de garantizar a sus comunidades algunos derechos a través de responsabilidades delegadas. Para ello se le asignan recursos y el poder de cobrar impuestos de carácter local.



2.1 ¿QUÉ ES EL MUNICIPIO?

El municipio es la célula y pilar básico de la organización política del país, es el Estado más cercano a los ciudadanos. Está dotada de autonomía para la gestión de sus intereses y allí se debe cumplir con los derechos sociales de la población. Por ello, su organización y desarrollo son fundamentales para la gobernabilidad del país.

Según la Ley 136 de 1994, los municipios prestan los servicios públicos asignados por la ley, ordena la construcción de las obras para el progreso local, organiza el desarrollo económico y social y ambiental de su territorio, y promueve la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de sus habitantes.

Cada municipio dispone de un determinado número de recursos, bien sean naturales, humanos, económicos, urbanos, culturales e institucionales que constituyen su potencial de desarrollo.

Al municipio lo conforman varios elementos, como son:

Territorio e infraestructura física: carreteras, escuelas, hospitales, plazas de mercado, terminales de transporte, servicios públicos, comandos de policía, etc.

Población: son quienes residen en el municipio, ya sea por nacimiento o por inmigración. Su número se identifica mediante el censo de población elaborado por el DANE, el cual sirve de referencia para efectos de distribución de recursos, planificación y evaluación de la gestión o necesidades de los municipios.

La organización administrativa municipal ejecuta las funciones delegadas para garantizar el desarrollo social y económico de su territorio, lo mismo debe hacer la alcaldía, el concejo

Censo de población: lo hace el DANE y sus proyecciones son las estadísticas oficiales. Esta entidad también se encarga de las estadísticas vitales, certificación de nacidos vivos y defunciones. Desde el año 1995 el sistema de identificación de beneficiarios de programas sociales (Sisbén) se ha convertido en otro importante mecanismo para mantener información sobre la población, desafortunadamente este sistema no incluye a todos los habitantes, ya que tiene preferencia por las poblaciones "vulnerables". En lo político la población es definida por el censo electoral que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil - RNEC, el cual se actualiza previo a las elecciones de autoridades locales, territoriales o nacionales.

2.2 Los MUNICIPIOS EN EL PAÍS

El desarrollo municipal del país es muy diverso, tanto por su número de habitantes, la concentración de su población en zona urbana y rural, la extensión territorial, el desarrollo social y económico, el desarrollo de infraestructura y su capacidad administrativa. Se podría decir que, por regla general, los servicios se concentran en las capitales de los departamentos y cabeceras regionales. Las capitales casi siempre concentran el mayor número de habitantes, mayor desarrollo industrial y de servicios, y por ende, mayor empleo.

A medida que los municipios se alejan de la capital, son más pequeños en población, más rurales y con menor desarrollo económico, de empleo, de infraestructura y posiblemente su alcaldía tendrá menor presupuesto y capacidad administrativa.

Los municipios se clasifican en siete categorías de acuerdo con el número de habitantes y sus ingresos corrientes de libre destinación (2 pág. Art 2). Sin embargo, cuando hay diferencia entre los habitantes y los ingresos de libre destinación, estos últimos definen la categoría. La categoría especial y primera es aquella en la que está el mayor número de habitantes, ingresos y capacidad de gestión (55 municipios), es donde vive el 58.7% de la población. En el otro extremo están las categorías 5 y 6 (780 municipios), en donde habita solamente el 17.1% de la población y representan la mayoría del territorio nacional. En este territorio están las riquezas del subsuelo y los grandes problemas de seguridad y grupos ilegales; allí realmente se da o no la gobernabilidad territorial del país.

En vista de este desarrollo desigual, por principio de equidad, se incluyeron en la fórmula de distribución del Sistema General de Participaciones variables como la dispersión de la población, ruralidad y necesidades básicas insatisfechas, para que los municipios pequeños, lejanos, dispersos y con mayores necesidades reciban proporcionalmente más recursos per cápita por habitante.

Tabla No. 1. Clasificación de los municipios según la población y peso porcentual de su población. (3)

Categoría de Municipios, según número de Habitantes, y peso porcentual de la Población de cada Categoría sobre el total de la Población. Colombia 2005					
Categoría	Rango de habitantes	Rango de Ingresos Corrientes de libre Inversion - SMMLV	Nº Municipios	Nº Habitantes	% Habitantes
Especial	> 500,000	> 400.000	7	14.177.682	34,0
1	100.001 a 500,000	100.001 a 400.000	48	10.300.983	24,7
2	50.001 a 100.000	50,001 a 100,000	55	3.683.091	8,8
3	30.001 a 50.000	30,001 a 50,000	99	3.648.192	8,7
4	20.001 a 30.000	25,000 a 30,000	114	2.773.372	6,6
5	10.001 a 20.000	15,000 a 25,000	303	4.327.503	10,4
6	<10.000	< 15,000	477	2.802.242	6,7
Total			1.103	41.713.065	100

Fuente: Censo DANE 2005

Igualmente, estos datos se deben tener presentes en la planificación del desarrollo en consideración a sus situaciones particulares al momento de interpretar y adaptar las metas y proyectos nacionales.

La norma de igual forma considera que hay actividades y responsabilidades que no deben asumir los pequeños municipios, como las responsabilidades de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo (actividad en producción de alimentos y distribución, establecimiento abiertos al público en general, etc.) que en el caso de los municipio de categoría 4, 5 y 6 la competencia debe ser asumida por el departamento.



La distribución de los municipios tiene gran relevancia en la organización del Estado y en el compromiso que asume el alcalde con sus comunidades. Entre más pequeño sea y lejano de las principales ciudades esté, posiblemente su población sea más rural y dispersa, y el acceso a los servicios básicos tenga mayores barreras. Por ello, el reto de desarrollo de su comunidad exige un mayor esfuerzo. Para estos municipios, esta guía busca ofrecerle orientaciones básicas para que su gobierno sea efectivo y asertivo en el diagnóstico y las soluciones que se planteen.

2.3 CICLO DE LA DEMOCRACIA LOCAL

La democracia local se inicia cuando un grupo de ciudadanos decide presentarse ante sus comunidades para ser candidatos a la alcaldía municipal, al concejo, o para ser miembros de juntas administradoras locales. Todos son cargos elegidos por voto directo de los ciudadanos. En el siguiente grafico se pueden ver los momentos que el candidato vivirá en su proceso político en caso de ser elegido, desde la formulación del programa de gobierno hasta la aprobación y ejecución del plan de desarrollo. Se indicará quién es el responsable de cada acción y cuándo se debe realizar para hacer un proceso exitoso.

Gráfica No. 2. Ciclo de elección, planeación y gobierno municipal

¿QUE?		¿Quién?	¿CUANDO?
Elaboracion Programa de Gobierno		Candidato Alcaldia	Cuando decide la idea de ser candidato
Registro del Programa ante Notario		Candidato Alcaldia	Antes de inscribir la candidatura
Entrega Programa de Gobierno en RNEC al momento de inscribir la candidatura		Candidato Alcaldia	En el momento de inscribirse ante la RNEC
Presentacion Programa de Gobierno ante comunidad		Candidato Alcaldia	Durante la Campaña
La propuesta es aceptada por la Comunidad	No es elegido Alcalde	Los electores	El dia de elecciones
SI			
El Alcalde Municipal se posesiona		El Alcalde	1º de Enero del periodo constitucional
Presenta ante concejo Municipal modificaciones a Plan de Inversion para ajustar presupuesto al programa de Gobierno		El Alcalde	En el primer periodo de sesiones del Concejo municipal
¿Cumple requisitos Presupuestales?	NO - Se modifica y Ajusta	El Concejo Municipal	
SI			
El Concejo Municipal aprueba los ajustes		El Concejo Municipal	
Presenta al Consejo Municipal de Planeación el Proyecto de Plan de Desarrollo para su concepto		El Alcalde	Dos meses posteriores al inicio del Gobierno Municipal
Cumple con requisitos de planeación	NO - Se modifica y Ajusta	El consejo Municipal de Planeación	Un mes posterior a recibir el proyecto
SI			
Se aprueba por acuerdo Municipal		El Concejo Municipal	Hasta 5 meses posterior a inio del mandato Local
Se ejecuta el Plan de Desarrollo		La administracion municipal	Peridodo de Gobierno Municipal
Se hace evaluar minimo cada 6 meses		La alcaldia municipal	
Se hace rendicion de cuentas maximo cada 6 meses		La alcaldia municipal	

FUENTE: (1)

2.4 VOTO PROGRAMÁTICO - REVOCATORIA DEL MANDATO LOCAL

El programa de gobierno se convierte en un compromiso del futuro alcalde con su comunidad y tendrá la obligación de ejecutarlo en el plan de desarrollo que como alcalde presente al Consejo de Planeación y al Consejo Municipal para su aprobación. A este compromiso se le denomina *voto programático* (4). Por ello, cuando el alcalde municipal y su equipo de trabajo no desarrollan el programa de gobierno presentado a las comunidades para su elección, los propios electores, pasado un año de la posesión en el cargo, mediante un mecanismo legal, pueden revocar el mandato del alcalde. En el siguiente grafico se muestran los pasos, y la seriedad de este compromiso democrático que asume el candidato.

Gráfica No. 3. Proceso de revocatoria de mandato del alcalde municipal

¿QUE?			¿Quién?	Quando
Evaluación del Plan de Desarrollo			La comunidad, partidos políticos	Pasado un año de Gobierno
Se ha cumplido el Plan	SI	Continua Mandato	El Alcalde	
NO				
Busqueda de firmas para revocatoria de Mandato del Alcalde			La comunidad, partidos políticos	No tienen limite de tiempo
Ha firmado mas del 40% del Censo Electoral del Municipio	NO	Continua Mandato	El Alcalde	
SI				
Solicitud de Convocatoria para revocar el mandato			La comunidad, partidos políticos	
SI				
Validación de las firmas y Cedula de Ciudadania de los firmantes, se verifica que coincidan con el censo electoral del Municipio; y representa el 40% del censo electoral	NO	Continua Mandato	La Registraduría Nacional del Estado Civil RNEC	30 dias posteriores a la solicitud de Convocatoria
SI				
Convocatoria a Referendo revocatorio de mandato del alcalde			La registraduría Nacional del Estado CIVIL RNEC	Maximo 60 dias, posteriotres a la solicitud de convocatoria
SI				
La votacion en el referendo es superior al 60% del dia de eleccion que eligio al Alcalde	NO	Continua Mandato	El Alcalde	
SI				
Los votos depositados por la revocatoria son mas del 60% de los votos depositados	NO	Continua Mandato	El Alcalde	
SI				
Remocion del Cargo al Alcalde Municipal			El Gobernador	Inmediato
Nombramiento de Alcalde encargado por parte del Gobernador del Departamento				
Convocatoria de nuevas Elecciones de Alcalde			La Registraduría Nacional del Estado CIVIL RNEC	2 meses posteriores

Página 1

FUENTE: (1) Ministerio de Salud de la República de Colombia (1998) *El componente de salud en el programa de gobierno municipal*. Primera edición.

2.5 ¿QUÉ ES UN ALCALDE?

El alcalde es el representante más cercano del Estado ante los ciudadanos. Busca garantizar el cumplimiento de la Constitución Política y las leyes en su municipio. Esto significa, entre otras cosas, que debe trabajar en pro de la consecución de los fines esenciales del Estado

para cumplir, en su período de gobierno, los compromisos pactados con la ciudadanía y señalados en su programa de gobierno.

REFLEXIÓN

El gobierno local organiza y administra los bienes y servicios que, de acuerdo con sus competencias, se deben proveer para asegurar “el cumplimiento de los deberes sociales del Estado”.

Para que esto sea posible, la gestión de los gobiernos territoriales implica no solo conocimientos técnicos, administrativos y capacidad de gerencia, sino que por ser también una actividad política, **deben tener capacidad de articulación con los distintos actores presentes en su municipio**, procurando vincular proactivamente en los procesos de desarrollo a los ciudadanos, el Concejo Municipal, a las organizaciones étnicas y sociales, los gremios, las empresas, las instituciones del sector público, entre otras”.

Los ciudadanos no solo esperan que sus autoridades realicen una gestión honesta y eficiente, sino que demandan su liderazgo para que la comunidad sea conducida hacia el desarrollo y mejores niveles de vida.

¿Quién es el alcalde?, ¿qué se espera de la persona que ocupa este cargo?

El alcalde es el “Líder que dirige y señala el rumbo del municipio. La responsabilidad del gobernante es dar las directrices de desarrollo que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de los habitantes. Debe establecer el rumbo señalando las metas de transformación socioeconómica, ambiental e institucional.

- **Gerente de la entidad territorial.** Como gerente debe guiar y fortalecer los procesos internos y externos de la administración, de forma tal que él y su equipo de trabajo puedan resolver de manera efectiva las situaciones que se presenten durante el proceso de gestión pública, y así garantizar el cumplimiento de los resultados propuestos. Además debe propiciar la participación de todos los actores en el proceso público y fortalecer la cultura organizacional.

- **Conciliador de intereses y formador de alianzas frente a objetivos colectivos.** En el marco de la democracia, el gobernante territorial debe representar la voluntad colectiva y, por lo tanto, debe hacer alianzas estratégicas tanto públicas como privadas, con ONG y entidades territoriales para el logro de los objetivos de desarrollo frente a los cuales la ciudadanía se sienta identificada. Debe movilizar energías y recursos desatando procesos dinámicos y auto sostenidos de desarrollo. Así mismo, debe procurar mantener un ambiente permanente de confianza, estabilidad y fortalecimiento de la institucionalidad pública y privada.

• **Garante del manejo eficiente de los recursos públicos.** El alcalde, como representante del Estado colombiano, es responsable de la administración y buen uso de todos los recursos del municipio, y de la búsqueda permanente de la excelencia y el mejoramiento de los procesos públicos. Así mismo, debe propender por la modernización del Estado a través del aprendizaje de las nuevas formas de hacer política, con ética renovada, sistemas novedosos de rendición de cuentas y amplia transparencia de toda la gestión pública.

• **Servidor público.** Las funciones básicas de los alcaldes y gobernadores las establece la Constitución Política, en los artículos 1, 2, 305 y 315. De acuerdo con estas disposiciones dichos funcionarios tienen las facultades administrativas para poder cumplir con las competencias asignadas a los departamentos, municipios y distritos. También tienen atribuciones básicas como: dirigir la acción administrativa; coordinar los servicios nacionales en su territorio; elaborar los proyectos de plan de desarrollo y presupuesto y presentarlos a consideración de la asamblea o concejo; proponer la estructura administrativa del departamento o del municipio, manejar el personal y suprimir o fusionar las entidades.”

Las responsabilidades de la administración municipal se evalúan dentro del contexto de su desarrollo y necesidades, de manera que habrán algunas que no son prioritarias y otras que, por necesidades de sus comunidades, adquieren grandes dimensiones.

Responsabilidades del alcalde según la Ley 1454 de 2011, art 2 de la Ley de Ordenamiento Territorial
Cumplir y hacer cumplir la Constitución y las leyes, y conservar el orden público en el municipio.

Organizar, dirigir, suprimir o fusionar entidades y cargos. Asignar responsabilidades y funciones en la administración municipal, central o descentralizada.

Presentar las iniciativas necesarias para la buena marcha y desarrollo del municipio al Concejo Municipal de acuerdo con los cronogramas. Sancionar, promulgar y/o objetar los acuerdos aprobados por el Concejo.

Colaborar con el Concejo para el buen desempeño de sus funciones, presentarle informes generales sobre su administración y convocarlo a sesiones extraordinarias.

Ordenar los gastos municipales de acuerdo con el plan de inversión y el presupuesto.

2.6 ¿QUIÉN ES EL ALCALDE? ¿UN LÍDER?

Es quien guía hacia una meta común. Muestra el camino y crea un ambiente en el cual los otros miembros del equipo se sienten activamente involucrados en todo el proceso.

Cualidades del líder: (5)

Buen escucha: sus compañeros de equipo podrían tener una forma genial de mejorar su idea. Debe mantener su mente abierta a otras ideas. Escuche y acepte sus críticas constructivas.

Concentrado: constantemente recuérdese a sí mismo y al grupo las metas y misión del proyecto. Permanezca en la dirección correcta y mantenga a los otros en esta dirección, estableciendo y examinando las metas.

Organizado: un líder puede establecer el tono para su equipo. Un líder organizado ayuda a motivar a los miembros del equipo a ser organizados también.

Disponible: tiene tiempo para hablar con su equipo e incluye a los otros: un líder no debe hacer todo el trabajo, trabaja con sus compañeros de equipo y aprende cómo delegar responsabilidades pensando al mismo tiempo en los intereses de los otros, metas y fortalezas.

Decisivo: tiene la entereza de tomar una decisión final, aun si algunos miembros del equipo no están de acuerdo con su opinión.

Seguro: cree en el rumbo y en los éxitos de su proyecto.

2.7 LOS MUNICIPIOS, LAS REGIONES Y OTRAS FORMAS ASOCIATIVAS- LEY DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL

La Ley de Ordenamiento Territorial considera que los municipios no se desarrollan de forma aislada, por esta razón se desenvuelven en el contexto departamental. Así, en los principios rectores se plantean las acciones municipales en coordinación con el departamento y la nación. Además, los departamentos actúan subsidiariamente y asumen competencias de nivel superior cuando tienen la capacidad de hacerlo. También se les puede pedir que asuman las competencias de los municipios transitoriamente cuando estos están imposibilitados para cumplirlas.

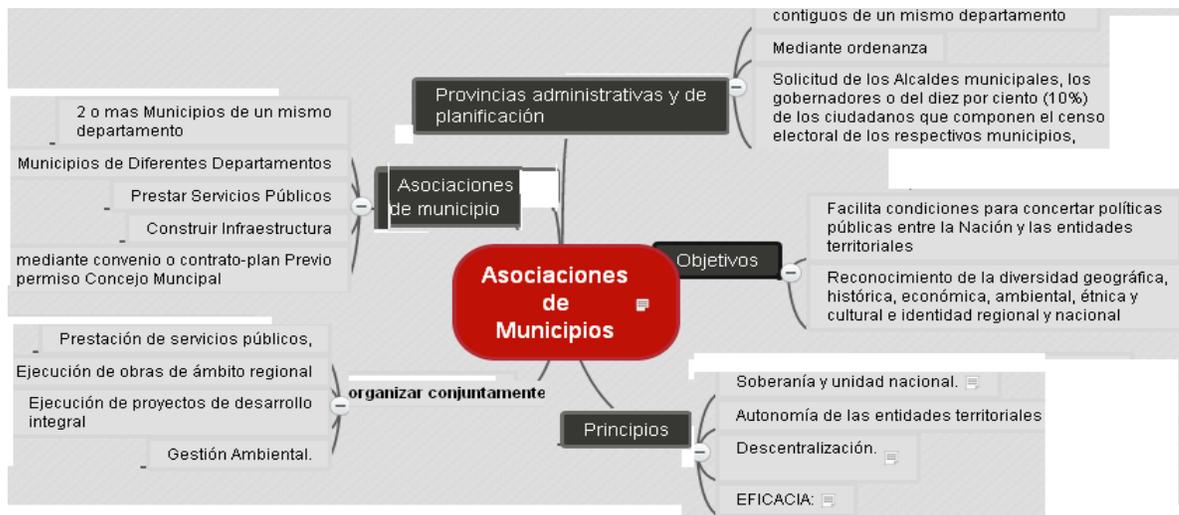
En cuanto a otras formas organizativas, la Ley de Ordenamiento Territorial promueve el fortalecimiento de la capacidad de planeación, gestión y administración de sus propios intereses, a través de la articulación e integración con otras entidades territoriales. Así se fomenta el traslado de competencias y el poder de decisión con la correspondiente asignación de recursos.

LOS MUNICIPIOS CUENTAN CON DOS TIPOS DE ASOCIACIÓN:

Asociatividad: con el fin de lograr los objetivos de desarrollo económico y territorial, se propiciarán asociaciones entre las entidades territoriales e instancias de integración territorial para producir economías de escala y generar sinergias y alianzas competitivas. Así mismo, se promoverá la celebración de contratos, planes y alianzas público-privadas para el desarrollo. Ello se hará de forma gradual y flexible.

Integración: los departamentos y los municipios ubicados en **zonas fronterizas** pueden adelantar programas de cooperación dirigidos al fomento del desarrollo comunitario, la prestación de los servicios públicos, la preservación del ambiente y el desarrollo productivo y social, con entidades territoriales limítrofes de un Estado.

Gráfica No. 4. Mecanismos de asociación de Entidades Territoriales (5)



Fuente: Elaboración de los autores

Por ello, el municipio al momento de identificar la situación local, también debe observar qué sucede en la región, con el fin de buscar soluciones u oportunidades de integración con otras

entidades territoriales, en especial aquellas que terminan trascendiendo la propia región, ya sea por su relación territorial (manejo de una cuenca hidrográfica o fuente de agua que pasa por varios municipios), por su impacto económico (empresa de servicios que requiere tener grandes volúmenes de demanda para ser sostenible y eficiente, servicios de mediana y alta complejidad en salud, planta de sacrificio de animales regionales, etc.) o por su necesidad de equipamiento (maquinaria pesada para el mantenimiento y apertura de vías etc.).

En general, la Ley 1454 de 2011 de Ordenamiento Territorial abre importantes oportunidades. Dentro de ellas está conformar provincias administrativas y de planificación para el desarrollo de grandes proyectos que puedan convertirse en contratos, Plan con el Gobierno Nacional o Departamental y asumir algunas funciones que son comunes a una región.

Además, los acuerdos regionales para el desarrollo local generan el reconocimiento de la administración local y sus líderes en la región y abre oportunidades para futuros acuerdos en beneficio de las regiones y sus comunidades, lo cual es el objetivo de la Ley de Ordenamiento Territorial.

3. DIAGNÓSTICO GENERAL DEL MUNICIPIO

El diagnóstico propuesto en esta guía debe ser actualizado y ser publicado en el primer semestre del último año de gobierno por la administración municipal, para el uso de los aspirantes a la alcaldía y al concejo municipal. Esto le garantiza a la administración saliente que quien le reciba conserve las líneas de trabajo que consoliden proyectos y además corrija las situaciones que así lo requieran.

Como ya se mencionó, el municipio es más que un territorio y una población; por esta razón, debe mantenerse una visión global del municipio, soportada por información general que le permita posteriormente interpretar algunas variables que representan la situación del lugar. Evite caer en cifras absolutas que no generan nada. Por ejemplo, se puede proponer una meta de 3.700 afiliados a seguridad social, pero esto será trascendente si el municipio tienen cuatro mil habitantes, pero no si tiene ocho mil.

Estos datos los encuentra en la Secretaria de Planeación Municipal, en el plan de desarrollo municipal, oficina de Sisbén, en las EPS que operan en el municipio, en el hospital local, en la web del municipio o indagando varias fuentes como el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) www.dane.gov.co, la Federación Colombiana de Municipios (FCM) www.fcm.org.co, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) www.dnp.gov.co, el Ministerio de Salud y Protección Social (MS y PS) www.minsalud.gov.co o en el Instituto Nacional de Salud (INS) www.ins.gov.co. En esta búsqueda se debe incluir la información territorial, demográfica y económica, también la organización política del casco urbano, veredas y corregimientos, los datos de catastro municipal, presupuesto y los sectores sociales, económicos, de vulnerabilidad social y la oferta institucional y de salud.

Tabla No. 2. Explicación a las variables del diagnóstico en salud

Algunas variables sugeridas				
DIAGNÓSTICO ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD (ASIS) Y SECTORES RELACIONADOS				
Demográfico	Económico	Situación Social y vulnerabilidad	Servicios Sociales	Servicios de salud

CONVENIO COOPERACIÓN**TÉCNICA No.485/10**

Población y su distribución por grupos etarios y género	Actividad económica del municipio	Cobertura del Sisbén, número de familias y personas por familia	Establecimientos educativos	Dirección en salud
Distribución geográfica de la población	Predios rurales y su clasificación según tamaño y producción	Distribución por niveles del Sisbén	Cobertura escolar	Aseguramiento, regímenes subsidiado y contributivo
Grupos poblacionales vulnerables	Establecimiento comerciales registrados	Viviendas vulnerables, paredes, pisos	Hogares infantiles incluidos ICBF, cobertura	Salud pública
Determinantes sociales	Población vinculada laboralmente a establecimientos comerciales	Acceso al agua potable acueducto u otros	Restaurantes escolares o para población vulnerable	Prestación de servicios de salud
Población de la calle, indigente, desplazada	Desempleo	Población escolarizada	Familias en acción y otros programas de protección	Factores de riesgo
Población indígena, afro descendiente, ROM, etc.	Actividades económicas de riesgo.	Hacinamiento,	Comisaria de familias	Perfil de morbilidad (tipos de enfermedades) y mortalidad (causas de muerte)
		Vivienda propia, arrendada o en usufructo	Hogares de bienestar de ancianos y otros.	

Demografía: identificar a la población y sus características por género, edad, etnia, raza, ubicación geográfica en zonas urbanas, rurales, etc. Explorar estadísticas vitales del municipio como nacimientos y muertes, embarazos en adolescentes, abortos.

Economía: caracteriza al municipio de acuerdo a sus fuentes económicas, agricultura, comercio, industria, servicios u otros, igualmente a la población ocupada y desocupada y sus características como grupos de edad, formación, etc. Esto igualmente está altamente relacionado con la posibilidad de afiliación a la seguridad social.

Vulnerabilidad social: es la forma como vive la población, cómo están conformadas las familias, cómo son las viviendas que habitan, el número de hogares y de personas por vivienda (hacinamiento), accesos a la educación y escolarización de los niños y jóvenes, acceso al agua potable y otros servicios públicos como energía, gas, teléfono, etc. y el nivel del Sisbén en que están clasificados los hogares.

Servicios sociales disponibles: dentro de los procesos de bienestar social se han desarrollado actividades de protección a las familias y niños, como los hogares infantiles de Bienestar Familiar, el grado cero escolar, el acceso a la educación, los restaurantes escolares, los programas de familias Unidos que buscan promover entre otros las acciones de prevención en salud para los niños, y el mantenimiento de las escuelas. Aquí se identifica la existencia, la cobertura de estos servicios y las necesidades de los mismos.

Servicios y situación de salud: identificar las instituciones de salud disponibles, los tipos de servicios que ofrecen, los profesionales, la cantidad de servicios prestados en años anteriores, las enfermedades de la población, las causas de muerte, en especial las relacionadas con riesgos sociales como la violencia o los accidentes de tránsito, y también las cifras de violencia intrafamiliar y de abuso sexual en el municipio.

Con esta información, cada municipio mantiene y adapta sus necesidades, aumenta algunas variables y descarta otras. De esta manera los líderes del municipio tendrán una visión actualizada y con seguridad encontrará los elementos para dirigir el municipio hacia el bienestar, objetivo de un buen gobierno local.

3.1 CONTENIDO DE UN DIAGNÓSTICO BÁSICO DE PARA EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

En el cuadro siguiente se hace un listado de información general sobre su municipio, que le servirá para hacerse una idea general del estado de salud de su comunidad y algunos factores determinantes de la misma. A partir de esta información, más las entrevistas a los líderes de la salud en el municipio, podrá entender el plan de desarrollo y plantear, de ser necesario, ajustes a los programa de gobierno en el área de salud.

Las áreas de diagnóstico sugeridas en el anexo son:

Tabla No. 3. Explicación variable GUÍA No. 1
Diagnóstico municipal

GUÍA N° 1²	
Municipio:	Departamento:

²En el anexo 1 se encuentra un formato con listado de variables básicas para tener una visión integral de la situación de salud del municipio.

DIAGNÓSTICO “ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN SALUD”(ASIS) Y SECTORES RELACIONADOS							
1	2	3	4	5	6	7	8
Sector o subsector	Variable	Total del municipio	Total rural	Total urbano	Departamento	País	Observaciones, áreas de intervención
Se refiere a la agrupación de variables por sectores o subsectores. Igualmente se incluyen las principales fuentes de información.	Una variable es una característica a que, al ser medida en diferentes individuos, áreas o regiones, es susceptible de adoptar diferentes valores.	Es el valor de la variable en el municipio	Es el valor parcial de la variable en el área rural.	Es el valor parcial de la variable en el área urbana.	Es el valor de la variable en el departamento. Es un referente importante	Es el valor parcial de la variable en el país.	Son los comentarios, análisis y propuestas que el equipo de trabajo hace sobre la variable en estudio.
Problemas de identificación con líderes o expertos							
Esta última variable, utilizada en el formato de diagnóstico, se incluye considerando que es muy importante registrar las apreciaciones que se reciben de líderes, población o su equipo de trabajo.							
En algunos casos, las variables solo se obtienen para el total del municipio o una zona urbana o rural. Otras variables no se buscan o no aplican para el departamento y/o país.							

Teniendo la información de la guía de diagnóstico, proceda con su equipo a identificar los problemas y necesidades que tiene su comunidad y elabore la última columna pensando en cómo solucionarlos.

Revise el formato y proceda a buscar la información solicitada. Siempre evalúe los hallazgos. En la última columna (8) haga los comentarios o identifique los aciertos que considere importantes.

Para facilitar su uso, se incluye esta guía como adjunto. En ella está un importante número de variables sugeridas y se deja espacio para incluir otras que usted considere importantes.

Proceda a elaborar y completar el diagnóstico. Luego, con su equipo identifique las variables que consideran que impactarán en el plan de desarrollo vigente, y otras que con acciones de la Secretaria de Salud podrían modificar.

3.2 ALGUNOS SISTEMAS E INFORMACIÓN PARA EL MONITOREO DE LA SITUACIÓN DE SALUD - ASIS

- **Censo DANE**

El último censo fue en el año 2005, y es la información oficial de la población en el país. Partiendo del censo y de acuerdo con los procesos migratorios y el comportamiento de la natalidad en los últimos años, el DANE hace las proyecciones poblacionales. Registra las estadísticas vitales, nacimiento y defunciones, además brinda importante información sobre causas y número de mortalidad. Por ello consultar esta información es obligatorio para entender la situación y comportamiento demográfico de cada municipios (www.dane.gov.co).

- **Evaluación de la capacidad de gestión de los municipios**

Aunque esta evaluación solo es aplicada por los departamentos a los municipios certificados en salud, es una buena herramienta para autoevaluarse si pertenece a un municipio no certificado. Le será de gran utilidad a todos los municipios del país; por ello, si su municipio está certificado en salud y ha recibido la evaluación, no dude en utilizar sus resultados. Si no se encuentra certificado como descentralizado en salud, le sugerimos que tome esta metodología y haga su autoevaluación para identificar su situación y desarrollo en esta materia.

En la siguiente tabla se hace una corta descripción del contenido de esta evaluación y la forma de aplicarse. En Decreto 3003, de 2005 encontrara los formatos completo (6).

Tabla No. 4. Evaluación de la capacidad de gestión de los municipios

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE GESTIÓN DE LOS MUNICIPIOS DESCENTRALIZADOS AÑO _____	
Municipio: :	Departamento:
ÁREA DE DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD	
INDICADOR 1.Organización y desempeño de la función de dirección de acuerdo con las competencias asignadas por la ley.	

CONVENIO COOPERACIÓN**TÉCNICA No.485/10**

INDICADOR 2. Aplicación y flujo de los recursos para el desarrollo de las competencias de aseguramiento y salud.				
INDICADOR 3. Gestión del municipio en la selección y afiliación del aseguramiento de la población pobre.				
INDICADOR 4. El municipio formula y realiza seguimiento y evaluación al Plan Territorial de Salud y al Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)				
ÁREA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
INDICADOR 1. El municipio ha organizado y gestionado la prestación de servicios a la población pobre, que no cuenta con subsidios, en forma articulada con la red departamental.				
INDICADOR 2. Se han ejecutado los recursos destinados a la prestación de servicios de la población pobre no afiliada al régimen subsidiado.				
Medios de verificación	(A) Valor	(B) Sí/No	(C) Calificación	Observaciones
Las preguntas o parámetros de evaluación.	Valor en puntos que se le da al ITEM	¿Cumple?	Si no cumple, la calificación es 0. Si cumple puede ir desde un punto hasta el máximo del ITEM	Registre las observaciones que sean pertinentes respecto a la evidencia del medio de verificación. Se debe expresar los inconvenientes y/o aspectos a resaltar en relación con el medio de verificación de los indicadores.
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE GESTIÓN				
Total del puntaje obtenido en los indicadores de evaluación			80	< 80
Acredita la capacidad de gestión			SÍ	NO
Para acreditar la capacidad de gestión debe obtener mínimo 80 puntos en la evaluación.				

- **El sistema de identificación de beneficiarios de subsidios sociales- SISBEN**

El Sisbén es un instrumento de focalización individual que identifica a los hogares, las familias o los individuos más pobres y vulnerables. Permite identificar a la población pobre potencial beneficiaria de programas sociales. El Sisbén es aplicado por los municipios en su territorio y por lo menos 8 instituciones y 22 programas del orden nacional utilizan actualmente el Sisbén como criterio principal o complementario de identificación. Por sus características y contenido, este instrumento será muy importante para tener una visión del municipio.

Como se puede apreciar, la encuesta del Sisbén permite identificar a la población del municipio. A partir de estos datos, hacer un diagnóstico integral de la situación de vulnerabilidad socioeconómica de los hogares y habitantes, de la conformación de sus familias, del acceso a los servicios como educación, energía, agua, alcantarillado e igualmente de la situación de empleo e ingresos familiares, permite la geo referencia de la población y sus necesidades sociales, por zona urbana o rural, por barrios, localidades o manzanas, lo que permite focalizar acciones de impacto sobre la población.

Gráfica No. 5. Características del Sisbén III como instrumento de diagnóstico y políticas



Fuente: Elaboración de los autores

Solicite a la oficina del Sisbén las estadísticas y toda la información que arroja esta entidad, luego evalúe con su equipo de trabajo y proceda a precisar temas de interés, como por ejemplo: en qué barrio o zona se encuentran los niños menores de 5 años, para ser vacunados, en donde hay población sin agua potable, etc.

Este instrumento es limitado en algunos municipios, ya que se le aplica solo a un porcentaje de la población (los considerados vulnerables). Para salud, los puntajes de nivel 1 y 2 son los seleccionados para ser afiliados al Régimen Subsidiado, tal como se muestra a continuación:

Puntaje de corte del SISBEN III (7)

SISBEN III - PUNTAJE POR NIVELES			
Nivel	14 Ciudades	Otras Cabeceras	Rural
1	0 a 47.99	0 a 44,79	0 a 32,98
2	40.00 a 54.86	44,80 a 51,57	32,99 a 37,80



Obligatorio: **CONFIDENCIALIDAD**

Ley 79 de 1993, Artículo 5: Los datos suministrados al Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, en el desarrollo de los censos y encuestas, no podrán darse a conocer al público ni a las entidades u organismos oficiales, ni a las autoridades públicas, sino únicamente en resúmenes numéricos, que no hagan posible deducir de ellos información alguna de carácter individual que pudiera utilizarse para fines comerciales, de tributación fiscal, de investigación judicial o cualquier otro diferente del propiamente estadístico. Esto es igualmente aplicable al Sisbén y otros instrumentos municipales.

Si se compara la población en nivel 1 y 2 de SISBEN con los afiliados a seguridad social, podrá identificar cuáles de ellos están en Régimen Contributivo, cuales en Régimen Subsidiado y cuáles aún están pendientes para su afiliación, lo cual le dará una orientación sobre qué hacer en aseguramiento.

- **Plan de desarrollo del municipio y su evaluación**

Solicite el plan desarrollo en ejecución, aprobado por el concejo municipal, e igualmente los resultados de la última evaluación. Este documento con seguridad le ayudará a tener una visión muy precisa de la situación municipal, las prioridades y resultados; además, le ofrecerá puntos importantes para proponer.

3.3 LA SALUD EN EL PLAN NACIONAL DE SALUD

El Plan Nacional de Salud Pública fue diseñado en el año 2007 para 4 años y luego, con el decreto 425 de 2008, se establecieron las estrategias y ejes de trabajo. En la Ley 1438 de 2011 se estableció que el país hará un plan decenal de salud pública para 10 años: se trabajará en el año 2012 y orientará las acciones a partir del año 2013. Por ello, sin importar

cuál sea el plan vigente, el municipio debe mantener una revisión permanente del Plan Nacional de Salud vigente, sus programas, proyectos y estrategias al igual que su línea de base y metas. Igualmente, sus variables deben ser incluidas en la Guía de Análisis de Situación de Salud Municipal y sus indicadores, con el objetivo de que sus acciones locales se inscriban dentro de ese plan y promuevan sus resultados. Esto facilitará conseguir recursos adicionales para la gestión local.

3.4 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO Y LAS METAS DEL MILENIO (8)

Los programas y metas contenidos en el plan de desarrollo y compromisos internacionales son de gran importancia ya que orientan de manera asertiva los objetivos de alto impacto en la salud de las comunidades. Igualmente, garantizarán que el plan de desarrollo municipal esté articulado con los objetivos nacionales y con los planes de inversión, lo que debe tenerse presente al momento de elaborar proyectos para ser presentados en búsqueda de su cofinanciación por diversas fuentes. Con seguridad será un punto de apoyo para la factibilidad de la concurrencia de recursos.

4. LAS RESPONSABILIDADES GENERALES DEL MUNICIPIO EN SALUD

4.1 DIFERENCIA DE RESPONSABILIDADES Y RECURSOS ENTRE LOS MUNICIPIOS COLOMBIANOS (9) (10)

A pesar de las diferencias y estructura administrativa que existen en los municipios, las responsabilidades en salud son similares para todos, con cuatro grandes excepciones en cuanto a responsabilidades y recursos asignados en el SGP:

Responsable de la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad para la población vulnerable no afiliada a seguridad social; esta responsabilidad solo recae en los municipios certificados en salud.

Responsabilidades de inspección, vigilancia y control en salud pública. Solo la asumen los Distritos, municipios de categoría especial, 1, 2 y 3. En los otros municipios esta responsabilidad la asume los respectivos departamentos.

En cuanto a recursos, los distritos turísticos de Cartagena, Barranquilla y Santa Marta, y el Distrito Capital de Bogotá reciben el 100% de los recursos de prestación de servicios de



CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

salud, calculado según sus indicadores. Los otros municipios CERTIFICADOS en salud solo reciben el 41% de los recursos para la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad a la población vulnerable NO afiliada y el 10% de los recursos asignados para servicios NO POS de los afiliados al Régimen Subsidiado en su territorio. El departamento recibe el porcentaje adicional. De la misma forma el departamento recibe el 100% de estos recursos en los casos de municipios NO CERTIFICADOS en salud.

El Distrito Capital de Bogotá recibe el 100% de los recursos de salud pública, calculados según sus indicadores. Los otros municipios solo reciben el 55% de estos recursos. El departamento respectivo recibe el 45% de los recursos.

Por *dirección* se entiende el proceso que incluye la planeación, organización, y control de todas las responsabilidades que en salud tiene el municipio.

4.2 RESPONSABILIDADES MUNICIPALES EN LA DIRECCIÓN DE LA SALUD

El municipio, a través de la Secretaria de Salud local o municipal, la Dirección Local de Salud, Secretaria de Bienestar Social, Secretaria de Protección Social o como sea llamada esta entidad localmente, tiene la responsabilidad sobre otros sectores, como educación, bienestar social o planeación, de adaptar la política de salud nacional a la realidad municipal.

La estructura de esta secretaría está conformada por el secretario de salud, o quien haga sus veces, acompañado por un auxiliar en un pequeño municipio. También, en una gran ciudad, puede estar conformada por un área administrativa que tiene varios departamentos entre ellos de salud pública, planeación, aseguramiento y desarrollo de servicios, apoyada por un área administrativa.

- **Dirección del SGSSS en el Municipio**

La Secretaria de Salud, o quien haga sus veces, debe tener la capacidad de dirigir el sistema y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Debe llevar a cabo la planeación, la organización de un sistema de información y el reporte de información.

Debe identificar y promover la afiliación al régimen subsidiado y contributivo de los habitantes del municipio según sus capacidades económicas y laborales, con el apoyo de la Secretaria de Planeación y Hacienda o tesorería municipal. A su vez, también debe vigilar que las Empresas Promotoras de Salud cumplan las responsabilidades con sus afiliados y los prestadores de servicios de salud.

- **Las responsabilidades de la dirección**

-Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con el departamento y la nación.

-Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para la salud del municipio y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.

-Gestionar y supervisar el acceso a los servicios de salud para la población de su jurisdicción.

-Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el sistema.

“Si las instrucciones no son claras, las explicaciones y ordenes no son confiadas, la falta es del General” Sun Tzu – El Arte de la Guerra.

Además de la autoevaluación realizada con los formatos del Decreto 3003 de 2005, en el siguiente formato se promueven algunos interrogantes respecto a la dirección y la situación del municipio. Responda estas preguntas y desarrolle la siguiente guía. Si con su equipo de trabajo tiene otras preguntas no dude en incluirlas en este formato.

- Análisis de la dirección local de salud**

Tabla No. 5. GUÍA No. 2 – PARTE 1 Análisis de la Dirección Local de Salud

GUÍA No. 2 PARTE 1				
PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO MUNICIPAL				
ANÁLISIS DE LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD -				
Responda las siguientes preguntas acerca de su municipio	No	Sí	Describa la propuesta de acción	Fuente de Información para verificar
		Describe a los avances		
ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA				
¿Qué dependencia municipal lidera las responsabilidades de salud?				Alcaldía municipal
¿La dependencia que asume la salud en el municipio cuenta con el recurso humano necesario?				
¿Existe una dependencia encargada del Sisbén en el municipio?, ¿cuenta con el recurso y tecnología necesarios?				
PARTICIPACIÓN SOCIAL				
¿Está constituido el Consejo Territorial de Seguridad Social?, ¿el CTSSS se reúne periódicamente y hay actas de estas reuniones?				Secretaría de Salud Municipal
¿Existe el comité técnico del Sisbén?, ¿se reúne periódicamente?				
¿Existen ligas de usuarios o veedurías en salud?, ¿se reúnen periódicamente?				
¿Qué otras instancias de participación social existen en el municipio?				
CERTIFICACIÓN EN SALUD				
¿El municipio se encuentra certificado en salud?				Planeación municipal

CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

¿Existen las cuentas maestras en el Fondo Local de Salud y existe seguimiento a las mismas?				Secretaría de Hacienda
PLANIFICACIÓN EN SALUD				
¿El municipio elaboró e incluyó un plan de salud, en el plan de desarrollo municipal?				Plan de desarrollo municipal
¿El municipio ha incluido en el plan de desarrollo las políticas nacionales de salud?				
¿El plan de desarrollo contempla programas coherentes con las responsabilidades del municipio en salud?				
¿Se evalúa periódicamente el plan de salud, incluido en el plan de desarrollo municipal respecto a la salud?				Informe de evaluación plan desarrollo municipal.
¿Se cuenta con un sistema de información en salud en el municipio?				
¿Se han identificado las diversas fuentes de las que se puede obtener información sobre el análisis situacional de salud?				Secretaría de salud municipal
Planificación en gestión de riesgo y emergencias				
¿Existe y actúa el comité local de emergencias y desastres en el municipio?				
¿Existe un plan de gestión de riesgos, emergencias y desastres en el municipio?				
EVALUACIÓN Y CONTROL				
¿Está disponible en el municipio las evaluaciones periódicas del plan de desarrollo municipal?				Secretaría de Salud Municipal
¿Ha presentado trimestralmente y en forma integral a la Superintendencia de Salud los reportes correspondientes a la Circular Única?				

Fuente: Modelo de tabla (1) Preguntas diseñadas por el autor.

A continuación debe proceder a revisar las tareas periódicas que debe desarrollar como Secretaria de Salud, respecto a la dirección del Sistema General de Seguridad Social en salud en el municipio.

Estas tareas están enumeradas de acuerdo con las responsabilidades de ley, y se propone de acuerdo con un cronograma anual y un control trimestral. Algunas tareas son puntuales y se hacen solo una vez como parte de la elaboración del plan de salud para el plan de desarrollo municipal.

• Tareas de dirección del sistema

Tabla No. 6. Tareas - Dirección territorial del SGSSS

Guía N° 3 – Tareas - Dirección territorial del SGSSS				
Responsabilidad	Trimestre			
	1	2	3	4
Organización estructural de la Secretaria de Salud: Revise la planta de empleados, mire quiénes desarrollan tareas en salud y qué perfil y tiempo tienen para desarrollarlas. Revise el organigrama de la Secretaria de Salud o de quien haga sus veces. Observe las funciones asignadas a cada funcionario y examine si, de acuerdo a su perfil, requiere mayor capacitación o está en capacidad de cumplir esas responsabilidades. Identifique si los funcionarios municipales tienen las herramientas necesarias para desarrollar sus funciones.	Se lleva a cabo al inicio de la administración, previo a un diagnóstico de talento humano, evaluación de personal y de manual de funciones. Si los cambios son estructurales y requieren de inversión adicional importante, se debe incluir como un programa en el plan de desarrollo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liderazgo en diagnóstico de la situación de salud Este proceso se desarrolla durante la elaboración del plan de desarrollo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Propuesta de programas, subprogramas y proyectos en salud para el plan de desarrollo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evaluar la ejecución del plan de desarrollo en salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Evaluar la operación de Consejo Territorial de Seguridad Social (CTSSS), nombrar nuevos miembros por vencimiento de periodos, renunciaciones, por faltas absolutas, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evaluar la operación del comité técnico del Sisbén, nombrar nuevos miembros, entre otros. Se hace en compañía de la Dirección de Planeación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evaluar al comité de participación comunitaria y a otras instancias de participación comunitaria en salud.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reunir el CTSSS. Además de sus funciones, debe garantizar la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

con los determinantes en salud, según el Artículo 7 de la Ley 1438 de 2011.

Reunir al comité técnico del Sisbén

X

Reunir a las instancias de participación comunitaria, mínimo cada 6 meses.

X X

Rendición de cuentas en salud a las comunidades

X X

Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio.

Una tarea permanente de seguimiento de los recursos que gira el Ministerio de Salud a las EPS a nombre del municipio es ejecutarlos en el presupuesto municipal sin situación de fondos.

Recaudar los recursos de esfuerzo municipal provenientes ETESA- Col juegos y otras fuentes para cofinanciar el régimen subsidiado y su giro mensual a las EPS según liquidación mensual de afiliados por el Ministerio de Salud.

Debe hacer seguimiento al recaudo y gasto de las cuentas maestras de solidaridad (régimen subsidiado), de salud pública (SGP y esfuerzo propio cuando fue presupuestado), de prestación de servicios de salud (SGP) y de funcionamiento.

Estructura de los fondos de salud. Los fondos de salud están conformados por las siguientes subcuentas:

1. Subcuenta de régimen subsidiado de salud.

2. Subcuenta de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

3. Subcuenta de salud pública colectiva.

4. Subcuenta de otros gastos en salud.

Las cuentas maestras son cuentas bancarias especiales. Se deben registrar ante el Ministerio de Salud para el recaudo y giro de los recursos que financian el régimen subsidiado, la salud pública y la prestación de servicios de salud.

Existirá una cuenta maestra por cada subcuenta. Toda transacción que se efectúe con cargo a las cuentas maestras deberá hacerse por transferencia electrónica.

El municipio tiene las cuentas maestras y las opera según el reglamento, además las concilia mensualmente.

CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

El movimiento de estas cuentas es reportado trimestralmente a la Supersalud a través de la página web, en cumplimiento de la Circular Única.

La subcuenta otros gastos en salud, aunque no se considera Cuenta Maestras debe tener las siguientes características:

SE trabaja con dos cuentas bancarias:

1. Otros Gastos de Inversión: la cual debe tener un convenio con el banco, para que todas sus transacciones sean electrónicas, y solo se puede girar a cuentas preinscritas.
2. Otros gastos Funcionamiento; funciona como cualquier cuenta bancaria, sin limitaciones.

Gestionar semanalmente el reporte y la calidad por las unidades primarias generadoras en el municipio de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y reportar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) del departamento.

Semanal

Gestionar y hacer seguimiento al reporte y calidad de las estadísticas vitales por los prestadores de servicios de salud del municipio, certificados de nacido vivos y de defunción

Semanal. El reporte de estadísticas vitales en Línea con el DANE es permanente

Reportar a la SUPERSALUD la información de la Circular Única correspondiente al municipio

Reporte trimestral con corte al final del mes de marzo, junio, septiembre y diciembre. Reporte final del mes de abril, julio, octubre y enero respectivamente.

Mantener actualizado el sistema de Información de afiliados al régimen subsidiado en el municipio

Permanente

Los municipios Certificados en salud, hacer la autoevaluación de la Secretaría de Salud Municipal según decreto 3003 de 2005, y reciba la visita del departamento para su evaluación.

Si es satisfactoria, el municipio continuará con la certificación, pero el departamento puede recomendar planes de mejoramiento.

Esta visita, es anual, a más tardar el 30 de abril.

Si es insatisfactoria, no podrán continuar asumiendo la competencia de la prestación de los servicios de salud a la población pobre respecto a los subsidios a la demanda y, en consecuencia, será el respectivo departamento quien asuma la responsabilidad de gestionar y administrar los recursos para la atención en salud de esa población.

Para **los municipios NO certificados**, se sugiere aplicar el formato de evaluación de este decreto, como mecanismo de autoevaluación.

El ministerio podrá revisar el proceso de evaluación (por solicitud o no del municipio) y solicitar ajustes si lo considera necesario (6).

Fuente: Elaboración de los autores

Con las respuestas a las preguntas y sugerencias de la Guía N. 2 y la revisión de tareas, debe proceder a identificar las situaciones en las que NO se ha cumplido con sus responsabilidades. Debe diseñar en la columna respectiva las acciones correctivas.

- **Instancias para el desarrollo de la inter sectorialidad la dirección de la salud en el municipio**

Se puede utilizar, entre otros, los siguientes espacios:

Consejo de Gobierno Municipal: es la instancia de gobierno que, bajo la dirección del alcalde municipal, articula las políticas locales y genera la inter sectorialidad al promover con la presencia de todos los secretarios del despacho y gerentes de organismos descentralizados, las discusiones de los problemas, programas y proyectos que desarrolla el municipio en diversas áreas. Se puede proponer y complementar las iniciativas que generan mejoramiento en la calidad de vida de las comunidades.

Consejo Territorial de Seguridad Social: creado por la ley 100 de 1993. Es una instancia de trabajo intersectorial, en la que, bajo el liderazgo del alcalde y su secretario de salud, se reúnen los diversos actores del sistema de seguridad social en el municipio (gobierno local, hospital, prestadores de servicios de salud, aseguradores, profesionales de la salud, gremios económicos, comunidad, etc.) para discutir las políticas públicas de salud, el desarrollo del sistema, y así generar asesoría, apoyo al municipio y crear compromisos de trabajo.

Comité Técnico del Sisbén: organismo conformado por el alcalde o su delegado, quien lo presidirá, representantes del concejo municipal, personero, seccional de salud, el desarrollo comunitario o quien haga sus veces, veedurías y comunidades, prestadores de servicios de salud, aseguradores, etc. Tiene como función evaluar y asesorar la aplicación, interpretación y uso del Sisbén como herramienta para focalizar los subsidios de carácter social, entre ellos el aseguramiento en salud a través del régimen subsidiado.

Comités de participación comunitaria, veedurías y ligas de usuarios: son organismos formulados por la ley, que buscan espacios en los cuales las comunidades participen, discutan y promuevan soluciones a su problemática en salud.

4.3 RESPONSABILIDADES MUNICIPALES EN ASEGURAMIENTO DE LA POBLACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Colombia reorganizó su sistema de salud con la Ley 100 de 1993, como desarrollo de la Constitución Nacional. Creó el Sistema General de Seguridad Social, el cual incluye salud, riesgos profesionales y pensión.

Con este nuevo sistema, el país entró en la nueva etapa de la seguridad social. Además de la protección en salud, busca la protección financiera de las familias cuando el trabajador pierde su capacidad laboral en forma temporal o permanente, cuando llega el momento del retiro laboral por edad o cuando fallece. Hasta ese momento estos privilegios solo los podían gozar algunos trabajadores privados de las grandes ciudades y empleados públicos. El nuevo sistema busca promover que a este régimen lleguen todos los empleados públicos y privados, quienes tienen sus propios negocios o actividades (tiendas, bares, agricultura, servicios profesionales y demás trabajadores independientes) sin importar el municipio o región donde se encuentren o desarrollen sus actividades.

Simultáneamente, se creó un plan alternativo en salud: el Régimen Subsidiado. La intención es proteger en salud a la población que no tiene empleo y/o capacidad económica para aportar a la seguridad social. Esta población se denomina altamente vulnerable social y económicamente. Sin embargo, es necesario acotar que este régimen idealmente es transitorio hasta tanto esas familias puedan acceder a la verdadera protección social, es decir, la del Régimen Contributivo, pensión, cajas de compensación familiar y riesgos profesionales.

- Conforme a lo previsto en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, con el propósito de lograr y mantener la cobertura universal los municipios deberán (11): Fortalecer sus competencias en relación con el financiamiento, identificación, seguimiento y control del Régimen Subsidiado, conforme a la normatividad vigente.
- Fortalecer las acciones de alimentación de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y promover su actualización y depuración continua y oportuna, en armonía con la consolidación del Sistema de Registro Único de Afiliados previsto en el Decreto 1362 de 2011.
- Garantizar la afiliación conforme al artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 y evitar la multifiliación y demás disposiciones vigentes.
- Considerar en el Régimen Subsidiado la aplicación de la Resolución 3778 de agosto de 2011, "Por la cual se establecen los puntos de corte para nivel 1 y 2 del Sisbén Metodología III".
- Fortalecer la auditoria al Régimen Subsidiado conforme a la Ley 1122 de 2007, el parágrafo transitorio del artículo 119 de la Ley 1438 de 2011 y la Circular externa 006 de 2011 la Superintendencia Nacional de Salud sobre los informes de auditoría al Régimen Subsidiado y demás normas vigentes.
- Garantizar, en el contexto del marco fiscal de mediano plazo territorial y el presupuesto anual el financiamiento sostenible de la afiliación al Régimen Subsidiado. En especial no puede disminuirse el esfuerzo territorial a excepción de que se demuestre su incapacidad para continuar por agotamiento de fuentes u otros. Conforme a los artículos 152 de la Ley 1450 de 2011, artículo 34 de la Ley 1393 de 2010 y el literal 3, numeral 1 del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011.

Así, una de las principales responsabilidades es promover que toda la población se encuentre afiliada al SGSSS de acuerdo a su situación social y económica:

Promover y vigilar la afiliación al régimen contributivo

- Personas vinculadas laboralmente.
- Personas que ejercen su trabajo en forma independiente.
- Personas que son propietarias de sus negocios, bien sean de comercio, agrícola, servicios, etc.
- Personas rentistas, con capacidad económica.
- Pensionados.

Promover y vigilar afiliación al régimen subsidiado de:

- Población sin vinculación laboral y sin capacidad económica.
- Población desempleada, sin capacidad económica.
- Personas identificadas a partir del Sisbén o listados censales.

Regímenes especiales:

Se afilian poblaciones vinculadas laboralmente en los siguientes sectores:

- Magisterio, profesores y sus familias.
- Fuerzas Militares y la Policía.
- Universidades públicas.
- Ecopetrol.
- Altas cortes y el Congreso de la República.

Debe identificar a la población vulnerable de su municipio para afiliarlos al Régimen Subsidiado. Para ello cuenta con la encuesta del Sisbén y los listados censales.

Sisbén: se aplica a toda la población o a los grupos poblacionales focalizados como altamente vulnerables. Se hace por barrido, por demanda de re-encuesta o encuesta por primera vez a población que no se le ha aplicado o que ha migrado al municipio.

Listados censales: son listados que se han diseñado para poblaciones especiales, tales como:

Indígenas: realizados por los gobernadores. Están registrados en el municipio.

Población desplazada: listados realizados y registrados por el Departamento de Acción Social.

Niños bajo protección del ICBF, es elaborado por el ICBF.

Población ROM.

Población indigente.

Ancianos en desprotección, centros de bienestar del anciano, etc.

Es responsabilidad del municipio mantener actualizado el Sisbén y los listados censales.

Debe cofinanciar el aseguramiento del régimen subsidiado con recursos provenientes del Sistema General de Participaciones y, en algunos casos, con recursos provenientes de sus ingresos municipales.

Algunos municipios aportan ingresos provenientes de recursos propios (impuestos prediales, industria y comercio y otros) o de ingresos que recibe de ETESA (12) de rifas, juegos y espectáculos.

• Fortalecer las acciones de cargue del registro de afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), y promover su actualización y depuración, continua y oportuna, en armonía con la consolidación del Sistema de Registro Único de Afiliados, previsto en el Decreto 1362 de 2011.

- **Liquidación mensual de afiliados al régimen subsidiado por el ministerio de salud y protección social a los municipios**

El Ministerio de Salud, en los primeros tres días hábiles del mes del mes, luego de validar las novedades y realizar los procesos establecidos, genera para cada municipio el archivo de liquidación que cuenta con cuatro documentos: Liquidación; Restitución, Neto y Giro liquidación

Liquidación por periodos

En la tabla siguiente aparecen los periodos reconocidos en la columna 1, y en la columna 2 el número de afiliados reconocidos en los periodos anteriores. Esto ocurre por el reconocimiento de afiliados que logran validarse en la base de datos BDUa y se le reconoce a la EPS desde el periodo de afiliación. En la columna 3 está el número de días que permanecieron afiliados los usuarios y en la columna 4 el valor de la UPC de los afiliados liquidados en el periodo.

Tabla No. 7. Resumen de la liquidación mensual de afiliados

LIQUIDACIÓN POR PERIODOS			
SUBSIDIO PLENO			
1	2	3	4
Periodo	Número de afiliados	Número días	Valor UPC
01/11/2011	2	50	44.087
01/12/2011	3	89	78.474
01/01/2012	4	85	83.191
01/02/2012	5	142	138.978
01/03/2012	7	175	171.276
01/04/2012	69	1.494	1.462.208
01/05/2012	73	1.917	1.876.206
01/06/2012	325	7.034	6.884.316
01/07/2012	281	7.181	8.650.448
01/08/2012	19.318	579.540	698.131.270

Liquidación de afiliados por periodos de cobertura						
5	6	7	8	9	11	12
Código entidad	Nombre entidad	Periodo	# afiliados Subsidio pleno	# Días a reconocer Subsidio pleno	Valor UPC subsidio pleno	Valor total UPC liquidada
CCF002	COMFAMA	01/01/2012	1	9	8.808	8.808
CCF002	COMFAMA	01/02/2012	1	30	29.362	29.362
CCF002	COMFAMA	01/03/2012	1	30	29.362	29.362
CCF002	COMFAMA	01/04/2012	22	202	197.701	197.701

CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

CCF002	COMFAMA	01/05/2012	21	424	414.977	414.977
CCF002	COMFAMA	01/06/2012	67	1.340	1.311.485	1.311.485
CCF002	COMFAMA	01/07/2012	118	2.741	3.301.891	3.301.891
CCF002	COMFAMA	01/08/2012	8.108	243.240	293.014.201	293.014.201

En esta tabla se muestra la liquidación de afiliados por cada EPS municipal **y el reconocimiento de afiliados en periodos anteriores.**

Es una operación contraria a la que vimos arriba, aquí se liquida el descuento de afiliados reconocidos en periodos anteriores a las EPS que por diferentes circunstancias no se debieron pagar: fallecidos, afiliados al Régimen Contributivo o especiales, etc.

Tabla No. 8. Restitución

RESTITUCIONES POR PERIODOS			
SUBSIDIO PLENO			
Periodo	Número afiliados	Número de días	Valor UPC
01/09/2011	2	60	49.819
01/10/2011	3	86	71.407
01/11/2011	5	112	98.754
01/12/2011	3	90	79.356
01/01/2012	3	89	87.106
01/02/2012	3	90	88.085
01/03/2012	3	90	88.085
01/04/2012	43	478	467.828
01/05/2012	31	850	831.912
01/06/2012	222	6.660	6.518.275
01/07/2012	253	7.590	9.143.142

La liquidación y restitución: estas dos liquidaciones son importantes para la re-liquidación de la **capitación que las EPS hacen a los hospitales**. Se considera que las EPS no reconocen el pago de afiliados hasta tanto estos no aparezcan en la BDUA. Cuando aparecen registrados y reconocidos con retroactividad, no son pagados en forma retroactiva a los hospitales que los atendieron o corrieron el riesgo de demanda de servicios de salud "capitados".

Liquidación final y fuente de los recursos

Es el resultado de restar a la hoja de liquidación la de restitución. Con estas dos operaciones, liquidación menos restitución, se genera lo neto, que es el valor a pagar a la EPS.

Tabla No. 9. Liquidación Final mensual de afiliados y fuentes de recursos

Código entidad	Nombre entidad	Valor UPC Reconocida			FUENTE DE RECURSOS			
		UPC apropiada	UPC restituida	UPC neta	Cajas	SGP	Esfuerzo Propio	FOSYGA y/o Aportes de la Nación
CCF002	COMFAMA	298.307.787	6.506.470	291.801.317	0	112.418.642	38.394.339	140.988.336
EPS020	CAPRECOM	77.790.754	5.516.666	72.274.088	0	27.844.133	9.509.607	34.920.348
EPSS09	COMFENALCO	0	95.821	-95.821	0	0	0	-95.821
ESS024	COOSALUD	341.471.732	5.404.811	336.066.921	0	129.472.297	44.218.674	162.375.950
Totales		717.570.273	17.523.767	700.046.506	0	269.735.072	92.122.620	338.188.814

En esta hoja se aprecia la operación de liquidación, el valor restituido y el valor neto a girar, igualmente las fuentes de los recursos a pagar a las EPS.

La importancia de esta relación radica en que, además del valor a reconocer a la EPS, se indica la fuente de los recursos y el valor que se causará en el presupuesto y contabilidad municipal y quien gira a la EPS, así:

Cajas: se utiliza cuando la caja de compensación familiar administra el Régimen Subsidiado y sus propios recursos financian a sus afiliados. El municipio los ejecuta sin situación de fondos.

SGP – FOSYGA y/o aportes de la nación: estos recursos los recauda el Ministerio de Salud y los gira directamente a las EPS. El municipio con esta liquidación, como soporte, procede a su ejecución presupuestal sin situación de fondos y causación contable.

Esfuerzo propio: estos recursos los recauda y administra el municipio directamente. Debe proceder a girarlos a las EPS y a su ejecución presupuestal con situación de fondos.

- **Análisis de la situación de aseguramiento de la población a seguridad social.**

Tabla No. 10. Guía 2, parte 2. Análisis de la situación de aseguramiento de la población a seguridad social.

ANÁLISIS DE RESPONSABILIDADES MUNICIPALES PROCESO DE ASEGURAMIENTO -				
Responda a las siguientes preguntas acerca de su municipio	No	Sí	Describe la propuesta de acción	Fuente de Información para verificar
9	10	11	12	13
Promoción del aseguramiento				
¿Se encuentra actualizado el Sisbén?				Alcaldía municipal
¿Se encuentra actualizados los listados censales en el municipio?				Secretaría de Hacienda
¿Se tiene identificada a la población vulnerable no afiliada a la seguridad social en salud?				
¿El municipio cuenta con un listado de empresas que deberían estar cotizando en el régimen contributivo?				Alcaldía municipal
¿Se encuentra identificada la población que debería estar afiliada al régimen contributivo?				
¿Se han desarrollado programas de promoción de afiliación a la seguridad social?				
¿La cobertura de afiliación a la seguridad social es satisfactoria en el municipio (95%)?				Sec. de Salud Municipal
¿Existen Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado con oficinas en el municipio?				Alcaldía municipal
¿Existen Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo con oficinas en el municipio?				Alcaldía municipal
¿Existen Administradoras de Riesgos Profesionales con oficinas en el municipio?				
¿Existen cajas de compensación familiar con oficinas en el municipio?				
¿El municipio desarrolla acciones de vigilancia y controla a las EPS del régimen subsidiado?				
¿El municipio desarrolla acciones de vigilancia y controla a las EPS del régimen contributivo?				
¿El Municipio realiza acciones de acompañamiento, vigilancia y orientación en riesgos profesionales?				
Otras situaciones que considere de importancia para el municipio.				Líderes y conocedores

Fuente: Cuestionario elaborado por los autores

4.4 TAREAS DE ASEGURAMIENTO EN EL MUNICIPIO

A partir de esta tabla se puede verificar las tareas que debe desarrollar el municipio en el área de aseguramiento, e impulsar políticas para logara los objetivos planteados en el Plan de Desarrollo

Tabla No. 11. Tareas de aseguramiento en el municipio

GUIA N° 3 - Aseguramiento				
Responsabilidad	Trimestre			
	1	2	3	4
ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA				
Organización de estructura de la Secretaría de Salud para poder cumplir con las responsabilidades en aseguramiento	Al inicio de la administración, previo a un diagnóstico de talento humano, evaluación de personal y de manual de funciones. Si los cambios son estructurales y requiere inversión adicional importante, se debe incluir como un programa en el plan de desarrollo			
Proceso de afiliación al sistema general de seguridad social en salud: La política nacional es la universalización del aseguramiento. Define que: "todos los residentes en el país deberán ser afiliados del sistema general de seguridad social en salud" (Artículo 32, Ley 1438 de 2011). Promoción de la afiliación al SGSSS: su objeto es promover y difundir que toda la población esté afiliada al sistema de SGSSS, independiente del régimen que le corresponda: subsidiado, contributivo o exceptuados (magisterio, fuerzas militares, policía, Ecopetrol, etc.) y propender por el cumplimiento de metas e indicadores.	x	x	x	x
IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN VULNERABLE				
Identificar a la población vulnerable para la afiliación del Régimen Subsidiado.	Proceso permanente a través de Sisbén y listados censales. Este proceso es vital para el régimen subsidiado. Se debe mantener un diagnóstico socioeconómico del municipio. Generalmente depende de la oficina de planeación.			
El municipio aplica la encuesta de Sisbén a poblaciones o zonas identificadas como vulnerables.	Cuando se hace un barrido de la población del municipio.			

<p>El municipio aplica la encuesta de Sisbén cuando la población la solicita.</p> <p>Encuesta nueva e inclusión de hogares: Es aquella que se realiza a los hogares de una unidad de vivienda. Tiene como característica que siempre se debe realizar visita a la unidad de vivienda.</p> <p>Los motivos por los cuales se genera una encuesta nueva son: Solicitud de encuesta por primera vez Solicitud por cambio de domicilio Solicitud por inconformidad en el puntaje obtenido Solicitud por cambio de municipio Inclusión de hogares</p> <p>Los motivos por los cuales se genera una Actualización de datos son: 1. Inclusión de personas: se debe presentar un formato de solicitud de inclusión, documento de identidad de la persona solicitante y de la persona a incluir, más la certificación de retiro. 2. Retiro de personas: se debe presentar un formato de solicitud de retiro y el documento de identidad de la persona solicitante. 3. Retiro de hogares: se debe presentar un formato de solicitud de retiro del hogar y el documento de identidad de la persona solicitante. Lo debe solicitar preferiblemente el jefe de hogar. 4. Retiro de fichas: se debe presentar el formato de solicitud de retiro y el documento de identidad de la persona solicitante. 5. Actualización de datos de identificación personal: se debe presentar el formato de solicitud de actualización y el documento de identidad de la persona a actualizar.</p>	<p>El municipio gestiona con recursos humanos, como administrador del Sisbén, y hace las encuestas por demanda. No hay lista de espera.</p> <p>La Secretaria de Salud debe evaluar en forma permanente este proceso.</p>
<p>Administración de listados censales para población especial en el Régimen Subsidiado.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) 2. Menores desvinculados del conflicto armado según el ICBF. 3. Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF. Alcaldía municipal. 4. Población en condiciones de desplazamiento forzado según Acción Social. 5. Comunidades indígenas. Gobernadores indígenas de los cabildos reconocidos por el Ministerio del Interior y de Justicia. Entrega la alcaldía municipal 6. Población desmovilizada. Programa de la alta consejería para la reinserción de la Presidencia de la República 7. Personas mayores en centros de protección. Alcaldía municipal 	<p>Los municipios deben solicitar a cada entidad competente la elaboración, actualización y remisión del listado censal, de manera periódica.</p> <p>Las personas de listados censales deben afiliarse sin ningún condicionamiento siempre y cuando reúnan las condiciones de vulnerabilidad y se encuentren certificadas por la entidad competente, mediante el diligenciamiento del formulario de afiliación y traslado.</p>

CONVENIO COOPERACIÓN**TÉCNICA No.485/10**

<p>8. Población rural migratoria. Gremios agrícolas u organizaciones campesinas. Entrega la alcaldía municipal</p> <p>9. Población ROM. Autoridad legítima de la kumpania reconocida por la dirección de etnias del Ministerio del Interior y de Justicia</p> <p>10. Personas incluidas en el programa de protección a testigos: elaborado por la Fiscalía General de la Nación.</p>	<p>El listado de población elegible o potencial para afiliarse debe conformarse mediante el acto administrativo legalizado para cada periodo fiscal y debe mantenerse publicado en un lugar visible, de fácil acceso y consulta, a fin de informar a las personas susceptibles de afiliarse.</p>
GESTIÓN DE LOS RECURSOS DE RÉGIMEN SUBSIDIADO	
<p>Elaboración y perfeccionamiento del acto administrativo de compromiso de los recursos del Régimen Subsidiado con los contenidos mínimos establecidos en el Decreto 971 del 2011 MPS, con sus respectivos soportes presupuestales (CDP y RP) y las respectivas actualizaciones cuando las condiciones administrativas y presupuestales así lo ameriten. Reporte oportuno a la Secretaria Departamental y comunicación a las partes interesadas (13)</p>	<p>15 primeros días hábiles del mes de enero de cada año</p>
<p>Gestión para el recaudo de recursos de cofinanciación por el departamento, rentas cedidas y otras fuentes. Ejecución presupuestal de estas rentas.</p>	<p>Permanente en forma mensual</p>
<p>GESTIÓN FINANCIERA DEL GIRO DE LOS RECURSOS Pago oportuno a las EPS, IPS (liquidación mensual). Pago oportuno a la Interventoría. Pago oportuno a la SNS. Control de los recursos de la cuenta maestra. Seguimiento y control presupuestal. Medir el porcentaje de compromiso y ejecución de los recursos asignados frente a los presupuestados en la vigencia fiscal.</p>	<p>Cada mes: los recursos de esfuerzo propio y ejecución sin situación de fondos de los giros del Min salud. Anualmente: el pago de la tasa de vigilancia a la Supersalud</p>
GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN RÉGIMEN SUBSIDIADO	
<p>Promueve la afiliación al Régimen Subsidiado. Identifica a la población clasificada en Nivel 1 y 2 de Sisbén no afiliada y busca su afiliación a una EPS. Promueve la inmediata afiliación de los recién nacidos a la EPS donde se encuentra afiliada la madre o padre.</p>	<p>Permanente</p>
<p>Promueve la actualización de la base de datos del Régimen Subsidiado. Actualiza el documento de identidad de personas por edad, por solicitud o por cruce de información con la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC). Retira de la base de datos de Régimen Subsidiado a las personas fallecidas, por información que recibe de la familia o por cruce de información con RNEC</p>	<p>Proceso mensual</p>
GESTIÓN DE LA LIQUIDACIÓN MENSUAL DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR CADA EPS	

Gestionar la revisión mensual de novedades de los afiliados a las EPS. Ingresar a www.fosyga.gov.co , servicios en línea / FTP Régimen Subsidiado / Opción 2: acceder a FTP municipios Digitar el usuario y la clave (asignada al municipio)	Mensual
Gestionar la liquidación mensual de novedades de los afiliados a las EPS. Ingresar a www.fosyga.gov.co , servicios en línea / FTP Régimen Subsidiado / Opción 1: acceder a FTP departamentos. (El Ministerio de Salud entrega a los municipios, EPS, departamentos, etc. un permiso para ingresar a la consulta de su información respectiva en la BDU)	Mensual
PROMOCIÓN Y AFILIACIÓN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
El municipio promueve el Régimen Contributivo y la seguridad social, pensiones y riesgos profesionales en su población	Permanente
El municipio trabaja con las empresas promotoras de salud del régimen contributivo, los fondos de pensiones y las administradoras de riesgos profesionales para garantizar que existan oficinas y atención en el municipio. No deben existir barreras para la afiliación por los trabajadores independientes	Permanente
El municipio identifica a la población que por sus condiciones socioeconómicas y laborales debe afiliarse al Régimen Contributivo. Les informa su obligación de afiliarse a este régimen a los vinculados laboralmente, independientes (profesionales, propietarios de propiedades rurales, de establecimientos industriales o comerciales, rentistas)	Permanente
El municipio verifica que las empresas locales se encuentren afiliadas a la seguridad social y aporte por sus trabajadores	Permanente
El municipio busca identificar emprendimientos agrícolas y/o no formales que podrían tener personas afiliadas a la seguridad social	Permanente
Prevención, vigilancia y control del aseguramiento en riesgos profesionales	
Identificar las actividades laborales agrícolas, industriales y comerciales y promueve su afiliación a riesgos profesionales Identificar las actividades empresariales con riesgos sanitarios, fitosanitarios, ambientales, en ambientes laborales de riesgo para los trabajadores Desarrollar acciones de reincorporación e inclusión de discapacitados en el sector productivo.	

4.5 RELACIÓN MUNICIPIO Y EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD

Aunque la Constitución Nacional, en su artículo 48, permite el concurso del sector público y privado en la organización y prestación de servicios de salud, el municipio no puede olvidar que, como estado local cercano a la gente, es el garante del derecho fundamental a la salud de sus habitantes.

En este contexto, la relación del municipio y las EPS adquiere una dimensión fundamental en el cumplimiento del estado que protege a sus ciudadanos. Esta relación se manifiesta en el hecho de que el municipio es quién vigila que las EPS cumplan las obligaciones con sus afiliados a través de una interventoría; sin embargo, eso no libera al municipio en su obligación de exigirle a las EPS el cumplimiento de sus obligaciones.

4.6 SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Independientemente de la reglamentación de la auditoría y su puesta en marcha, es indiscutible que para las entidades territoriales del Régimen Subsidiado y de la administración de recursos que financian y cofinancian el aseguramiento a través del mencionado régimen es una obligación la vigilancia a las EPS para que cumplan con sus obligaciones frente a los usuarios en salud.

En este sentido, la disposición del artículo 14 de Decreto 971 de 2011 y Circular externa 006 de 2011 de la Supersalud indica que es una obligación vigilar de manera permanente las EPS con el fin de que cumplan con los procesos de:

- a) Afiliación.
- b) Reporte de novedades.
- c) Garantía de acceso a los servicios.
- d) Red contratada para la prestación de los servicios de salud (mantener actualizado por la EPS para el municipio los contratos vigentes con la RED).
- e) Suministro de medicamentos.
- f) Pago a la red prestadora de servicios (mantener mensualmente actualizada la cartera de las EPS con los prestadores).
- g) Prestación de servicios de promoción y prevención.
- h) Asignar proporcionalmente a las EPS los afiliados en caso de retiro de otra EPS.
- h) Requerir mensualmente a la EPS la acreditación del pago de los aportes de sus empleados y contratistas a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, ICBF y SENA de acuerdo a la normatividad.
- i) Atender los requerimientos que le presente el público en general.
- j) Informar a la Supersalud las inconsistencias e irregularidades detectadas.
- k) Otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado.

Según la Ley 1438/11, parágrafo transitorio 1, artículo 119, “la auditoría para el cumplimiento del seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados y el acceso oportuno y de



CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

calidad al Plan de Beneficios. Para este efecto la Superintendencia Nacional de Salud acreditará empresas de interventoría con los cuales contratarán los municipios mediante concurso de méritos. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá vigilancia sobre el proceso y ejecución de esta contratación”

4.7 RESPONSABILIDADES MUNICIPALES EN SALUD PÚBLICA

La salud Pública “Está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva. Sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Las acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la Comunidad” (14)

El Plan Decenal de Salud Pública – PDSP previsto en el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 (Incluye las acciones de salud pública de los objetivos y metas del milenio conforme al Conpes Social 140 de 2011 y la articulación transversal con las políticas de primera infancia según el Conpes Social 109 de 2007, así como atender la recomendaciones del Conpes Social 113 de 2008 relacionadas con la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional), tienen como antecedente el plan de salud pública definido en el Decreto 3039 de 2007, el cual se materializaba operativamente en el Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, a cargo de las entidades territoriales basadas en la Resolución 425 de 2008.

Las responsabilidades definidas en las leyes 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, son moduladas y orientadas por el PDSP definido este como: “Una expresión concreta de una política pública de Estado, que reconoce la salud como un derecho interdependiente y dimensión central del desarrollo humano.

Define la actuación articulada entre sectores y actores responsables de la intervención efectiva y positiva de los procesos de salud enfermedad, a través del abordaje de los determinantes sociales, con el fin de crear condiciones que garanticen bienestar integral y calidad de vida en Colombia” (15 pág. 8)

Este plan está basado en el Enfoque de determinantes sociales, en los cuales se traza una línea de política social y define la forma de abordaje:

- Adoptar como compromiso el valor de la equidad social
- Aproximación de la realidad basada en la evidencia
- Adopción metodologías de análisis diversas
- Tener en cuenta las diferencias (gradientes) en salud entre grupo.
 - a. Las desigualdades afectan a toda la población (gradiente entre clases sociales);

- b. comparando grupos menos privilegiados y los más privilegiados (brecha en salud);
- c. comparando los grupos más vulnerables.
- Identificar mecanismos causales de las desigualdades – modelo-
- Describir dinámicas y estructuras sociales en los ejes de desigualdad.
 - a. Son históricos y cambiantes;
 - b. Son sociales; c. Son relaciones de poder y dominación;
 - d. Tienen influencia en lo estructural e individual
- Explicitar sesgos. Jerarquías adoptadas y relacionadas con aproximaciones a las diferencias.

De igual forma se aborda este campo con una mirada multisectorial, que reconoce la interdependencia que tienen la salud con el desarrollo integral de la sociedad, y por ello en sus Dimensiones Prioritaria, reconoce que los servicios de salud son solo una parte de los factores condicionantes para lograr resultados en la salud y bienestar de las comunidades; entre otras incluye en esta mirada: (15 pág. 14)

Salud ambiental

- Hábitat saludable
- Situaciones en salud derivadas de las condiciones ambientales
-

Salud mental y convivencia social

- Convivencia social
- Situaciones en salud mental y consumo

Vida saludable libre de condiciones crónicas y discapacitantes

- Modos y estilos de vida saludable
- Condiciones crónicas prevalentes y discapacitantes

Seguridad alimentaria y nutricional

- Alimentación saludable
- Estado nutricional
- Inocuidad y calidad de los alimentos

Salud sexual y reproductiva

- Desarrollo humano y salud sexual y reproductiva
- Relaciones basadas en la equidad
- Atención integral de riesgos y vulnerabilidades en SSR

Salud libre de enfermedades transmisibles

- Situaciones y condiciones endémico - epidémicas
- Situaciones y condiciones emergentes, reemergentes y desatendidas

Salud pública en emergencias y desastres

- Atención integral de riesgo y vulnerabilidades en E y D
- Respuestas en salud pública ante situaciones de E y D

Como se aprecia en la siguiente ilustración, el bienestar y calidad de vida, con años de vida saludable, se lograría como resultado de tres objetivos estratégicos Equidad en Salud (que busca que los grupos sociales más vulnerables reciban mayor atención y protección para lograr un mismo resultados para la sociedad en general), impacto en carga de enfermedad y 20 situaciones salud denominadas como intolerables (Son resultados evitables, que su aparición denotan fallas en la organización y prestación de los servicios de salud, y que por ello su aparición obligan a un análisis crítico para buscar identificarlas y así, corregir).

Los indicadores priorizados en Salud, son: (16 pág. 31)

1. Mortalidad materna y perinatal
2. Embarazo no deseado y en adolescentes
3. Sífilis congénita
4. Hipotiroidismo congénito
5. Transmisión vertical de VIH
6. Mortalidad por SIDA por no acceso Tratamiento Anti Retroviral TAR
7. Morbilidad y mortalidad por inmune prevenibles
8. Mortalidad por desnutrición
9. Mortalidad por EDA en menores de 5 años
10. Mortalidad por IRA en menores de 5 años
11. Cáncer invasivo de cérvix
12. Mortalidad por cáncer de mama
13. Mortalidad por leucemia linfoide aguda en niños
14. Morbilidad evitable sobre agregada a patología oncológica
15. Morbilidad y mortalidad por maltrato, violencia intrafamiliar y de género
16. Morbilidad hospitalaria y mortalidad por TBC
17. Morbilidad hospitalaria evitable por EPOC
18. Mortalidad por malaria y dengue
19. Morbilidad evitable sobre agregada y mortalidad por causa cardiovascular (ERC, ECV, IAM, EVP)
20. Morbilidad evitable sobre agregada y mortalidad por causa metabólica

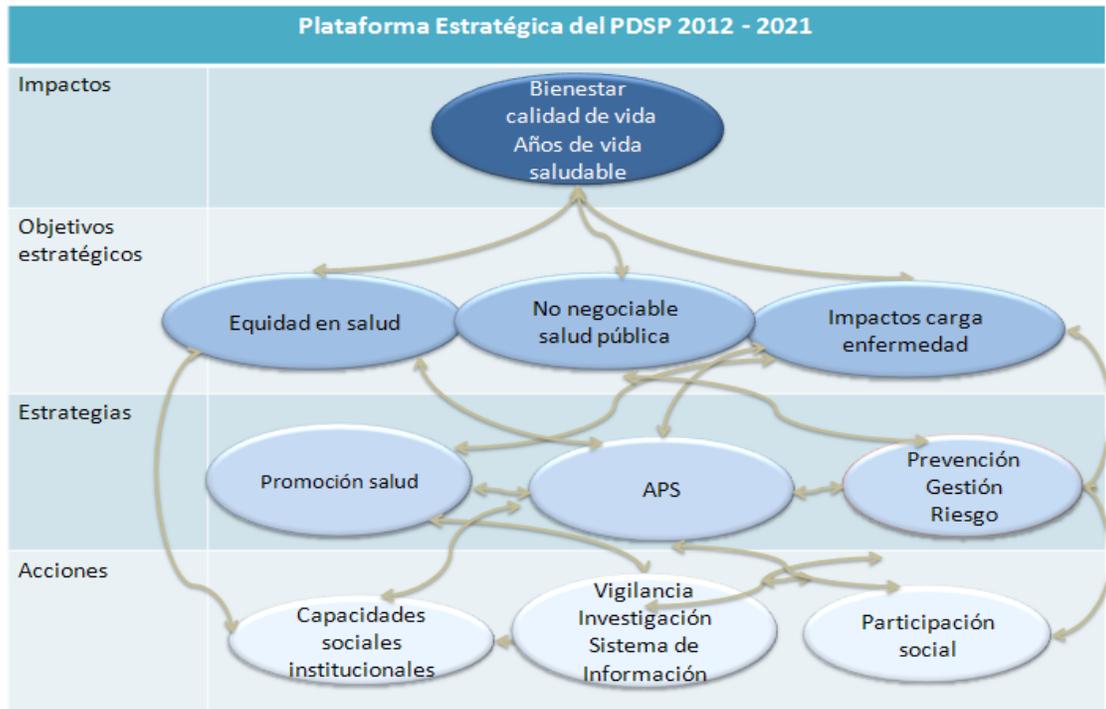
Estos 20 indicadores, del Plan Decenal 2012 – 2021, serán un punto de partida muy importante para la evaluación permanente de los resultados en salud del municipio; por ello en la guía Diagnóstica se incluyen como un capítulo importante.

De acuerdo a su situación, se hará actividades específicas para impactarlo, teniendo en cuenta que cada intolerable está afectado por acciones del municipios como agua potable, vías, vivienda, seguridad alimentaria, etc.; o de los prestadores de servicios de salud y/o aseguradores como la accesibilidad a los servicios, atención oportuna y de calidad; al igual que acciones de otros sectores como educación etc.,

Como estrategias para lograr este objetivo se promoverá la Promoción Social, Prevención y gestión del Riesgo y la Atención Primaria en Salud.

En desarrollo de los objetivos se reconocen como pilares fundamentales las capacidades institucionales en las entidades territoriales, el sistema de información que ofrezca la posibilidad de mantener un diagnóstico y hacer seguimiento permanente (Desarrollo del SISPRO por el Min Salud y PS, organizado en observatorios), y de una activa participación social que en el municipio se expresa activamente. Tal como se aprecia en la siguiente ilustración.

Gráfica No. 6. Plataforma Estratégica PDSP 2012 - 2021



Fuente: (15 pág. 6)

Para cumplir el PDSP, se cuenta con los recursos del Sistema General de Participaciones, los cuales se ejecutan a través del Fondo Territorial de Salud (Resoluciones 3042 de 2007, 4204 de 2008 y 991 de 2009 del Ministerio de Salud y Protección Social) y según lo previsto en el literal *b* del artículo 13, en armonía con la reglamentación del artículo 29 y 31 de la Ley 1438 de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Estos recursos del SGP, son objeto del monitoreo, seguimiento y control conforme el Decreto 028 de 2008 y sus disposiciones reglamentarias.

El municipio debe evaluar las políticas y retos que el país y el departamento tienen en salud pública de acuerdo con su propia situación y necesidades. Las debe adoptar, adecuar y desarrollar en sus comunidades.

- **Responsabilidades adicionales en salud pública, vigilancia y control de los municipios de categorías especial 1, 2 y 3**

Adicional a las responsabilidades de los municipios de todas las categorías mencionadas atrás, los municipios de las categorías especiales 1, 2 y 3 son responsables de ejecutar las actividades que se mencionan a continuación. Para los municipios de las categorías 4, 5 y 6 estas acciones las ejecuta el departamento.

Los municipios especial 1, 2 y 3 deberán destinar el 40% de los recursos de salud pública del SGP para las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo a que se hace referencia en este capítulo.

- Vigilancia y control de la calidad alimentos: producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano.
- Producción, comercialización y distribución de materia prima para consumo animal que represente riesgo para la salud humana.
- Vigilancia de las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población:
 - Las generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras, olores, entre otros.
 - Calidad del agua para consumo humano.
 - Recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos.
 - Manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas.
 - La calidad del aire.
- Ejecutar acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.
- Vigilancia y control sanitario en:
 - Establecimientos educativos; Hospitales; Cárceles; Cuarteles; Albergues; Guarderías; Ancianatos; Puertos, aeropuertos, terminales terrestres y de transporte público; Piscinas; Estadios, coliseos, gimnasios; Bares, tabernas; Supermercados y similares, plazas de mercado o de abasto público y Plantas de sacrificio de animales

Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9 de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

● **Análisis de proceso de salud pública**

Tabla No. 12. Guía 2 – Parte 3. Análisis de proceso de salud pública

GUÍA No.2- PARTE 3 – PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO MUNICIPAL				
ANÁLISIS DE RESPONSABILIDADES MUNICIPALES				
PROCESO DE SALUD PÚBLICA				
Responda a las siguientes preguntas acerca de su municipio	No	Sí Describa los avances	Describa la propuesta de acción	Fuente de Información para verificar
9	10	11	12	13
En el plan de desarrollo actual, ¿qué programas de salud pública se están desarrollando?				Secretaria de Salud Municipal, Líderes o expertos sobre salud local, funcionarios de la empresas social del Estado local, etc.
¿Cuáles son los principales problemas de salud pública en el municipio?				
¿En el municipio hay problemas de vectores para malaria, dengue, leishmaniosis, etc.?				
¿El municipio cuenta con estudios de la situación de salud disponible para los funcionarios de la Secretaria de Salud?				
¿El municipio reporta oportunamente al Sivigila cada semana?				
¿El municipio lleva estadísticas de violencia, accidentes de tránsito, etc.?				
¿Qué campañas preventivas en salud pública se desarrollan en el municipio?				
¿Qué estrategias de salud pública se desarrollan en el municipio?				
¿El municipio tiene contratado algunas acciones de salud pública con la Empresa Social del Estado u otra institución?				
¿Cuáles son las principales acciones de salud pública que desarrolla directamente la secretaria o dirección local de salud?				
¿Operan empresas con riesgos laborales en el municipio como minería, manejo de insecticidas, etc.?				
¿Los acueductos urbanos y/o rurales suministran agua potable?				
¿El servicio de acueducto es permanente? o ¿cuántas horas del día se presta?				
¿Existen zonas urbanas o rurales sin acueducto?				

¿Hay comité local de emergencias y desastres?				
¿Existe plan de emergencias y desastres?				
¿Se ha divulgado el plan de emergencia y desastres?				
En el plan de emergencias y desastres ¿hay mapas de riesgo y las comunidades lo conocen?				
¿Hay otros problemas o situaciones de salud pública que sean de interés para el desarrollo municipal?				

Los municipios de categoría especial 1, 2 y 3 asumen en salud pública importantes funciones tales como inspección, vigilancia y control de la fabricación y distribución de alimentos, de las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población, y de la vigilancia y control sanitario en establecimientos educativos, hospitalarios, cuarteles, centros de recreación, guarderías, ancianatos, puertos, plazas de mercado, plantas de sacrificio de animales y en general de establecimientos abiertos al público.

- **Tareas municipales de la salud pública**

Tabla No. 13. Tareas municipales de la salud pública

Guía # 3 Tareas Municipal en Salud Publica	Frecuencia de la acción
ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA	
Organización de estructura de la Secretaría de Salud para poder cumplir con las responsabilidades en salud pública	Al inicio de la administración, previo a un diagnóstico de talento humano, evaluación de personal y de manual de funciones. Si los cambios son estructurales y requiere inversión adicional importante, se debe incluir como un programa en el plan de desarrollo
El Ministerio de Salud y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad.	El municipio debe revisar los planes de salud pública, los compromisos internacionales y sus propias metas para establecer indicadores que le permitan hacer seguimiento a sus esfuerzos para modificar situaciones determinadas.

CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

<p>Acciones de promoción de la salud y calidad de vida. Acciones de prevención de los riesgos biológicos, sociales, ambientales y sanitarios. Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento. Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.</p>	<p>Permanentes</p>
<p>Acciones de prevención de los riesgos en salud. Ley 715 de 2001, artículo 44.</p>	
<p>Elaboración de fichas familiares y otra estrategia de caracterización de la población, complementaria al Sisbén, cuando el municipio así lo considere.</p>	
<p>Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud: lleva a cabo acciones de coordinación con las EPS subsidiadas y contributivas, administradoras de riesgos profesionales, instituciones prestadoras de servicios públicos, y con otros sectores involucrados en el manejo y control de riesgos del ambiente para la salud pública del municipio.</p>	
<p>Hacer seguimiento a las acciones incluidas o no contempladas en el contrato de acciones en salud pública celebrado con la ESE o con otro prestador si el hospital no tiene la capacidad técnica. Además, también presta los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo y promoción del programa ampliado de inmunizaciones, y monitoria de su cobertura. - Apoya las jornadas de vacunación, intensificación o bloqueo según el riesgo municipal. - Realización de censos de canalización, monitoreo rápido de coberturas y promoción de acciones cuando identifica bajas coberturas. 	<p>Monitoreo con frecuencia según lineamientos</p> <p>Permanente</p>
<p>Promover programas y acciones tendientes a la atención oportuna y continua de la población vulnerable y/o prioritaria como los niños, mujeres embarazadas, adultos mayores y adolescentes, en especial en situaciones de riesgo o en enfermedades definidas como prioritarias, tales como cáncer de seno y cérvix, VIH/SIDA, etc.</p>	
<p>Llevar a cabo acciones de control a la población animal canina y felina, en especial animales callejeros. Controlar y vacunar contra la rabia. Coordinar su recogida y manejo en el coso municipal.</p>	
<p>Acciones de prevención y vigilancia de zoonosis de riesgo para la salud pública.</p>	
<p>Seguimiento de diagnóstico, investigación de casos, seguimiento y tratamiento de enfermedades de interés e impacto en la salud pública, entre otras: sarampión, rubeola, hepatitis, tuberculosis, malaria, lepra, dengue y otras sometidas a vigilancia epidemiológica en el país.</p>	
<p>Canalización y seguimiento hasta lograr la recuperación nutricional de los menores de dos (2) años con algún grado de desnutrición, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS).</p>	

Tabla No. 14. Acciones en salud pública de municipios de categoría especial 1, 2 y

ACCIONES EN SALUD PÚBLICA DE MUNICIPIOS DE CATEGORÍA ESPECIAL 1, 2 y 3	
<p>Al igual que los distritos y departamentos, los municipios de categoría especial 1, 2 y 3 cumplen la importante función de vigilar y controlar factores de riesgo generado en la producción y distribución de alimentos, por la tenencia de animales, por la disposición de basuras y aguas servidas, por la calidad del agua y en los establecimientos comerciales abiertos al público. Para ello, requiere tener un equipo de trabajo y una metodología de registro y control de estos factores de riesgo. Es un trabajo cotidiano que debe desarrollar.</p>	
<p>Desarrollar los mecanismos y proceso para el registro de establecimientos y actividades que pueden generar riesgo para la salud, además de tener un plan de inspección para el control de los mismos.</p>	Permanente
<p>Registro de establecimientos y actividades sometidas a vigilancia en salud pública. Hospitales e IPS Guarderías Colegios Cuarteles Piscinas Establecimiento abierto al publico Centros de sacrificio de animales.</p> <p style="text-align: center;">Este listado, es muy importante para poder planear el control.</p>	Permanente
<p>Visita de vigilancia y control de la calidad de alimentos para consumo animal y humano, establecimientos abiertos al público, disposición de residuos sólidos y líquidos, calidad del agua, calidad del aire, etc.</p>	De acuerdo a la programación
<p>Plan de acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis (cuando aplique).</p>	Permanente

● **Vigilancia a las EPS**

Una de las tareas del municipio es hacer seguimiento a las acciones en salud realizadas por las EPS, tanto del Régimen Subsidiado como del Régimen Contributivo, además de quienes administran los planes de beneficio, como el magisterio y otros, y a sus afiliados. Por ello el municipio debe avanzar hacia la obtención de información permanente de las acciones realizadas.

- Dentro de estas acciones es de resaltar las siguientes:
- Oferta de EPS en el municipio.
- Proceso de afiliación.
- Orientación a los afiliados.
- Red de servicios para sus afiliados.
- Autorización de referencia a otros centros de atención.
- Pago oportuno a la red de servicios.
- Negación de servicios y tutelas.
- Indicadores de salud de las EPS.

- **Monitoreo de acciones de salud públicas por las EPS.**

Para el monitoreo de la salud pública local, el municipio puede acudir a los indicadores de las EPS que operan en su territorio o la información disponible en el Ministerio de Salud (<http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/indicadores/>). Este es un esfuerzo inicial que a corto plazo se convertirá en una fuente de información muy completa. Se recomienda y consultar las EPSs de interés del municipio,

Se recomienda al municipio utilizar esta información en forma complementaria a la que se obtiene localmente, con el fin de mantener una visión de las empresas promotoras de salud que operan en su territorio e igualmente poder emprender acciones para su control y eficiencia.

4.8 RESPONSABILIDADES MUNICIPALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La prestación de servicios de salud a la población pobre y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda (11):

Las entidades territoriales a quienes se asignan estos recursos deben considerar la ejecución en el marco de sus competencias, de conformidad con los artículos 43 y 44 de la Ley 715 de 2001. Corresponde a los departamentos de segundo y tercer nivel de complejidad y a los municipios de primer nivel de complejidad. En el caso de los municipios no certificados, los departamentos también garantizan los servicios de salud de primer nivel de complejidad para la población pobre y las actividades en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Cuando el municipio no está certificado, pero ha desarrollado infraestructura de salud y empresas sociales del estado de nivel territorial, debe contratar con el departamento la prestación de estos servicios para la población vulnerable no afiliada.

- La contratación de los recursos para atender a población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda deberá fundamentarse en:

- a) Criterios de equidad y cobertura.

- b) El efecto de la política de afiliación al Régimen Subsidiado en la población de la entidad territorial.

- c) Priorización de los grupos de madres gestantes, menores de cinco (5) años, ancianos, desplazados, discapacitados e indigentes. Aplica en lo posible a personas con un ingreso *per cápita* que corresponda a la garantía de unos beneficios mínimos según el perfil epidemiológico de la población objeto de cobertura y las metas de salud pública sin discriminación alguna respecto del municipio de residencia de la jurisdicción departamental.

Conforme a lo anterior, los departamentos, para efectos de la distribución de los recursos de prestación de servicios a contratar adaptarán los criterios previstos en el presente documento conforme a la normatividad vigente, considerando la competencia de los municipios, las necesidades de atención de la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, conforme a la red de prestadores definida. Lo anterior sin desconocer la ampliación de beneficios del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado según lo definido por la Comisión de Regulación en Salud CRES.

- Las entidades territoriales deben definir y ejecutar políticas de contratación y pago oportunos y adecuados a las condiciones propias, que no afecten la sostenibilidad de las redes integradas de servicios de salud y garanticen la atención oportuna de la población en armonía con la universalización del Régimen Subsidiado. Deberán, de igual forma, considerar lo dispuesto en el decreto 4747 de 2007.

- De igual manera, deben orientar la asignación de los recursos para garantizar la complementariedad, concurrencia, transparencia y eficiencia en la financiación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda de su jurisdicción, sin discriminación alguna.

- En los esquemas de seguimiento y control de los contratos, las entidades territoriales deberán asegurarse de que los prestadores den cumplimiento a sus obligaciones de pago de los aportes parafiscales inherentes a la nómina, relacionados con:

- (a) Cajas de compensación familiar
- (b) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- (c) Escuelas industriales e institutos técnicos
- (d) Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)
- (e) Escuela Superior de Administración Pública (ESAP)

- Las entidades territoriales deberán:

- a) revisar el monto de aportes patronales certificados en salud, coordinar el proceso de ejecución de los mismos con el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme las normas vigentes.

- b) Realizar el saneamiento de aportes patronales conforme al artículo 85 de la Ley 1438 de 2011.

- c) Promover la articulación de la ejecución de los aportes patronales a través de la PILA, conforme a la Resolución 0475 del 2011 y el Decreto 4023 de 2011.

Los municipios, por medio de la Junta directiva de la Empresa Social del Estado, intervienen y hace seguimiento a la Empresa Social del Estado. El alcalde (quien la preside) y el secretario de salud son miembros de la junta directiva. Allí pueden articular las políticas públicas con la prestación de los servicios de salud. Este es un excelente escenario para garantizar un real acceso a los servicios de salud de sus comunidades, además es una forma de promover la articulación entre los aseguradores (EPS) y los prestadores de

servicios de salud. Igualmente, debe estar atento a los servicios habilitados y a la situación financiera.

En el municipio pueden existir otras instituciones prestadoras de servicios de salud y profesionales independientes que complementen los servicios a las comunidades. El municipio debe tenerlos en cuenta al momento de diagnosticar y planificar su desarrollo en salud.

Existen diferentes instituciones que garantizan la atención de la población. Aunque no es responsabilidad del municipio, sí se debe vigilar que exista la oferta necesaria para su comunidad, desde los servicios básicos hasta los complejos.

- Considerando que la información de prestación de servicios de salud tiene la connotación de un bien público se requiere, para garantizar la adecuada planificación del sector y para contribuir a la garantía del derecho, que los departamentos remitan, conforme lo establece la normatividad vigente, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) al Ministerio de Salud y la Protección Social. Para lo anterior, deberán crear, aplicar y desarrollar mecanismos que permitan, por medio de la contratación y el pago de los servicios, efectuar el reporte de los mismos por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Al respecto se recuerdan las sanciones previstas en el artículo 116 de la Ley 1438 de 2011, relacionadas con la no provisión de información, incluyendo los RIPS.

- **Análisis del proceso de prestación de servicios de salud**

Tabla No. 15. Guía 2 – Parte 4. Análisis del proceso de prestación de servicios de salud.

GUÍA No. 2- PARTE 4 – PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO MUNICIPAL				
ANÁLISIS DE RESPONSABILIDADES MUNICIPALES				
PROCESO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD				
Responda a las siguientes preguntas acerca de su municipio	No	Sí Describe los avances	Describe la propuesta de acción	Fuente de información para verificar
9	10	11	12	13
En el plan de desarrollo actual ¿qué programas dirigidos al desarrollo de la prestación de servicios de salud están desarrollando?				
¿Existe alguna institución pública prestadora de servicios de salud?				

¿El municipio tiene un censo de instituciones prestadoras de servicios de salud, los servicios ofertados y los profesionales con los que dispone?				
¿La oferta de servicios de salud es completa en primer nivel de complejidad?				
¿Hay servicios de salud de segundo nivel de complejidad en el municipio? o ¿a qué distancia se encuentra?				
¿Las EPS que operan tienen contratado los servicios de salud que se ofertan en el municipio para sus afiliados?				
¿Existe servicio de urgencias médicas 24 horas al día?				
¿Las EPS que operan en el municipio han entregado una red de servicios de salud para sus afiliados de manera integral y suficiente a la Secretaría de Salud?				
¿Las comunidades rurales reciben servicios accesibles, oportunos y suficientes por las EPS que operan en el municipio, a través de su red de servicios?				
¿El estado financiero de la Empresa Social del Estado es equilibrado, en déficit, en superávit?				
¿El recurso humano en salud disponible en el municipio (médicos generales, odontólogos, enfermeras, etc.) es suficiente y adecuado según el número de habitantes del municipio?				
¿El pago de las EPS del Régimen Subsidiado y Contributivo a la Empresa Social del Estado es oportuno?				
¿Hay otros problemas en la prestación de servicios de salud de interés para el municipio?				

● **Financiamiento de la prestación de servicios de salud**

Según la ley vigente los municipios no pueden prestar en forma directa servicios de salud, lo deben hacer a través de Empresas Sociales del Estado o entidades privadas con las cuales contratan. Sin embargo los municipios deben garantizar la prestación de servicios de salud a su población; y los municipios certificados como descentralizados en salud además de lo anterior deben financiar los servicios de primer nivel a la población vulnerable social y económicamente no afiliada a la seguridad social. Esta responsabilidad ha venido disminuyendo a medida que avanza la universalización de la cobertura en seguridad social, y la igualación de planes de beneficio de Régimen Subsidiado al contributivo.

Por ello, los recursos que reciben los municipios del Sistema General de Participaciones (sector salud) para brindar oferta, también han sufrido una importante disminución. Así, algunos municipios actualmente solo se les suministran los recursos para cubrir los aportes patronales de los empleados de la Empresa Social del Estado (ESE) y son ejecutados por el

municipio sin situación de fondos. Estos recursos deben ser facturados por la ESE al municipio. Actualmente, algunas ESE tienen dificultades para facturar el valor de esta transferencia porque los usuarios que podría facturar son escasos. Para revertir la situación, se deben promover actividades y atenciones que ayuden a fortalecer las acciones de salud pública en las comunidades.

- **Dirigir y fortalecer la prestación de servicios de salud**

La ESE de carácter municipal es una institución prestadora de servicios de salud. El alcalde es el gerente de la ESE, además de ser miembro y presidente de la junta directiva, al igual que el secretario de salud. Bajo estas circunstancias, el alcalde asume la responsabilidad de garantizar la prestación de los servicios de salud tanto en oportunidad, accesibilidad y en calidad.

Las redes de servicios, y en especial las que involucran Empresas Sociales del Estado, son eje fundamental para garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, aunque ésta se encuentre disperso y en sitios lejanos de las grandes ciudades. Por ello, el municipio centralizado o descentralizado debe pensar en su Plan de Desarrollo para que las funciones relacionadas con el acceso integral, continuo y de calidad a los servicios de salud sean una prioridad.

En la Ley 1438 de 2011 se reincorpora la atención primaria en salud como estrategia central, la cual es definida por el Institute of Medicine (1995) como: “la provisión de servicios de salud integrados y accesibles por parte de clínicos que son responsables de abordar la gran mayoría de necesidades de atención personal en salud, desarrollando una relación sostenida con pacientes y practicada en el contexto de la familia y la comunidad” (17).

- **Acciones municipales en la gestión prestación de servicios de salud en el municipio**

Tabla No. 16. Guía 3: Acciones municipales en la gestión de la prestación de servicios de salud en el SGSSS

Guía # 3 Responsabilidad gestión de la prestación de servicios de salud	Trimestre			
	1	2	3	4

Mejoramiento en la eficiencia de la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS públicas (18).				
Nombrar al gerente de la ESE en el mes de abril, al inicio de su periodo de gobierno. Debe ser el candidato que haya sacado mayor puntaje en el concurso de méritos convocado por la junta directiva de la ESE.		xx		
Nombrar a los miembros de la junta directiva al término de sus periodos, por renuncia o falta absoluta de las ternas nominadas por los grupos o sectores que por ley tienen representación.	xx			
Liderar la junta directiva de la ESE y promover un mayor nivel a partir de la capacitación a sus miembros.	Permanente			
Garantizar, a través de la junta directiva de la ESE, que el plan de desarrollo sea coherente con las políticas municipales, departamentales y nacionales.	Permanente			
Vigilar que las EPS que operan en su municipio contraten como mínimo el 60% de la UPC con la ESE.	Anualmente			
Hacer seguimiento para que las EPS mantengan una cartera sana con su ESE.	Permanente			
Apoyar la gestión de la ESE para que sus servicios sean contratados por las EPS del régimen contributivo y ARP.	Permanente			
Promover la articulación de la ESE en la red de servicios de la región y el departamento.-	Permanente			
Mejoramiento accesibilidad a los servicios de salud.				
Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción	Mensual			
Identificar la oferta de servicios de salud en su territorio, e identificar sus falencias para suplir sus necesidades.	Permanente			
Vigilar, exigir y asegurar a las EPS que operan en su territorio el mantenimiento de la red de servicios para la atención a sus afiliados.	Cada año. Debe mantenerse activa a través de la interventora de régimen subsidiado.			
Vigilar el proceso y oportunidad de autorizaciones por las EPS que operan en el municipio.	Permanente			
Vigilar la referencia y la contra referencia.	Permanente			
Vigilar a las EPS y evaluar la situación de salud de los afiliados.	Permanente			
Vigilar que las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas estén habilitadas por la secretaría de salud departamental.	Permanente			

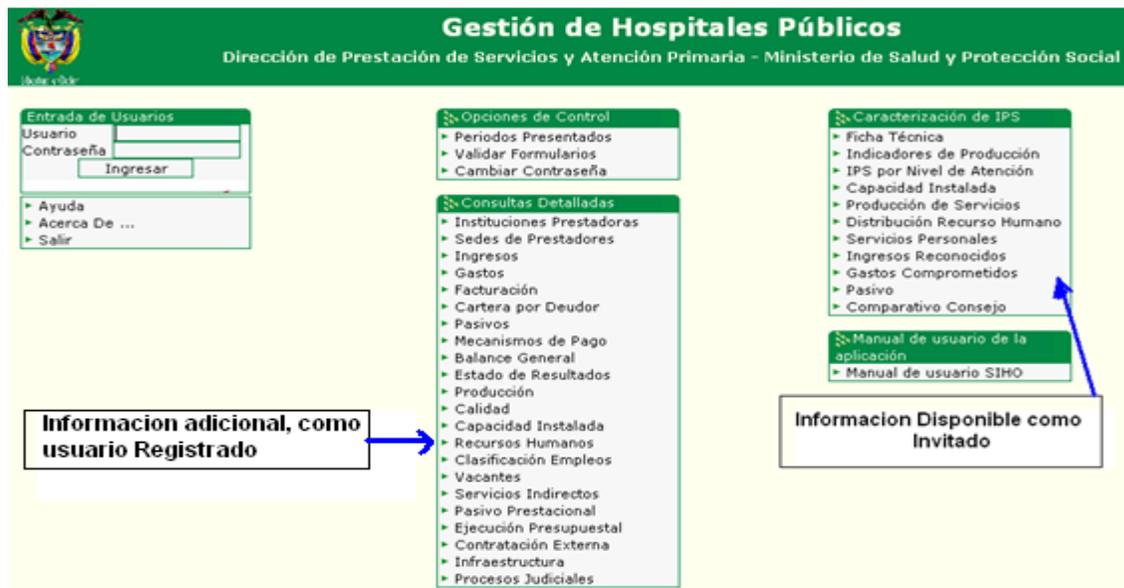
Fortalecimiento y apoyo a la empresa social del estado

La Empresa Social del Estado es una empresa del orden municipal o departamental, descentralizada y autónoma, que cumple un papel fundamental en la prestación de servicios de salud en el municipio. Por ello, a continuación se explicará la forma de tener información complementaria a la que recibe el municipio en la junta directiva, la cual es reportada por la ESE cada trimestre al Ministerio de Salud y de la Protección Social:

<http://201.234.78.38/siho> Este sitio dispone de información sobre los hospitales públicos y permite el seguimiento oficial a sus acciones y situación: es de gran valor para la planeación,

gestión, seguimiento y control de la prestación de servicios de salud en el municipio, en especial cuando solo existe la red pública.

Gráfica No. 7. Gestión de hospitales públicos



Para ingresar a este sistema se puede utilizar el usuario *Invitado*, pero así solo se puede visualizar el menú *Caracterización de IPS* como se señala en la figura. Sin embargo, el municipio puede solicitar un usuario y contraseña al Ministerio de Salud y Protección Social para visualizar adicionalmente el menú de *Consulta detallada*. Como se observa, la información disponible es bastante completa y permite un análisis a profundidad de la situación actual de la ESE y sus antecedentes.

Explicación de algunas variables: Caracterización IPS

Indicadores de producción: es la cuantificación de los servicios producidos en UVR (Unidad de Valor Real). Es una forma de estandarizar los diversos servicios de acuerdo con su costo de producción. Así, por ejemplo, una consulta médica puede tener un valor equivalente a una cirugía. De manera que todos los servicios producidos se pueden sumar y obtener una cifra comparable con otros años o periodos.

Producción de servicios: indica el número de actividades y servicios prestados en un año, como el número de consultas, biológicos aplicados, cirugías, etc. Además, se relacionan los usuarios afiliados al Régimen Subsidiado, Contributivo, etc.

Capacidad instalada: se refiere a número de camas clasificadas, quirófanos, salas de parto, etc.

Información financiera: ingresos reconocidos, gasto comprometido y pasivos.

Ingresos, gastos y facturación, cartera por deudor, pasivos: esta se puede ver de acuerdo con el régimen de afiliación de los usuarios.

Recurso humano: este indicador es de gran importancia ya que muestra la disponibilidad de profesionales en el municipio que, sumado al recurso humano de otras instituciones privadas, permite ver la accesibilidad a la atención local.

- **Censo de oferta de servicios de salud**

En la tarea de promover el acceso y prestación de servicios de salud a los habitantes, la Secretaria de Salud debe identificar, además de la capacidad y oferta de servicios de salud de la Empresa Social del Estrado, qué otros prestadores de servicios de salud existen en el municipio, por ello mantener un censo es importante. También debe evaluar qué servicios están disponibles y, de acuerdo al perfil de morbilidad y mortalidad, si se encuentra en déficit.

- **Certificación de Municipios como descentralizados en salud**

Los municipios se clasifican, de acuerdo con la prestación de servicios de salud, entre certificados y no certificados. Los certificados han desarrollado servicios de salud y empresas sociales del estado (ESE) de primer nivel y/o de segundo nivel de complejidad de carácter municipal. En algunos casos, la ESE de primer nivel es municipal y la de segundo nivel es de carácter departamental.

El proceso de certificación se dio hasta el año 2001, cuando el artículo 45 de la Ley 715 interrumpió este proceso. Más adelante, mediante el artículo 25 de la Ley 1176 de 2007, se volvió a permitir que los municipios se certificaran, lo que fue reglamentado con el decreto 4973 de 2009, siempre y cuando se cumpla con los requisitos. De igual forma, los municipios certificados son evaluados cada año para continuar o ser suspendida su certificación. Ello está reglamentado mediante el [decreto 3003 de 2005](#).

- a. *Certificación de municipios como descentralizados en salud***

Tabla No. 17. Diferencias en las acciones de los municipios certificados y los no certificados

Certificados	No certificados
Recibe recursos para el pago de servicios de salud a la población no afiliada.	No recibe recursos de oferta porque los administra el departamento.
Desarrolla la prestación de servicios de salud a su población, mediante una Empresa Social del Estado.	La red pública de servicios de salud depende directamente del departamento.
Algunos municipios no certificados desarrollaron Empresas Sociales del Estado del Orden Municipal. Y así, cumplen funciones de prestación de servicios de salud a través de ellas. A pesar de esto no reciben los recursos de oferta en salud del SGP.	

Para los municipios no certificados en salud existe la opción de certificarse ante la Secretaria Departamental de Salud siguiendo el proceso que se describe en la siguiente gráfica:

b. Proceso de certificación para descentralización de administración de servicios de salud para los municipios.

Proceso de certificación para descentralización de administración de servicios de salud para los municipios.	
Quien	Que Hace
Alcalde municipal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentación de solicitud a la dirección departamental de salud. ➤ Cumplimiento de las capacidades y estándares. ➤ Tienen 15 días hábiles para responder cuando los documentos son devueltos por el departamento.
Dirección departamental de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisar la documentación. ➤ Si no se cumplen los requisitos se devuelve antes de 15 días hábiles.
Dirección departamental de salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 45 días para evaluar, solicitar información complementaria y/o hacer visita de campo ➤ Verificar capacidades y estándares técnicos, administrativos y fiscales en las áreas de dirección territorial de salud, salud pública colectiva, régimen subsidiado y prestación de servicios. ➤ Da concepto positivo o negativo al Ministerio de Salud y Protección Social sobre la certificación del municipio ➤ Entrega documentación al Ministerio.
Ministerio de Salud y PS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 45 días hábiles (prorrogables a 90 días) para solicitar información complementaria y/o hacer visita de campo. ➤ Luego tiene 30 días adicionales para expedir acto administrativo con la certificación o negación de la solicitud. ➤ Notifica al municipio y departamento.
Ministerio de Salud y PS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si certifica se informa a DNP para que ajuste la distribución de recursos de oferta del SGP al municipio ➤ Si la certificación es negada, el municipio puede nuevamente pasado un año

5. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN LOS MUNICIPIOS

5.1 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

La principal fuente de recursos del sector salud municipales son las transferencias nacionales que en la constitución de 1991 son definidas como un porcentaje de todos los ingresos de la Nación para ser distribuido entre las entidades territoriales (porcentaje que para el 2002, era aprox. un 48.5%). Se denominaron como los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN). Transferencias reguladas por la Ley 60 de 1993 ó Ley de recursos y competencias territoriales.

Sin embargo, por el acto legislativo 1 de 2001 se reformó transitoriamente el artículo 57 de la CN. En el año 2001 se definió que entre los años 2002 a 2008 se transferiría a las entidades territoriales alrededor de \$10.62 billones y que tendría un crecimiento anual del IPC anual más un crecimiento real cada año. Este acto legislativo fue reglamentado mediante la Ley 715 de 2001, Ley de competencias y recursos territoriales, y se denominaron estas transferencias como el sistema general de participaciones.

Sin embargo, un nuevo acto legislativo, el 04 de 2007, la reforma nuevamente en forma transitoria la CN de 2001 con algunos ajustes adicionales, prolongando la reforma del artículo 57 de CN, es decir el sistema general de participaciones, hasta el año 2016.

- **Crecimiento anual del SGP**

Tabla No. 18. Crecimiento Sistema General de Participaciones

Crecimiento		
SGP año anterior	100.00%	
IPC del año anterior (Proyección para año en el cual se calcula) caso 2011	3.17%	
Crecimiento real (2012 – 2016 Acto legislativo 4 de 2007)	3.00%	
Total SGP 2012 Comparado con 2011		106.17%
Crecimiento de la economía del país, año anterior al que se calcula (2010), con destinación a políticas de primera infancia - % de crecimiento del PIB por encima del 4%		0.30%
Crecimiento adicional para educación 2012 – 2016 (Acto legislativo 4 de 2007) este porcentaje se asigna directamente para calidad, es adicional al SGOP, por ello este porcentaje está fuera de los cálculos.		1.80%

- **Distribución de los recursos del SGP entre sectores de inversión y asignación especiales**

Tabla No. 19. Distribución de los recursos totales del SGP

Distribución de los recursos totales del SGP	
Distribución por sectores de inversión	96%
Asignaciones especiales	4%
Distribución del 96% de los recursos de SGP, entre los Sectores de inversión (Se consideran los recursos como el 100%)	
Educación para Municipios certificados, o en caso contrario para los Departamentos	58.5%
Salud (Este porcentaje se convierte en 100% para el cálculo de las variables de distribución)	24.5%
Agua potable y saneamiento básico Para los municipios Los recursos de Agua potable y saneamiento básico (100%) se distribuyen entre los municipios bajo las siguientes variables	5.4%
Propósitos generales El 100% de estos recursos se distribuyen así:	11.6%

- **Variables de distribución de los recursos de SGP en Salud entre Municipios, Departamentos y Distritos**

Tabla No. 20. Variables usadas para la Distribución del SGP en salud

Variables de distribución del 24,5% de los recursos de SGP en Salud entre Municipios, Departamentos y Distritos	
(Para aplicar las variables se consideran los recursos como el 100%)	
Subsidio a la demanda (Régimen Subsidiado 2012) Ley 1438/2011 crecerá hasta llegar al 80% en el 2015. Se toman los recursos nacionales disponibles y se divide por el número de afiliados al Régimen Subsidiado. Así se obtiene un <i>per cápita</i> . Luego se distribuye entre los municipios y departamentos con corregimientos de acuerdo al número de afiliados.	65.53%
Salud Pública³ el 10% de Salud, se destina a Salud Pública. Para aplicar las variables de distribución de estos recursos se toma como un 100%.	10.00%

³El artículo 7 del Decreto 159 de 2002 y su modificación en el Decreto 360 de 2011, define de manera inicial los indicadores a tomar en cuenta para distribuir el monto de los recursos correspondientes al criterio de equidad Estos son: pobreza relativa, población con riesgo de dengue, población con riesgo de malaria, población susceptible de ser vacunada, accesibilidad geográfica. La información de cada uno de estos indicadores es certificada por el DANE, el IGAC y el Ministerio de Salud y la Protección Social.

CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

Población por atender. Proporcional al número de habitantes	40%
Población NBI. (valor a distribuir/Pob NBI país)* Pob NBI Mpio ⁴	10%
Población con riesgo de contraer dengue (Vr distribuir/Pob Dengue Nal)* Pob Dengue Mpio ⁵	10%
Población con riesgo de contraer Malaria (Vr distribuir/Pob Malaria Nal)* Pob Malaria Mpio ⁶	10%1
Población susceptible de ser vacunada PAI (Vr. Distribuir/Pob Vacunar Nal)*Pob x Vacunar ⁷	0%
Dispersión geográfica ⁸	10%
Eficiencia administrativa (se distribuye entre los municipios que cumplen coberturas útiles para cada biológico del PAI, según metas del Ministerio de Salud y Protección Social) ⁹	10%
Los recursos de Salud Pública se distribuyen	
45% a departamentos	
55% a Municipios	
100% a Bogotá DC	
Prestación de servicios a población no afiliada o servicios no POS. Este porcentaje se reducirá a medida que los recursos del subsidio a la demanda crecen. Ley 1438/2011. Los recursos de Prestación de servicios de salud (100%) se distribuyen entre los municipios y Departamentos bajo las siguientes variables	24.47%
Fondo de Salvamento y Garantía para el Sector Salud el 10% de los “recursos de oferta” (FONSAET) (19) para 2012	3.80%
Compensación (se distribuye de manera proporcional entre los municipios que, por efecto de la aplicación de las variables, se les reduce su asignación entre un año y el siguiente).	10.00%
Atención de servicios de salud a la población no afiliada y servicios no POS Población pobre no asegurada ajustada por dispersión poblacional	

⁴ Nivel de pobreza: es la participación de la población con necesidades básicas insatisfechas de cada municipio, distrito y corregimiento departamental, en el total de población con necesidades básicas insatisfechas del país.

⁵ Riesgo de dengue. Definido como la participación de la población expuesta al riesgo de dengue de cada municipio, distrito y corregimiento departamental, en relación con el total de población expuesta al riesgo de dengue del país.

⁶

Riesgo de malaria. Definido como la participación de la población expuesta al riesgo de malaria de cada municipio, distrito y corregimiento departamental, respecto al total de población expuesta al riesgo de malaria del país.

⁷

Población susceptible de ser vacunada. Es la participación de la población objetivo para el plan ampliado de inmunizaciones de cada municipio, distrito y corregimiento departamental. Es definida por el Ministerio de Salud, de acuerdo al total de población objetivo del plan ampliado de inmunizaciones del país.

⁸Accesibilidad geográfica. Definida por la dispersión geográfica resultado de dividir la extensión en kilómetros cuadrados de cada distrito, municipio o corregimiento departamental, entre la población urbana y rural del mismo. Los recursos serán asignados entre aquellas entidades territoriales con una dispersión poblacional superior al promedio nacional y en proporción a su área geográfica.

⁹Artículos 52 y 70 de la Ley 715 de 2001, certificadas conforme al Decreto 320 de 2012.

<p>Los recursos de Prestación de Servicios de salud a población pobre no afiliada, se distribuyen</p> <p>59% a departamentos 41% a municipios certificados 100% a departamentos cuando los municipios no están certificados 100% a los distritos: Bogotá, Cartagena, Barranquilla y Santa Marta.</p> <p>Los recursos para prestación de servicios NO POS a Población afiliada a Régimen Subsidiado se distribuye así: (multiplicando el número de afiliados por un factor no POS) 90% a departamentos 10% a municipios certificados 100% a departamentos cuando los municipios no están certificados 100% a los distritos: Bogotá, Cartagena, Barranquilla y Santa Marta.</p>	86.20%
---	--------

- **Variables de Distribución de SGP para Agua potable y saneamiento básico, y para propósitos generales entre los municipios**

Tabla No. 21. Variables usadas para la distribución de SGP en agua potable y saneamiento básico

Variables de Distribución del 5,4% de SGP para Agua potable y saneamiento básico entre los municipios (Para la aplicación de las variables, se considera los recursos como el 100%)		
Déficit de cobertura de agua potable		35.00%
Población atendida		30.00%
Ampliación de cobertura		5.00%
Población NBI. (Vr a distribuir/Pob NBI País)* Pob NBI Mpio ¹⁰		20.00%
Eficiencia administrativa		10.00%
Variable de Distribución del 11,6% de los recursos de SGP, para Propósitos generales (Para aplicación de las variables, se consideran los recursos como el 100%)		
Municipios menores de 25.000 habitantes (N° Htes/N° Htes en esos Mpio) *N° Htes Mpio	40%	17.00%
(N° Htes con NBI/N° Htes NBI en esos Mpio) *N° Htes NBI Mpio	60%	
Entre Todos lo Mpio y distritos		83.00%
(N° Htes/N° Htes Nal) * N° Htes Mpio	40.00%	%
(N° Htes con NBI/N° Htes NBI Nal) * N° Htes NBI Mpio	40.00%	

¹⁰ Nivel de pobreza. Definido como la participación de la población con necesidades básicas insatisfechas de cada municipio, distrito y corregimiento departamental, en el total de población con necesidades básicas insatisfechas del país.

Eficiencia Fiscal – Incremento Recaudo 3 años previos	10.00%	
Eficiencia administrativa – Cumple Ley 617/2001	9.40%	
Eficiencia administrativa – Mantiene actualizado Sisbén	0.60%	

- **Distribución de asignaciones especiales entre municipios**

Distribución del 4% de los recursos del SGP de Asignaciones especiales, entre los municipios	
Municipios ribereños del Río Magdalena (proporcional a la extensión de su rivera)	0.08%
Alimentación escolar - Para los municipios	0.50%
Resguardos indígenas	0.52%
Fondo de Pensiones Territorial (FONPET)	2.90%

- **Asignaciones adicionales en los Recursos de SGP, que están por fuera de los cálculos para Distribución entre sectores de inversión y asignaciones especiales.**

Asignaciones adicionales en los Recursos de SGP, que están por fuera de los cálculos para Distribución entre sectores de inversión y asignaciones especiales.	
Crecimiento de la Economía por encima del 4% anual; Acto legislativo 04 de 2007 (Cuando la economía crece un año, por encima del 4%, el estado central reconoce este porcentaje adicional a las Entidades territoriales para Financiamiento de en Infancia y Adolescencia (Para 2012, por crecimiento del 4,3% en el año 2010)	0.30%
Crecimiento adicional para educación 2012 – 2016 (Acto legislativo 4 de 2007) este porcentaje se asigna directamente para calidad, es adicional al SGOP, por ello este porcentaje está fuera de los cálculos.	1.80%

Otras fuentes de financiamiento

El sector salud financia sus actividades en los municipios con el SGP y otros recursos, tales como los indicados en la Ley 643 de 1993 de Juegos de suerte y azar (administrados por

ETESA, que está en transición hacia la nueva empresa COLJUEGOS), rentas cedidas de los departamentos tales como licores, vinos y cervezas, y el aporte del Fondo de Solidaridad y Garantías que administra el gobierno nacional en el Ministerio de Salud. Este último fondo tiene cuatro cuentas:

Subcuenta de solidaridad: financia parcialmente el Régimen Subsidiado. Se financia de la solidaridad de los aportes de quienes cotizan al Régimen Contributivo (hasta 1.5 puntos básicos del aporte que corresponde a 12.5 puntos o porcentaje del valor base de la cotización de los afiliados), del aporte de las cajas de compensación familiar y de los recursos del presupuesto nacional.

Subcuenta de promoción y prevención: financia proyectos de promoción y prevención de impacto nacional, además de la unidad *per cápita* de promoción y prevención que se le paga a las EPS del contributivo por cada afiliado.

Subcuenta de compensación: administra los recursos de Régimen Contributivo y paga el valor *per cápita* a las EPS del contributivo por cada afiliado.

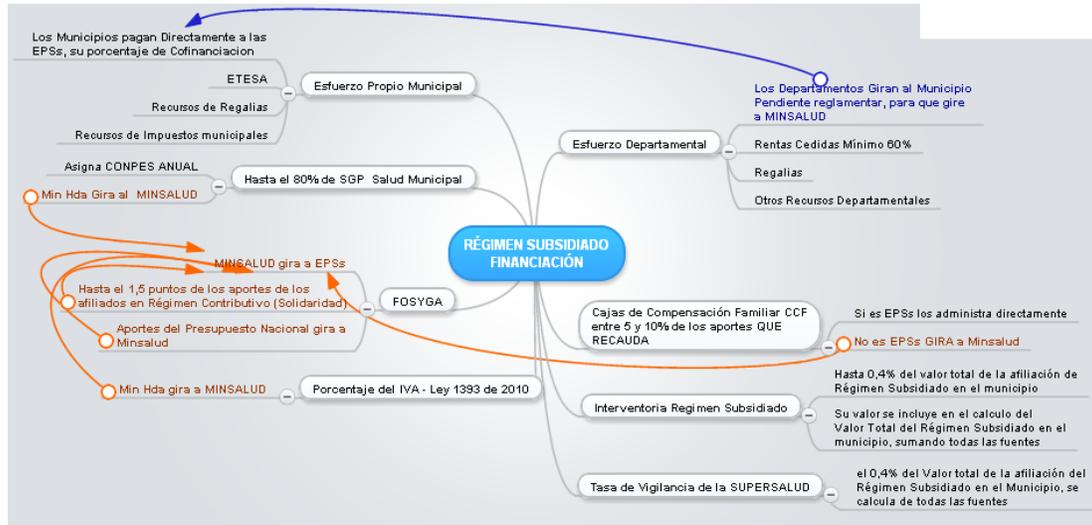
Subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito: con la cual se paga un complemento a la atención de accidentes de tránsito cuando el valor del siniestro es superior a la responsabilidad de la compañía de seguros. Igualmente financia atenciones en eventos terroristas, en emergencias y desastres, o proyectos de fortalecimiento de la red de urgencias.

Financiación de la dirección de salud municipal

No existe una fuente precisa para financiar la dirección de salud en el municipio, por ello la principal fuente son los recursos propios municipales con los que se financia al Secretario de Salud, o quien haga sus veces, y a la estructura administrativa básica hasta con un 25% de los recursos de ETESA. Sin embargo, muchas de estas funciones realmente se dirigen a la gestión del plan de salud pública, en el cual los municipios contratan una parte con la Empresa Social del Estado, pero realiza otras acciones directamente. Esto está financiado con recursos del SGP, salud pública.

5.2 FINANCIACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Gráfica No. 8. Recursos de la salud en los municipios Régimen Subsidiado (20) (9) (10)



Fuente: Elaboración de los autores

El Régimen Subsidiado es financiado por varias fuentes, como se puede apreciar en el gráfico, igualmente se aprecia con líneas de color que indican en donde se genera o recauda el recurso y a quien gira los recursos. Así el flujo de los recursos municipales y departamentales se recauda en la cuenta maestra municipal de Régimen Subsidiado (recursos propios territoriales) y son girados desde allí a las EPS, generalmente a los hospitales locales previa autorización de las EPSs, por servicios prestados a los afiliados de las EPSs. Los otros recursos, provenientes de Sistema General de Participaciones Subcuenta subsidio a la demanda, provenientes de la solidaridad de régimen contributivo, de las cajas de compensación familiar y del presupuesto nacional, son recaudados por el Ministerio de Salud y girados desde allí a las EPS, un importante porcentaje de estos recursos son girados directamente a los prestadores de servicios de salud, Los recursos son:

Sistema General de Participaciones en Salud: aporta aproximadamente el 55% del total de este régimen. Estos recursos son propiedad de los municipios; sin embargo, el Ministerio de Hacienda los gira mensualmente al Ministerio de Salud, quien lo recauda en una cuenta individual a cada municipio. Desde allí pagará a las EPS de acuerdo a la liquidación de afiliados en cada municipio. El municipio los ejecuta en su contabilidad y presupuesto sin situación de fondos.

Esfuerzo propio municipal: aquí se consigna el aporte del municipio de diversas fuentes, entre ellas las de la Ley 643 de 1993(Ley de juegos de suerte y azar que administra ETESA en liquidación) y los impuestos locales. Este recurso se administra en la Cuenta Maestra Municipal de Régimen Subsidiado del Fondo Local de Salud.

Esfuerzo propio departamental: este aporte se contabiliza como esfuerzo propio territorial. Corresponde A rentas cedidas y recursos propios. El departamento gira estos recursos a la cuenta maestra municipal de Régimen Subsidiado del Fondo Local de Salud.

Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA)

Solidaridad del Régimen Contributivo: corresponde hasta el 1.5 puntos de los 12,5 puntos de aportes que hacen los afiliados al Régimen Contributivo.

Aporte de cajas de compensación familiar (CCF): este aporte lo recauda las CCF y lo administran directamente cuando participan como EPS del Régimen Subsidiado. En ese caso el ministerio informa al municipio, que los ejecuta sin situación de fondos en su presupuesto y contabilidad. Cuando las CCF no administran el Régimen Subsidiado, gira este aporte al FOSYGA.

Presupuesto nacional, IVA y otros: esta financiación la gira el Ministerio de Hacienda al Ministerio de Salud, y este lo gira directamente a las EPS.

- **Otras acciones de régimen subsidiado que se financian con las mismas fuentes**

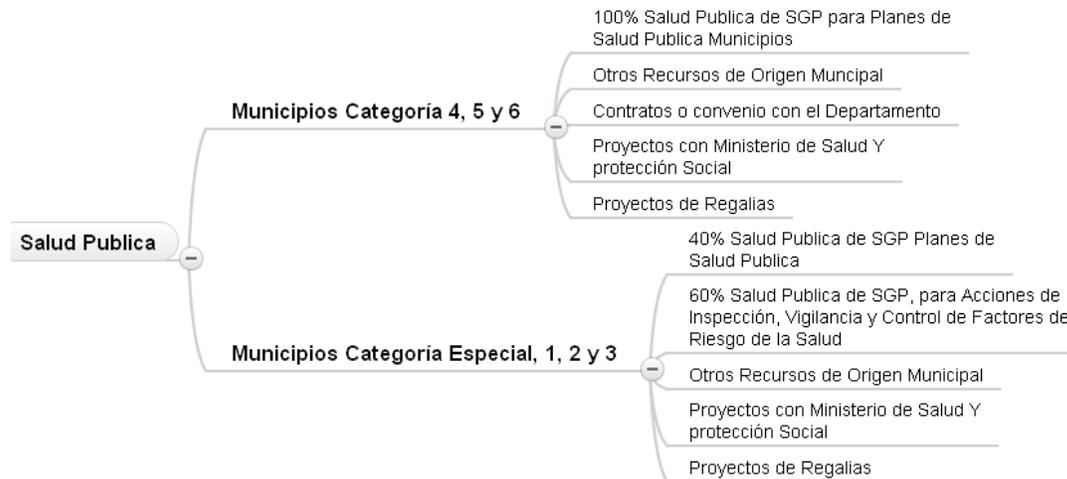
Las otras actividades de las que se financia el Régimen Subsidiado es de la Interventoría del Régimen Subsidiado (contratada por el municipio y pagada desde el Fondo local de salud) y la tasa de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud (pagado por el Ministerio de Salud de los recursos que recauda). Estas actividades, que corresponde casa una al 0,4% del valor total del Régimen Subsidiado en el municipio, se financia directamente con los mismos recursos del Régimen Subsidiado.

El Ministerio de Salud y Protección Social, luego de un proceso de validación mensual de afiliados a cada EPS en el municipio, recauda los recursos, hace una liquidación y reporta las novedades para que el municipio las valide. Luego de ello, procede a girar directamente a las EPS a nombre de los municipios. Los municipios ejecutan estos pagos en su presupuesto sin situación de fondos.

En cuanto a los recursos de fuentes municipales (impuestos locales), el municipio, de acuerdo a la liquidación mensual del ministerio en la cual consta la fuente de los recursos, procede a girar a las EPS su parte correspondiente.

Gráfica No. 9. Financiación de la Salud Pública

Recursos de la salud pública en los municipios (9 pág. Art 52).



Fuente: Elaboración de los autores

Para la salud pública, de acuerdo con la categoría de los municipios, se distribuyen los recursos de Sistema General de Participaciones para salud pública. En las categorías 4, 5 y 6 se utiliza el 100% de los recursos para los planes municipales de salud pública, en los de categoría especial 1, 2 y 3 se distribuye un 60% para los planes municipales de salud y 40% para las acciones de vigilancia y control. Igualmente, para financiar estas actividades, pueden concurrir otras fuentes municipales, convenios y contratos con el departamento y proyectos fomentados con diversas fuentes ya sean del Ministerio de Salud y/o regalías.

Recursos de la atención primaria y salud pública

Según la ley 1438 de 2011, la inversión de los recursos de salud pública se usaran para financiar el Plan Decenal de Salud Pública y como las acciones de atención primaria que se desarrollen en el municipio.

Ley 1438 de 2011, respecto a los recursos de la salud pública del SGP indica que: “Artículo 10. Uso de los recursos de promoción y prevención. El Gobierno Nacional será el responsable de la política de salud pública y de garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud.

El Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

Parágrafo. Lo anterior no excluye la corresponsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, soportadas por el perfil epidemiológico y desviación del costo”.

Financiación de las acciones de primera infancia (21)

Los Recursos del Sistema General de Participaciones, por crecimiento mayor de la economía (>4%), como lo estableció el acto legislativo 04 de 2007; serán recursos destinados a la primera infancia y se distribuyen entre los municipios de acuerdo con su población de 0 a 6 años certificada por el DANE y el las Necesidades Básicas Insatisfechas -NBI.

Sus posibles inversiones para el 2012 (22) son:

Tabla No. 22. Destinación de líneas y rangos de inversión de acuerdo con los recursos asignados

**Destinación Líneas y rangos de inversión de acuerdo con los recursos asignados
Aprobados por el Consejo Nacional de Política Social.**

LÍNEA DE INVERSIÓN EN ORDEN DE PRIORIDAD*	RANGO DE RECURSOS					
	Menor de \$10 millones	Entre \$10.000.001 y \$50 millones	Entre \$50.000.001 y \$100 millones	Entre \$100.000.001 y \$300 millones	Entre \$300.000.001y \$500 millones	Mayor \$500 millones
1. INFRAESTRUCTURA						
1.1. Nuevo/ ampliaciones			X	X	X	X
1.2. Adecuaciones			X	X	X	X
1.3. Terminación obras inconclusas con viabilidad técnica y operativa.			X	X	X	X
2. FORMACIÓN TALENTO HUMANO						
2.1 Formación de agentes educativos		X	X	X	X	X
3. DOTACIÓN						
3.1 Dotación Cadenas de Frio	X	X	X	X	X	X
3.2 Dotación Mobiliario bibliotecas	X	X	X	X	X	X

Fuente: CONPES Social 146 de 2012

5.3 RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Gráfica No. 10. Recursos para prestación de servicios de salud



A medida que avanza el proceso de aseguramiento de la población del Régimen Subsidiado y Contributivo, estos recursos municipales provenientes de Sistema General de Participaciones tienden a disminuir. En la actualidad corresponde a 24.47% de los recursos de salud; sin embargo, en la Ley 1438 de 2011 se estipula que los recursos del subsidio a la

demanda Régimen Subsidiado crecerán del 65.53% al 80% en el año 2015. En forma inversa, la financiación de servicios de salud a la población no afiliada y los servicios no POS pasarán del 24.47% al 10% en el mismo año.

Igualmente, como se ve en el cuadro de distribución de recursos de SGP, este recurso igualmente financia al Fondo de Salvamento y Garantía para el Sector Salud (FONSAET) (19). De los recursos adicionales, los municipios certificados reciben un 45% de los destinados a la atención de personas no afiliadas que tiende a cero (0) y solo el 10% de los recursos asignados a atención de población en los servicios no POS.

Los municipios no certificados en salud no reciben estos recursos provenientes del SGP, de manera que los administra el departamento.

Sin embargo, esta distribución será revaluada en desarrollo de la Ley 1438 de 2011, ya que el porcentaje mínimo (10%) que se destinará a este fin será para un objetivo diferente, considerando que el país tendrá una cobertura universal. Según el artículo 44, este 10% “se destinará a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o subsidios a la demanda, de acuerdo con los planes financieros y de transformación de recursos que presenten las entidades territoriales, los cuales deberán ser avalados de manera conjunta por los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público”.

Para el efecto de los recursos de SGP para la Empresa Social del Estado, deberá considerarse lo siguiente:

- Los recursos del Sistema General de Participaciones, entre otros, no pueden transferirse directamente a las IPS públicas. Todo pago debe realizarse sobre servicios efectivamente prestados, soportados en la compra de los mismos de acuerdo con los respectivos contratos, conforme al artículo 157 de la Ley 1450 de 2011. La transferencia de recursos no constituye una modalidad de pago. Solo podrán transferirse recursos cuando procuren garantizar los servicios básicos por entidades públicas en las que las condiciones del mercado sean monopólicas y las entidades prestadoras no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, según las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.
- La aplicación de los recursos de este componente del SGP para salud, incluyendo aquellos del pago directo de los aportes patronales, hacen parte del pago por la prestación de los servicios contratados.

- En atención al artículo 31 de la Ley 1122 de 2007, en ningún caso se podrán prestar servicios asistenciales en salud directamente por parte de los entes territoriales.

5.4 RECURSOS DEL FONDO DE SALVAMENTO Y GARANTÍA PARA EL SECTOR SALUD

Fondo financiado con el 10% de los recursos del SGP (sector salud), oferta de servicios y excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010, reglamentado por el Decreto 4690 de 2011 “Por el cual se determinan los términos y condiciones para la administración del Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud (FONSAET).

5.5 OTRAS FUENTES PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO

Siempre que se plantea hacer alguna acción en el estado local surge un importante obstáculo: los recursos disponibles en el sistema general de participación, recursos propios, rentas cedidas, recursos de juegos de suerte y azar son limitados ante las necesidades de las comunidades, por ello es muy importante que las autoridades de salud conozcan otras fuentes de recursos y la forma de acceder a los mismos.

- **Banco de proyectos municipal**

Este banco de proyectos es el más importante para el municipio, ya que plantea proyectos utilizando una metodología BPIN o MGA-SGR. Orienta a quienes identifican una necesidad y una posible solución, claro está, siempre que se cumpla con los requisitos necesarios. Además, será importante este paso para tener proyectos elaborados y listos para ser presentados a entidades que puedan aportar otras fuentes de financiación fuera del municipio. En ocasiones, estos proyectos requieren pequeños ajustes dependiendo de la fuente que se esté solicitando. Si el proyecto está bien elaborado y revisado en el Banco de Proyecto Municipal serán cambios fáciles y oportunos.

- **Banco de programas y proyectos de inversión nacional Departamento de planeación nacional¹¹**

El Banco de Programas y Proyectos de Inversión Nacional (BPIN) hace parte integral y fundamental de la Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas (DIFP).

¹¹Este apartado es tomado en su totalidad de <http://www.dnp.gov.co/Poi%C3%ADticasdeEstado/BancodeProgramasyProyectosdeInversi%C3%B3nNal.aspx>

Con la nueva estructuración se muestra la relación directa que tiene el BPIN con los temas de formulación, programación, ejecución y seguimiento del presupuesto de inversión y los demás temas de la DIFP. Por esto se compiló bajo la misma sección toda la información vigente a nivel legal, procedimental y metodológico en cuanto a ayudas y capacitación del banco de proyectos.

Las inversiones y finanzas públicas deben garantizar el cumplimiento de las políticas y metas de inversión contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo, en el Plan Plurianual de Inversiones y en el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

La inversión pública contempla los recursos destinados a los proyectos de inversión contenidos en el Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) que se incluyen en la Ley Anual del Presupuesto de las entidades descentralizadas del orden nacional y los recursos de regalías. Para una adecuada programación y ejecución de la inversión pública se debe contar con instrumentos que involucren en su totalidad el ciclo presupuestal de los proyectos de inversión desde la formulación hasta la evaluación ex-post. Para ello, la Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas cuenta con el Banco de Programas y Proyectos de Inversión (BPIN), orientado a consolidar una cultura nacional de proyectos. Es la instancia que liga la planeación, la programación y el seguimiento de programas y proyectos de inversión pública por medio de sus componentes y funciones. Está conformado por los componentes legal e institucional, educación, capacitación, asistencia técnica, metodologías, sistemas de información y herramientas computacionales. Estos componentes son coordinados por la Subdirección de Proyectos e Información para la Inversión Pública (SPIIP).

5.6 SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS (SGR) Y PROYECTOS DE INVERSIÓN

El marco legal de la nueva ley de regalías, esta soportada en el Acto Legislativo 005 del 18 de julio de 2011 - “Por el cual se constituye el Sistema General de regalías, se modifican los artículos 360 y 361 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones sobre el Régimen de Regalías y Compensaciones”.

Está regulada por la Ley 1530 del 17 de mayo de 2012 – “Por la cual se regula la organización y el funcionamiento del sistema general de regalías”.

Ley que luego a través del Decreto 1075 del 22 de mayo de 2012 – “Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Órganos Colegiados de Administración y Decisión OCAD, y las secretarías técnicas, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Ley N° 1530 de 2012”.

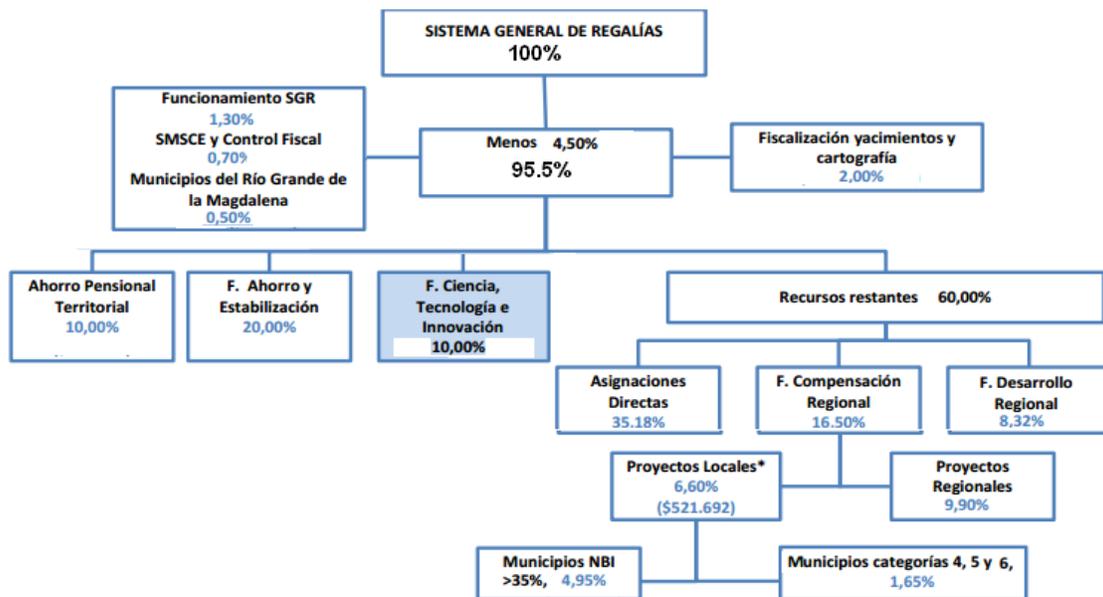
• Resolución 0252 del 22 de febrero de 2012 – “Por la cual **se establece la metodología para la formulación de los proyectos de inversión susceptibles de financiamiento** con cargo a los recursos del Sistema General de Regalías”

En que se pueden invertir los recursos del Sistema General de Regalías:

Los recursos del sistema son de libre inversión

- La inversión se define en los Órganos Colegiados de Administración y Decisión - OCAD
- El SGR podrá financiar estudios y diseños
- Principalmente se financiarán proyectos de impacto regional (más de un departamento o municipio)
- Las regiones se conforman de manera dinámica según las necesidades y los proyectos
- El SGR tiene su propio presupuesto
- El presupuesto será bienal y lo aprobará el Congreso de la República y será construido con base en la planeación regional
- El SGR tiene su propio Banco de Proyectos.
- Los OCAD definen en cabeza de quién queda el proyecto (el ejecutor)

Gráfica No. 11. Distribución de los recursos del Sistema General de Regalías



Fuente: (23)

Dentro de esta distribución es importante identificación **la asignación directa** que el sistema hace en algunos municipios, dirigida a los municipios con una NBI superior al 35% y municipios de categoría 4, 5 y 6; entre estas dos asignaciones se distribuye un 6,6%, que equivale para el año 2012 aprox. \$ 521.000 millones; estos recursos según el “Art. 40.

Financiación o cofinanciación de proyectos de inversión para el desarrollo social, económico y ambiental de las entidades territoriales, sujetándose al régimen de competencias vigentes;

- No se financiarán gastos de funcionamiento, ni programas de reestructuración de pasivos o de saneamiento fiscal y financiero” (24)

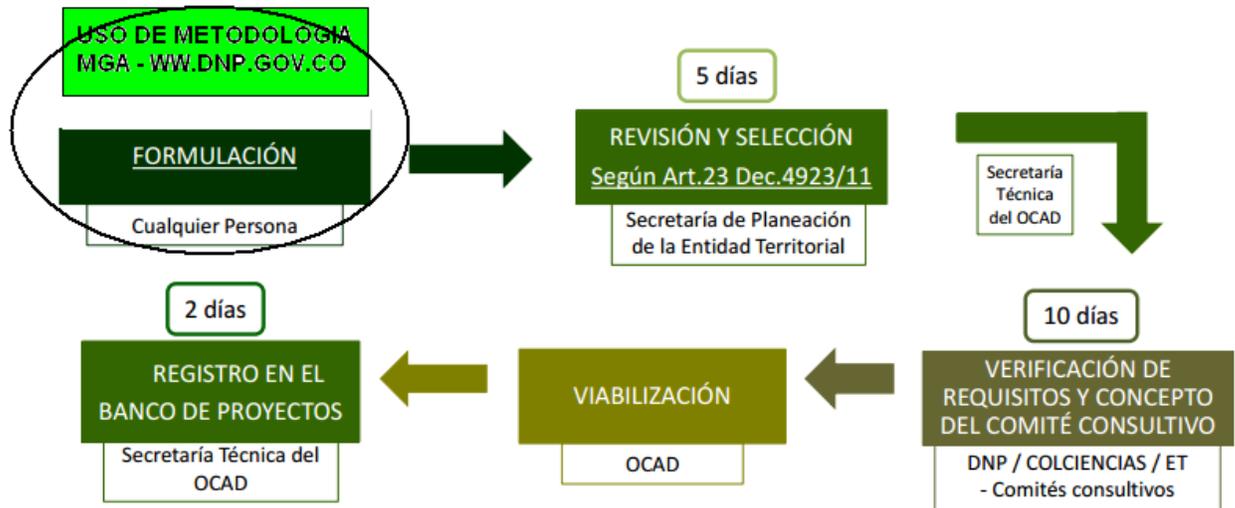
Fondo de Desarrollo Regional, de acuerdo al Art. 33. Mejorar la competitividad de la economía, así como promover el desarrollo social, económico, institucional y ambiental de las entidades territoriales, mediante la financiación de proyectos de inversión, de impacto regional acordados entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales en el marco de los esquemas de asociación que se creen” dentro de este fondo salud puede desarrollar proyectos tan importantes para el desarrollo y fortalecimiento de servicios de salud, como son las Redes Integrales de Servicios de Salud, incluidas en la ley 1438 de 2011, aún en proceso de reglamentación. Estas redes trascienden los municipios e impactan las regiones.

De igual forma, algunos el manejo de control de vectores y otros factores determinantes de la Salud, también se puede hacer mediante proyectos de interés e impacto regional.

Fondo de Compensación Regional: en el “Art. 34. Financiar los proyectos de impacto regional o local (10% para municipios de 4ª, 5ª, y 6ª categoría) de las entidades más pobres de país, acordados entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales, de acuerdo con los criterios señalados en el inciso noveno del art. 361 de la Constitución” esta es la respuesta a los problemas de desarrollo locales, enunciados cuando se habló de que los pequeños municipios de categorías 4, 5 y 6, mantienen un atraso en su desarrollo social y económico, con este fondo se pretende darle un empujón positivo a transformar esta situación, en ello los municipios tendrán un importante papel para aprovechar esta oportunidad y plantear proyectos innovadores y de impacto sobre las condiciones de vida de sus comunidades.

Ciclo de los proyectos de inversión pública

Gráfica No. 12. ciclo de proyecto de inversión pública con sistema general de regalías - SGR.



(23)

Los municipios deben, de acuerdo a su Plan de Desarrollo, Plan Departamental de Desarrollo y plan Nacional de Desarrollo, plantear soluciones a la problemática identificada en el municipio, utilizando el software de la metodología MGA-SGR (25) que puede obtener en la página web de Planeación Nacional www.dnp.gov.co; y elaborar los proyectos.

Estos proyectos, deberán ser aceptados por el municipio y aprobado previamente por la secretaria de Planeación territorial (Departamental o Municipal dependiendo del OCAD donde se presentara), y luego ser presentado por el alcalde a la Secretaría Técnica de los Órgano Colegiado de Administración y Decisión (OCAD) donde se verificara el cumplimiento de requisitos; con esta validación continúa su proceso de transferencia al banco de proyecto y asignación de código BPIN para proceder a su validación y viabilidad por la OCAD, donde además de ser aceptado y priorizado será aprobada su inversión y responsable de su ejecución.

Para la presentación de proyectos a otras instancias, los proyectos elaborados con la metodología MGA servirán para ser inscritos en el Banco de Proyectos municipal, departamental y nacional para concursar de acuerdo con línea de inversión en cualquier nivel del Gobierno.



CONVENIO COOPERACIÓN

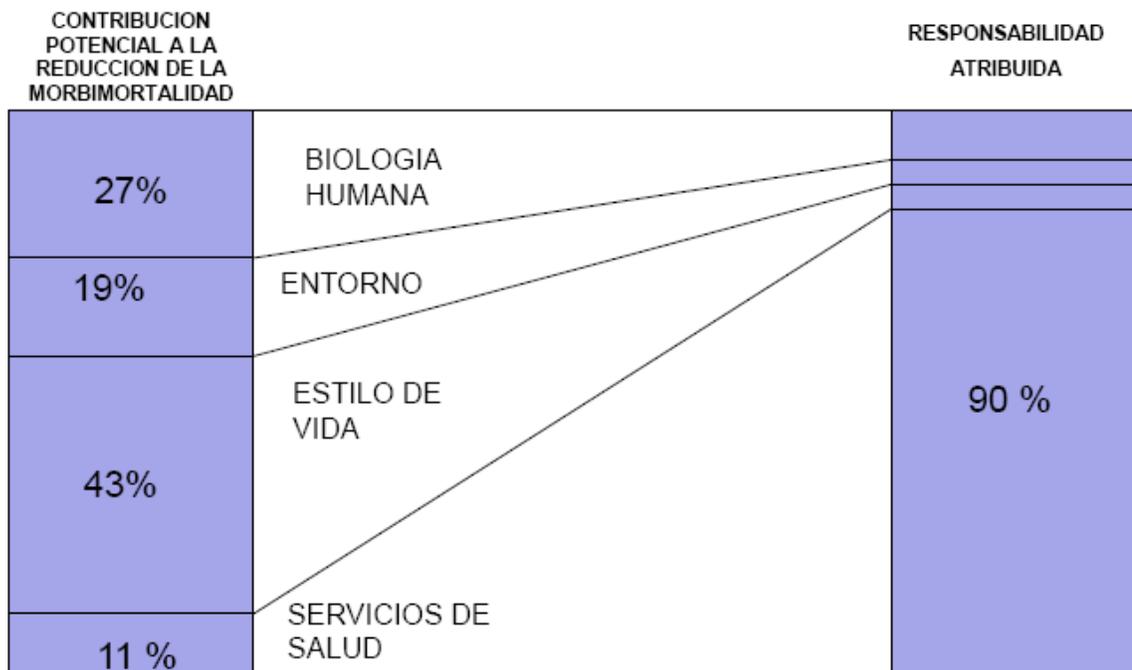
TÉCNICA No.485/10

En algunos casos es posible presentar proyectos a otros organismos nacionales e internacionales.

6. INTEGRACIÓN Y ARTICULACIÓN DE OTROS SECTORES A LOS LOGROS DE SALUD Y BIENESTAR DE LAS COMUNIDADES

Es reconocido que son múltiples los factores determinantes de los resultados de salud de una comunidad, tal como se aprecia en el siguiente gráfico.

Gráfica No. 13. Determinantes de Salud e inversión (26) citado por Viceministra de Salud (16)



En este diagrama el estilo de vida ocupa el 43% de los determinantes en salud. Como diría el Dr. Elliot Joslin ¹² “los genes cargan el arma, el estilo de vida tira del gatillo”. Entre ellos se podría nombrar los “hábitos dietéticos, ejercicio físico/sedentarismo, abuso de sustancias (alcohol, tabaco o drogas), conductas violentas, conductas sexuales irresponsables, actividades de riesgo, abuso de medicinas, etc.

¹² Elliott Proctor Joslin (1869-1962); primer gran investigador de Diabetes y su tratamiento con ayuno y ejercicio.

El 19% se le atribuye al medio ambiente. Los elementos determinantes son el agua y alimentos, contaminación del aire, transportes, etc. También incide el microambiente como el barrio, casa, escuela, trabajo, entre otros, y la situación social: pobreza, desempleo, ignorancia, grado de desarrollo, nivel cultural, etc.

Un 27% a la herencia, manifestado en la fortaleza general, resistencia a la enfermedad, susceptibilidad a la enfermedad y enfermedades genéticas. El 11% corresponde a los servicios sanitarios. Sin embargo, al momento de invertir en salud, según Lalonde (27), la lógica es otra. Y se invierte el 90% en los servicios de salud, y los otros factores la inversión es mínima.

Incidir en los factores determinantes

Por lo anterior, señor alcalde, con la planeación y desarrollo del sector salud en su municipio escasamente se inicia la tarea de mejorar la salud de su comunidad. Por tanto, para ser exitoso se requiere de la interacción aplicada de otros sectores de la vida municipal.

Aceptando que la salud es el resultado de la conjugación de múltiples factores determinantes, es preciso listar algunos de los que deben ser objeto de la gestión municipal, produciendo al final mejores resultados en la salud local.

Factores determinantes de la salud:

«Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones»

Desde el plan de desarrollo se debe tener presente la interacción de factores que inciden en las condiciones de salud y la manera en que la administración puede ayudar a mitigarlos o fortalecerlos (factores protectores). Entre los factores considerados en el diagnóstico (el Sisbén es nuevamente una excelente fuente) y desarrollo de la gestión local de la salud tenemos:

Empleo y oferta laboral: la mejor garantía para mejorar la calidad de vida de una comunidad es el acceso a un empleo de calidad. Por ello, una política que promueva el empleo formal con afiliación a la seguridad social, garantiza desarrollo y grandes avances en la salud.

Escolarización y alimentación escolar: estrategia del sector educativo que favorece la lucha contra la desnutrición y produce rendimiento escolar. Esta es financiada por el Sistema General de Participaciones que recibe el municipio y la cofinanciación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Desarrollo y fortalecimiento de hogares comunitarios y hogares infantiles: esta estrategia nacional del ICBF es vital para la protección de la infancia en el municipio, en especial dentro de la población vulnerable. Por ello, el municipio debería integrarlos, mantenerlos y fortalecerlos en su gestión.

Acceso escolar: la cobertura de educación básica primaria y secundaria para los niños que tienen edad escolar es un buen indicador del desarrollo local. Se debe identificar la baja cobertura zonal y ayudar a desarrollar planes de mejoramiento que promuevan a los ciudadanos mayores oportunidades y mejor salud.

Agua potable: el acceso al agua a través de acueductos y otros medios (pozos, carros tanque, quebradas etc.) se debe complementar con la calidad del agua. Por ello, todos los planes que busquen aumentar la cobertura con agua potable para la población tendrán un impacto positivo sobre la salud, en especial se evitarán enfermedades infecciosas, parasitismos y mala nutrición.

Manejo de basuras y residuos sólidos: la disposición de basuras incide en la existencia de vectores como roedores, insectos y un entorno malsano, por ello las políticas de recolección de basuras son de vital importancia.

Calidad de la vivienda: es aceptado que el nicho primario de las personas y familias es la vivienda, por ello se deben identificar factores de riesgo en el piso, pared, cocina, servicio sanitario, hacinamiento, entre otros. Se deben intervenir los problemas y es totalmente complementario a las acciones en salud pública.

Planeación, prevención, mitigación y atención de desastres: el país, desde la tragedia de Armero en el año de 1985, ha avanzado en la planeación y gestión de las emergencias y desastres. En este proceso tuvo gran importancia la pasada ola invernal. Para su incorporación y gestión debe remitirse a la “Guía municipal para la gestión del riesgo” del proyecto de asistencia técnica en gestión de riesgo a nivel municipal y departamental en Colombia (28). Esta guía logra articular el diagnóstico, planeación, mitigación y atención de desastres.

La administración municipal es la única instancia que tiene la capacidad de lograr una visión articuladora de los diversos factores determinantes de salud, para incidir sobre la calidad de vida y la salud de sus comunidades.



CONVENIO COOPERACIÓN
TÉCNICA No.485/10

7. PROCESO DE EMPALME DE LA ADMINISTRACIÓN SALIENTE A LA ADMINISTRACIÓN ENTRANTE

Antes del inicio del gobierno se recibió el informe de empalme de la administración anterior como un elemento para el comienzo del nuevo gobierno y los procesos de planeación. El proceso de empalme de una administración que termina con la que inicia labores, según el artículo 112 de la Ley 1151 de 2007 “Información para la formulación de los planes de desarrollo de las entidades territoriales y para la preparación de informes de gestión. Los alcaldes y gobernadores, antes del 15 de diciembre del último año de su respectivo período de gobierno, entregarán a los nuevos mandatarios la información necesaria para efectos de la formulación del nuevo Plan de Desarrollo y la presentación de los informes que requieran las entidades competentes”.

Este proceso de empalme es la culminación de una buena administración. Se documenta con soportes la gestión realizada (se compilan los informes de gestión de las diferentes dependencias) y las situaciones que pueden generar dificultades o interpretaciones equivocadas a la nueva administración. Igualmente, se deben documentar y recomendar asuntos que deben ser priorizados por la nueva administración. En conclusión, es una visión de la situación del municipio, la prevención de problemas futuros y la orientación sobre asuntos que requieren acciones de la nueva administración.

7.1 ELEMENTOS A TENER EN CUENTA

- **Planeación del empalme**

El alcalde saliente debe proponer al consejo de gobierno un cronograma de empalme en el que se determine el tiempo y reuniones que realizarán los responsables del gobierno saliente y las personas asignadas por el alcalde electo de acuerdo con los diferentes sectores de la administración municipal. Estas actividades deben ejecutarse en el mes de diciembre. Este cronograma después debe ser informado a la administración entrante.

- **Preparación del empalme**

El alcalde, por un acto administrativo, preferiblemente decreto (29 pág. 32) debe nombrar la comisión de empalme y preparar el acta de informe de gestión del municipio, nombrar al coordinador de la administración municipal para realizar el empalme con la administración entrante, a los responsables de elaborar el informe de empalme en cada sector, establecer

las fechas de presentación del borrador al Consejo de Gobierno y los documentos que serán los soportes a entregar.

- **Relación entre el informe de empalme y el informe de gestión (ley 951 de 2005)**

Se recomienda que el informe de empalme sea lo más completo posible y mantenga la estructura de la mencionada ley. Esto facilita a los funcionarios (secretarios de despacho, directores de organismos descentralizados y gerentes) presentar su informe de gestión. El informe de gestión puede ser el informe de empalme junto con explicaciones o situaciones que surgieron en el proceso. Esto debe estar listo 15 días hábiles después de terminar el ejercicio de su puesto. Sin embargo, los informes para el empalme buscan identificar la situación actual del municipio en sus diversos frentes. Las actas del informe de gestión que se deben entregar a los funcionarios en cumplimiento de la Ley 951 de 2005 incluyen la gestión realizada por el funcionario durante el ejercicio del cargo.

- **Cronograma general de informes al final de la administración municipal**

Inicio de la preparación del informe para el empalme: primeros días del mes de noviembre.

Presentación de informes al Consejo de Gobierno: últimos días del mes de noviembre.

Empalme entre administraciones: finales de noviembre y primera quincena de diciembre.

Nota: de las reuniones de empalme deben quedar actas con la asistencia, temas tratados, presentaciones y documentos de soporte entregado.

Acta de informe de gestión: 15 días hábiles luego de entregar la administración municipal.

Tiempo para revisar el informe y solicitar aclaraciones: 30 días posteriores a la fecha de la firma del acta.

Tiempo para aclarar y ampliar el informe de gestión por el ex alcalde y su equipo de gobierno: 30 días posteriores a las observaciones o de una solicitud de aclaraciones para presentar explicaciones. Si las explicaciones del Alcalde saliente no son satisfactorias, el alcalde en ejercicio debe compulsar copias a los organismos de control para que inicien los procesos de investigación a que haya lugar.

Levantamiento de actas: de estas reuniones se deben levantar actas que incluyan asistentes, temas tratados, informes escritos y soportes entregados por la administración saliente.

- **Informe de gestión para el empalme**

Acta informe de gestión (29)

DATOS GENERALES

Nombre:

Cargo:

Municipio:

Fecha:

Fecha inicio de gestión:

Fecha terminación de gestión:

Condición de presentación: Retiro ____ Separación del cargo ____ Ratificación ____

Informe resumido de la gestión

Informe narrado de máximo dos hojas en la que se indique la gestión adelantada, los logros, programas, proyectos, actividades y los resultados obtenidos.

7.2 SITUACIÓN DE LOS RECURSOS (29)

- Recursos financieros: situación de los recursos en cada periodo fiscal.
- Bienes muebles e inmuebles: corresponde a la propiedad planta y equipos registrado en las cuentas contables.
- Planta de personal: número de cargos de planta, cargos provisionales y vacantes.
- Programas, estudios y proyectos: denominación, descripción, estado (ejecutado o en ejecución) y costo.
- Ejecución presupuestal: por cada vigencia fiscal, valor presupuestado, recaudado o ejecutado y el porcentaje de ejecución. Del sector salud se deben presentar las cuentas maestras de Fondo Local de Salud.
- Contratación: relación de los contratos ejecutados o en ejecución, modalidad de contrato, objeto contractual, contratos ejecutados, contrato en ejecución (porcentaje) y valor total del contrato.
- Observaciones, en especial cuando hay dificultades en su ejecución. Contratos pendientes de liquidación, cuentas por pagar referidos a los contratos.
- Reglamentos y manuales: Relación de reglamento interno, manuales de funciones y procedimientos vigentes.
- Concepto general: concepto sobre la situación financiera y administrativa de cada dependencia, desde el inicio hasta el final de la gestión.
- Firma.

7.3 DOCUMENTOS, SOPORTES Y COMPLEMENTARIOS PARA EL SECTOR SALUD

-Evaluación del plan de desarrollo: incluye además de los indicadores y otros resultados, la inversión realizada, el comentario sobre los resultados y dificultades en su ejecución y las recomendaciones.

-Situación de afiliación a la seguridad social: además de las cifras de afiliados a cada régimen, es importante contar con los comentarios acerca del proceso y las tareas pendientes en este aspecto, como el potencialidad de afiliación a cada régimen, dificultades para la afiliación, etc.

-Corte de cuentas del Fondo Local de Salud: se debe observar el subsidio de demanda del Régimen Subsidiado, salud pública, el subsidio de oferta y funcionamiento, la relación de cuentas por pagar y los contratos en ejecución frente a lo pagado y aquello por pagar.

-Administración y responsable de claves: entregar el listado de sitios o páginas web interactivas con las cuales la Secretaría de Salud realiza procesos de información. Igualmente, el nombre de funcionarios responsables, usuarios y claves de acceso.

Nota: para conservar la seguridad, los usuarios y claves de acceso deben estar adjuntos en un sobre sellado, con la indicación de cómo cambiar la clave.

-Listado de funcionarios de planta: listado de cargos, tipo de cargo (libre remoción, de carrera, provisionales, etc.), nombre de los funcionarios, profesión y observaciones.

-Listado de cargos: funcionarios o contratistas vinculados por contrato a término definido, con sus nombres, profesiones, funciones, pago mensual y fecha de terminación.

-Amparo de pólizas en proceso relacionadas con salud: si la Secretaría de Salud tiene tesorero u otro que administre bienes sometidos a pólizas de manejo, en el informe debe detallarse la compañía de seguros, fecha de vencimiento, cargo, nombre del funcionario(s) amparado, teléfono y contacto en la compañía de seguros.

-Procesos en contra en la jurisdicción de lo contencioso administrativo: relacionar los procesos de este tipo. Identificar el tipo de procesos, su estado, etapa y profesional del derecho que lleva la defensa. Igualmente, conocer los antecedentes de cada caso.

-Estado de reporte de información a los organismos de control: haga un listado de los reportes que entrega la Secretaría de Salud y las fechas de corte. Igualmente, anote las fechas del último reporte entregado (incluya siempre copia de los reportes).

CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

-Informe del resumen de la interventoría a las empresas promotoras de salud que operan en el municipio: este informe es elaborado por una empresa interventora del Régimen Subsidiado que es contratada por el municipio. Debe detallarse la evolución de los servicios en los dos últimos años como mínimo, de tal forma que la administración entrante tenga los elementos necesarios para continuar el proceso con las EPS.

-Informe de organizaciones de participación social: hacer un listado de las organizaciones sociales con las cuales la salud tiene relación, identificando su nombre, tipo de organización, persona de contacto, teléfono, dirección.

-Informe de juntas e instancias de coordinación o trabajo local en salud.

-Comité técnico del Sisbén: listara sus miembros y especificar la regularidad de reuniones. Incluir las últimas actas o referencia sobre su localización.

-Liga de usuarios.

-Veedores en salud.

-Informe de la Empresa Social del Estado: con el apoyo de la gerencia y compañía de la junta directiva elabore el estado actual de la Empresa Social del Estado Local, considerando: Miembros y operación de la junta directiva.

Sede central, centros y puesto de salud.

Capacidad instalada de la ESE.

Producción los últimos 4 años de la ESE.

Ejecución presupuestal.

Pérdidas y ganancias.

Cuentas por cobrar y cuentas por pagar, discriminado en insumos, medicamentos y nómina.

¡ALERTA! El Alcalde y los funcionarios que están entregando el gobierno municipal deben dejar copia de los informes entregados y sus soportes.

8. ELABORACIÓN DEL PLAN DE GOBIERNO

Señor candidato, usted ha tomado una decisión fundamental en su vida profesional, con la que puede transformar la vida de los habitantes de su municipio. Esto será posible a través del ejercicio honesto, inteligente y decidido del gobierno del estado local. Usted ha decidido presentarse ante las comunidades como aspirante a ser su alcalde municipal, por ello es necesario que reflexione sobre el papel que cumplirá en caso de ser elegido.

El programa de gobierno es la primera acción y raíz de la planeación de un gobierno municipal, por ello su elaboración debe partir del conocimiento del municipio y de propuestas que atiendan a las necesidades y prioridades de las comunidades. Debe elaborar la visión, metas y acciones necesarias para que el municipio avance y progrese.

8.1 PRINCIPIOS DE PLANEACIÓN (5)

EFICACIA: la misión, propósito y metas deben ser claros. Deben proponer rigurosos sistemas de control de resultados y evaluación de programas y proyectos para los que se asocian.

EFICIENCIA Y BUEN GOBIERNO: los municipios deberán optimizar el uso de los recursos financieros, humanos y técnicos, y asimismo deberán definir una organización administrativa racional que les permita aprovechar las ventajas comparativas que ofrezcan otras entidades u organizaciones de carácter público o privado.

PUBLICIDAD Y TRANSPARENCIA: los actos de la administración municipal son públicos y es obligación facilitar su conocimiento y fiscalización.

MORALIDAD: las actuaciones deberán regirse por la ley y la ética.

RESPONSABILIDAD: sus actuaciones no podrán conducir a la desviación o abuso de poder y se ejercerán para los fines previstos en la Ley.

IMPARCIALIDAD: las actuaciones buscan asegurar y garantizar los derechos de todas las personas sin ningún género de discriminación.

SOSTENIBILIDAD: el municipio, u otros mecanismos asociativos, en concurso con la nación y el departamento, buscarán las adecuadas condiciones de vida de su población, el acceso equitativo de los habitantes de su territorio a las oportunidades y beneficios de desarrollo. Se busca reducir los desequilibrios, hacer énfasis en lo rural y promover la conservación de la biodiversidad y los servicios ecosistémicos.

REFLEXIÓN

Prospectiva. El ordenamiento territorial está orientado por una visión compartida de país a largo plazo, con propósitos estratégicos que guíen el tipo de organización territorial requerida.

Paz y convivencia. El ordenamiento territorial promoverá y reconocerá los esfuerzos de convivencia pacífica en el territorio e impulsará políticas y programas de desarrollo para la construcción de la paz, el fortalecimiento del tejido social y la legitimidad del Estado.

Regionalización. Busca promover el establecimiento de Regiones de Planeación y Gestión, regiones administrativas y de planificación, y la proyección de regiones territoriales. Se busca establecer, marcos de relaciones geográficas, económicas, culturales y funcionales, a partir de ecosistemas bióticos y biofísicos, de identidades culturales locales, de equipamientos e infraestructuras económicas y productivas y de relaciones entre las formas de vida rural y urbana.

Solidaridad y equidad territorial. Las entidades territoriales de mayor capacidad política, económica y fiscal apoyarán aquellas entidades de menor desarrollo relativo, en procura de elevar la calidad de vida de la población.

Los municipios colombianos son diversos en sí mismo, pero representan la integralidad del Estado, su desarrollo y la capacidad de garantizar los derechos a sus habitantes. La gestión en los municipios es un éxito o amenaza a la gobernabilidad y democracia del país, por tal razón son los pilares del Estado Social de Derecho que consagra la Constitución Nacional.

El respeto y la garantía de los derechos a toda la población permiten promover el desarrollo integral y el fortalecimiento de la democracia participativa y pluralista. Lo anterior no se puede consolidar sin medidas económicas y sociales que propicien el desarrollo y, a su vez, una estrategia de desarrollo no puede prosperar sin la legitimidad y el refuerzo que le confiere la participación democrática.



CONVENIO COOPERACIÓN
TÉCNICA No.485/10

8.2 PROGRAMA DE GOBIERNO

Es el documento en el que se plasma el compromiso que el candidato asume con sus electores.

Es necesario que elabore su programa de gobierno (30). Deberá plasmar sus ideas y las de su equipo de trabajo, sobre cómo abordar el desarrollo del municipio. Esto con el fin de consolidar sus fortalezas, aprovechar las oportunidades que se tienen, superar las debilidades y resolver los problemas de sus habitantes. Actúe siempre con conciencia, ya que debe generar gobernabilidad y felicidad entre la gente de su municipio. El éxito, le genera al gobernante el reconocimiento por parte de las comunidades.

El programa debe hacer planteamientos de líneas de trabajo globales que respondan a los problemas de las comunidades a nivel local. No es aconsejable que profundice aquí en programas y proyectos; el documento debe ser conciso, concreto, coherente con la realidad local y viable técnica y financieramente en su desarrollo. Usted debe entender muy bien cuáles compromisos está asumiendo para comunicarlos correctamente a sus electores y así lograr su respaldo. Este documento es uno de los requisitos al momento de su inscripción como candidato ante la Registradora Nacional del Estado Civil. Al ser elegido, se convertirá en la referencia del programa de desarrollo que deberá elaborar con las comunidades. Lo deberá presentar a consulta al consejo de planificación local y luego ser aprobado por el concejo municipal.

Gráfica No. 14. Proceso de formulación de programa de gobierno en cuanto a la salud.



En este apartado se brindarán herramientas para conocer la realidad en salud de su municipio y las prioridades del gobierno nacional y del país. Se harán recomendaciones para que sea elaborado de acuerdo con sus intereses y el de su equipo político. Recuerde que se

trata de propuestas de solución o fortalecimiento del sector que analizarán sus electores. Son la base del futuro plan de desarrollo y deberán ser llevadas a cabo en un eventual gobierno.

La guía desarrolla cinco elementos:

- Diagnostico general del municipio.
- Las responsabilidades generales del municipio respecto a la salud.
- Diagnóstico rápido de salud del municipio.
- Elaboración del programa de gobierno.

8.3 HACIENDO EL PROGRAMA DE GOBIERNO

En este momento, señor candidato, después de recorrer las responsabilidades del municipio en salud, de ver en líneas generales, la situación y la de algunos condicionantes importantes como el contexto socioeconómico de la población a través del Sisbén, acceso al agua potable, existencia de poblaciones especiales, situaciones de riesgo de emergencia y desastre, nivel de afiliación a la seguridad social y de analizar las líneas de acción del plan de desarrollo nacional llegó el momento de que usted, en compañía de su partido político y/o equipo de trabajo, propongan líneas de trabajo en salud y plasme las ideas, programas y proyectos que quiere impulsar como alcalde municipal, considerando sus intereses y prioridades.

Pero antes de iniciar la elaboración de sus propuestas en salud, es importante que usted, señor candidato, tenga presente su visión, principios y valores que orientarán su acción como gobernante del municipio.

8.4 PLATAFORMA IDEOLÓGICA

Visión: cómo espera que sea la salud de sus comunidades a corto plazo (1 a 2 años), a mediano (un periodo de gobierno) y largo plazo (10 años).

Valores: aquí se define el modelo de conducta y ética que se observará en el desarrollo del gobierno que aspira dirigir. Estos valores definen en ocasiones el camino y las estrategias a seguir cuando se presentan disyuntivas éticas ante las decisiones a tomar. "Son un conjunto de creencias que establecen un modelo de conducta aceptable en una sociedad; es decir, por un lado expresa las necesidades cambiantes del ser humano y, por otro, fija la significación positiva de los fenómenos naturales y sociales necesarios para la existencia y

desarrollo de la sociedad. Los valores tienen connotaciones objetivas y subjetivas son partes que constituyen la realidad social y que pueden favorecer u obstaculizar una función social. La connotación objetiva está referida a fenómenos, tendencias, concepciones y conductas que pueden ser valores o antivalores. Mientras que la connotación subjetiva de los valores se refiere a la forma como se reflejan en la conciencia, la significancia social ya sea individual o colectiva; es decir que cumplen una función como reguladores de la actividad humana” (31).

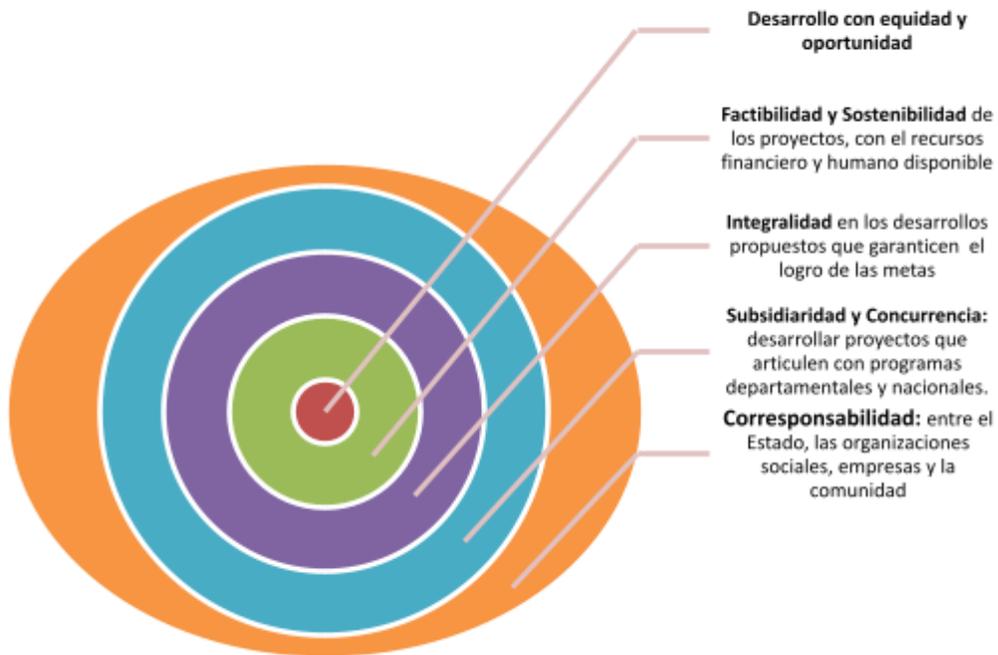
Gráfica No. 15. Valores de la administración municipal



Principio: son los elementos rectores en los cuales se va a fundamentar la administración municipal para lograr los objetivos de gobierno y que tendrá presente al plantear los programas y proyectos.

Principio de gobierno territorial

Gráfica No. 16. Principios de la Administración Municipal



Revise el diagnóstico rápido elaborado y repase las variables de observaciones y áreas de intervención (columna 8), igualmente retome la Guía No. 2 y revise la columna 12. Con estos dos formatos haga un listado de los problemas de salud que considere importantes a intervenir para buscar su solución o mitigación.

Tabla No. 23. Guía No. 4. Elaboración del programa de gobierno - Problemas y propuestas

GUÍA No. 4	
Elaboración programa de gobierno Sector salud y complementarios	
Plataforma Ideológica e identificación de áreas a intervenir	
Municipio:	Departamento:
Nombre del candidato:	
Eslogan de la campaña:	
Plataforma ideológica	

Visión: cómo imagina su municipio en el mediano y largo plazo.	
Valores de la administración municipal	
Valores	Definición
Principios	Definición
Ejes y programas bandera ¹³	
Programa de gobierno en salud	
Visión en salud: Describa, en líneas generales, lo que quisiera lograr en salud al final de su gobierno	
Dirección de la salud en el municipio	
Problema	Propuesta
ASEGURAMIENTO	
PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	
SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN SOCIAL	
PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES	
EMERGENCIAS Y DESASTRES	
Problema	Propuesta

Discuta con su equipo de trabajo los resultados de la matriz y repase si falta algún asunto de salud o factores de riesgo que considere importante en su propuesta de programa de gobierno que presentará a consideración de su comunidad. Enumere los problemas identificados de mayor a menor importancia. Elabore un pequeño esbozo del proyecto para

¹³En la elaboración del programa de gobierno es importante que defina cuál es su programas bandera.



CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

cada problema seleccionado, para ser incluido e intervenido prioritariamente en su programa de gobierno. Por último, del programa de gobierno elaborado, identifique los proyectos bandera que le servirán en el diálogo con las comunidades y serán puntales en su campaña política de elección de alcalde municipal.

Tabla No. 24. Guía No. 5 - Elaboración del programa de gobierno del sector salud y complementario.

Ejes de trabajo, proyectos y estrategias.

GUÍA No. 5			
Elaboración del programa de gobierno sector salud y complementarios			
Ejes de trabajo, proyectos y estrategias			
Municipio:		Departamento:	
Nombre del candidato:			
Eslogan de la campaña:			
EJE ESTRATÉGICO: SECTOR SEGURIDAD SOCIAL			
Área	Programa	Proyecto	Estrategia
Se refiere al sector o subsector, responsabilidad del municipio	Es una estructura para obtener objetivos más específicos que los del plan y por lo tanto tiene mayor precisión de las acciones y de los recursos para su realización. Es el segundo nivel operativo de la planeación en trabajo social. Se parte de una necesidad o problema actual que se quiere transformar.	Es el conjunto de las actividades que desarrolla una persona o una entidad para alcanzar un determinado objetivo.	Es la manera como conducirá las operaciones en general. Se relaciona con las condiciones que debe darse.
Dirección de la salud en el municipio			
Aseguramiento			

CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

Prestación de servicios de salud			
Salud pública			
Emergencia y desastres			

Partiendo de las funciones básicas del municipio en salud, dirección, aseguramiento, salud pública y prestación de servicios de salud, haga los planteamientos correspondientes, considere los programas, proyectos y las estrategias que como alcalde desarrollará.

9. LA SALUD EN EL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL

“El desarrollo de la democracia moderna está íntimamente ligado a la potenciación de los poderes locales, que deben ser escuela en el aprendizaje de las instituciones”.
Alexis de Tocqueville
La democracia en América (1835)

9.1 PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL. PDM - DEFINICIÓN Y CONTENIDO

Definición: instrumento de planificación, creado por la ley 152 de 1994, que busca organizar, regular y orientar el cumplimiento del programa de gobierno presentado por el candidato elegido como alcalde.

Orientación: Coherente con los lineamientos del departamento y la nación, además de responder al Diagnóstico municipal y los objetivos, planes y programas planteados en el Plan de Gobierno presentado por el candidato a sus electores.

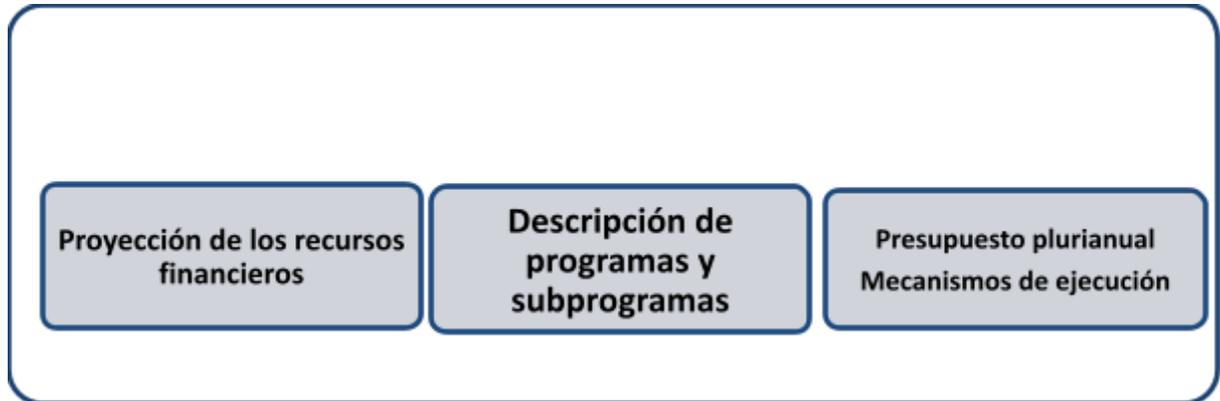
Su elaboración: SE hace con la iniciativa de la Administración Municipal, con la participación de las Comunidades a las que se convocan y consultan.

Revisado y aprobado: El plan de desarrollo formulado, es presentado al Consejo territorial de Planeación, quien debe dar su aprobación, antes de presentarse al Concejo municipal.

Aprobación: El concejo municipal es el encargado final de aprobar el Plan de Desarrollo y su plan de Inversiones.

Contenidos del PDM

- **Metas:** generales y sectoriales a mediano y largo plazo.
- **Estrategias y políticas** en materia económica, social y ambiental, mediante las cuales se lograrán los objetivos y metas.
- **Formas, medios e instrumentos** para lograr la vinculación y armonización entre la planeación nacional, departamental, otros municipios e instituciones y territorios indígenas.



Gráfica No. 17. Ciclo de plan desarrollo y del gobierno municipal



En el caso que nos ocupa, en el plan de desarrollo lo importante es el sector salud. Se espera, por su importancia, que tenga relevancia en el diagnóstico de problemas y necesidades y programas a desarrollar dentro del plan de desarrollo municipal.

9.2 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN LA ENTIDAD TERRITORIAL

Es una descripción dinámica y detallada del conjunto de:

- Situaciones problemáticas puntuales y concretas del presente.
- Los procesos de cambio ocurridos en el pasado reciente y los de vieja data.
- Los lazos que unen un problema con otro.
- Los eventos o situaciones que dieron origen a los problemas y son comunes a varios de ellos.
- Las consecuencias e implicaciones futuras derivados de las situaciones problemáticas.
- La manera como la entidad territorial se relaciona con los municipios vecinos, el departamento, con el país y con el contexto global.
- Las potencialidades y oportunidades del territorio (ventajas comparativas).

9.3 PARTIENDO DEL PROGRAMA DE GOBIERNO

Para elaborar el programa de gobierno se hizo un diagnóstico general de la situación de salud del municipio (Guía No. 1 y 2), y posteriormente se hizo el programa de gobierno con unas líneas generales de trabajo en el fortalecimiento de la salud de las comunidades locales (Guía No. 4 y 5). Ahora se hará el diagnóstico con una mayor profundidad, lo que no será difícil, ya que para ello el alcalde cuenta con todo el aparato administrativo y de planeación del municipio.

Partiendo de la Guía No. 1 y siguiendo el mismo orden, se puede trabajar y complementar el diagnóstico inicial con nueva información para profundizar en el conocimiento del municipio.

Esta guía se debe complementar con:

- Nuevas variables.
- Identificación de la población afectada por los problemas encontrados.
- Sectorizar la zona donde existe el problema o vive la población afectada.
- Medir la dimensión del problema de acuerdo con el número de habitantes no afiliados, número de niños sin cobertura de vacunación, etc.

No se parte de cero, se tiene como fuente los siguientes documentos:

- Las administraciones territoriales cuentan con diagnósticos preexistentes y un conjunto de información y datos de base secundaria.

CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

- Informe de empalme e informe de gestión recibido de la administración anterior.
- Plan de desarrollo anterior y su evaluación.
- Censo actual de la población con todas sus variables.
- Último censo 2005: allí encontrará el conteo de la población urbana, rural, centros poblados, su distribución por grupos de edad, distribución por género, conformación de los hogares, mujeres cabeza de familia, migración y motivo, asistencia escolar, grupos poblacionales por etnia, alfabetismo y analfabetismo, discapacidad, nacimientos vivos en mujeres mayores de 12 años, etc. Esta información la puede encontrar en la Secretaria de Planeación Municipal, en www.dane.gov.co o para tener mayor información se puede solicitar al DANE directamente.
- SISBEN municipal con todas sus variables y la Secretaria de Salud o Planeación Municipal.
- SIVIGILA: en este sistema se puede identificar la situación de las enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológica en los últimos años en el municipio. Secretaria de Salud Municipal, Secretaría de Salud departamental y www.ins.gov.co.
- Afilaciones a seguridad social en salud, cobertura de vacunación y otra información de interés para el municipio en salud. Lo puede encontrar en www.minsalud.gov.co, www.fosyga.gov.co o en la Secretaría de Salud municipal y departamental.
- En el hospital local puede encontrar los perfiles de morbilidad y mortalidad.
- Situación de la Empresa Social del Estado (ESE municipal) y/o <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/siho>
- Otra información de organismos nacionales y/o internacionales.

El panorama preliminar de la situación presente de la entidad territorial se contrasta, amplía y profundiza con la participación de la comunidad.

Los problemas son hechos o circunstancias que inciden negativamente en los procesos de desarrollo integral de las entidades territoriales, dificultando el logro de mayores niveles de bienestar, la efectiva garantía de los derechos humanos y el fortalecimiento de la democracia participativa y pluralista.

Hay problemas estructurales que quizá no pueden modificarse sustancialmente con las acciones que se realicen en un periodo de gobierno; no obstante, el diagnóstico debe permitir definir acciones puntuales que contribuirán a transformarlos.

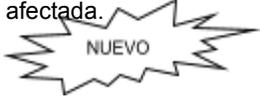
Los indicadores permiten dimensionar las magnitudes cuantitativas o cualitativas de las situaciones problemáticas y permiten estructurar la línea de base a partir de la cual se puede estimar la magnitud de los cambios significativos a los que se quiere llegar por medio de los objetivos y metas estratégicas, metas políticas y estrategias, programas, subprogramas y proyectos establecidos en el plan de desarrollo.

En la identificación de las situaciones problemáticas es NECESARIO preguntar sus causas: A menudo, las manifestaciones más evidentes de un problema representan las consecuencias de uno o varios factores que lo determinan, de manera que su solución efectiva requiere profundizar en algunos aspectos del diagnóstico.

Tabla No. 25. Guía No. 6 - Profundización del diagnóstico municipal

GUÍA No. 5 PROFUNDIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO MUNICIPAL¹⁴								
Municipio:					Departamento:			
GUÍA PARA DIAGNÓSTICO MUNICIPAL EN SALUD Y SECTORES RELACIONADOS								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sector o Subsector	Variable	Total Municipio	Total rural	Total urbano	Depto.	País	Observaciones, áreas de intervención	Cuantificación, sectorización y del problema

14

								Es la identificación de zonas o sectores del municipio afectados por el problema, igualmente cuantificar la población afectada. 
Problemas identificados con líderes o expertos								
Adicione otras variables no incluidas en el diagnóstico inicial								
Se incluye el formato de diagnóstico de esta última variable. Es muy importante registrar las apreciaciones sobre cada área que se reciben de líderes, población, el candidato o su equipo de trabajo. 								
En algunos casos, las variables solo se obtienen para el municipio, para el total del municipio o para una zona urbana o rural. Otras variables no se buscan o no aplican para el departamento y/o país.								

Esta guía es la misma Guía No. 1 con la columna 9 adicionada. Se particularizan algunas situaciones sobre poblaciones afectadas, o zonas problemáticas, etc. Por ejemplo: en la baja cobertura de agua potable se debe indicar el corregimiento y los habitantes.

Igualmente, esta guía debe ser adicionada con otras variables que cada sector considere vital para el reconocimiento del municipio.

9.4 CUANTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD¹⁵

Partiendo del diagnóstico elaborado y contrastado con la comunidad proceda a incluirlo en el siguiente formulario:

15

Columna 1. Se describen las competencias territoriales, agrupadas según las dimensiones del desarrollo.

Columna 2 y 3. En la columna 2 se consigna la descripción de cada una de las situaciones problemáticas presentes en el territorio que involucran cualquiera de las dimensiones del desarrollo. Estas se documentan con base en la información consignada en el diagnóstico. En la columna 3 se consignan, a manera de resumen, las poblaciones involucradas en cada una de las situaciones problemáticas. Cuando existen dudas sobre el carácter de los eventos o situaciones con las que se describe la situación problemática puede anotarse para buscar luego una mejor documentación e iniciar una valoración de su impacto de acuerdo con su gravedad, impacto, duración y debilidad institucional si existe. Igualmente se deben identificar los elementos que lo agravan o disminuyen.

GUÍA

Para articular la problemática, propuestas y soluciones del sector salud en el plan de desarrollo municipal, recomendamos, a partir de este punto, tomar como orientación de la Guía No. 5, de la colección *Planeación para el desarrollo integral en las entidades territoriales - El plan de desarrollo 2012-2015*, elaborada por DNP.

<http://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/OrdenamientoyDesarrolloTerritorial/DesarrolloRegional.aspx>

En la segunda parte de este capítulo, nos limitamos a hacer un listado del contenido de la mencionada guía en la formulación del Plan de Desarrollo. Para su uso adecuado es obligatorio acudir al texto completo.

Problema			Cuantificación del problema									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Componentes asociados a las competencias sectoriales	Descripción de las situaciones problemáticas	Poblaciones y actores involucrados en las situaciones problemáticas	Valoración de la situación				Balace Inicial	Factores que agravan	Valor	Factores contra-restan	Valor	Balance Total
			G. Gravedad	D. Duración	IP. Impacto	Di. Debilidad institucional	(G+D+IP+Di) 4	Elementos presentes en el territorio o fuera de él que agravan o cronifican la situación problemática	(1 a 3)	Elementos presentes en el territorio o fuera de él, que disminuyen o contrarrestan situación problemática	SI - NO (1 a 3)	Sumar columnas 8, 10 y divide sobre 12
Dirección Salud												
Prestación de Servicios de Salud												
Aseguramiento												
Salud Publica												

Luego, proceda a cuantificar los problemas así:

Valoración de la situación: Donde 1 es lo menos grave o leve, según sea el caso y 3 es lo más grave o de alto riesgo.

Columna 4. Gravedad: hace referencia al grado de afectación de los actores involucrados. Se valora de 1 a 3.

Columna 5. Duración: obedece al tiempo en que lleva presente la situación problemática o tensión. Se valora de 1 a 3.

Columna 6. Impacto: tiene relación con los efectos negativos que la tensión tiene en las demás dimensiones. Se valora de 1 a 3.

Columna 7. Debilidad institucional: hace referencia a la capacidad del Estado de dar respuesta oportuna a las situaciones problemáticas presentes en el territorio. Se valora de 1 a 3.

Balace inicial:

Columna 8. Se establece el peso total de la situación problemática de la siguiente manera: se suman los valores asignados a la gravedad, duración, el impacto y la debilidad institucional (columnas 4,5, 6 y 7) cuyos resultados se suman y se divide por 4. Se obtiene

así el valor promedio de la situación problemática en esta primera valoración o balance inicial, el cual será entre. 1 a 3.

Factores que agravan:

Columna 9. En la columna nueve se consignan aquellos factores presentes en el territorio o fuera de él que agravan o aumentan el impacto de la situación problemática en cuestión. Para una situación problemática puede haber más de un factor agravante en el que se insertarán tantas filas como sea necesario.

Columna 10. En la columna diez se asignan un valor de 1 a 3 a cada factor agravante según el grado en que contribuye a desmejorar la situación problemática.

Factores que contrarrestan

Columna 11. Identificación de factores que contrarrestan la situación problemática. En la columna once se consignan las acciones que compensan las situaciones problemáticas generadas en cualquiera de las dimensiones. Para una situación problemática puede haber más de un factor de este tipo, de manera que se inserten tantas filas como sea necesario.

Columna 12. Valoración de los factores que neutralizan la situación problemática. En la columna doce se asignan un valor de 1 a 3 a cada liberador según el grado en que contribuye a superar la situación problemática.

Balance total de la evaluación del problema

Columna 13. En la columna trece se establece el valor final de la situación problemática de la siguiente manera: al valor de la situación problemática obtenido en la columna 8 se agrega el valor de los factores que agravan (columna 10). Este total se divide por el valor de los factores que contrarrestan (columna 12). Balance total = sumar columnas 8 y 10, y dividir tomando el valor de la columna 12.

Se propone que los problemas que obtengan menos de 1 puntos en esta valoración se consideran problemas controlados, de 1.1 a 2 se toman como problemas leves, los que tengan de 2.1 a 4 puntos se consideran problemas graves, y de 4.1 a 6 son muy graves.

Instructivo para diligenciamiento del Plan de Salud y sus Competencia en el Plan de Desarrollo Municipal—.

Para los problemas de salud considerados graves o muy graves, se recomienda seguir la Guía de Referencia para el desarrollo integral en los distintos territorios. El plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 del DPM



CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

Solo resta decir, que con esta actividad se cierra el ciclo de planeación y gobierno municipal en salud, y desearle mucho éxito en su gestión que esperamos genere felicidad y bienestar en sus comunidades.



CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

ANEXO 1 GUÍA N° 1 - DIAGNÓSTICO MUNICIPAL

CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

GUIA # 1 - DIAGNOSTICO MUNICIPIO								
GUIA PARA DIAGNOSTICO MUNICIPAL EN SALUD Y SECTORES RELACIONADOS								
Sector o Subsector	INDICADORES	VALORES MUNICIPIO			DEPTO	PAIS	VARIABLE PARA INTERVENIR	Identificacion poblacion vulnerables
		URBANO	RURAL	TOTAL				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
www.minsalud.gov.co - Estadísticas – Indicadores para actores del Sistema – Información para Departamentos y								
TERRITORIAL	Extension territorial							
	Listado de corregimientos							
	Numero de veredas							
DEMOGRAFICA (Fuente: www.dane.gov.co; www.dnp.gov.co, Sec Plac neacion Municipal)	DANE)							
	% Hombres							
	% Mujeres							
	Menores 1 año							
	De 1 a 4 años							
	De 5 a 14 años							
	Mujeres 15 a 44 años							
	Hombres 15 a 44 años							
	De 45 a 59 años							
	Mayores de 60 años							
	% Nacimientos con madres menores de 14 años							
	% Nacimientos con madres de 14 años a 18 años							
	Numero de grupos familiares							
	Población Indigena							
Población Desplazada								
ECONOMICA (Fuente: Secretaria de Hacienda Municipal)	Número de establecimientos de industria comercio Registrado							
	número de personas vinculadas a esos establecimientos							
	numero de predios rurales mayores a la UAF							
	Valor catastro Rural							
	Numero de predios urbanos							
	Valor catastro Urbano							
	económica							
PRESUPUESTO (Fuente: Secretaria de hacienda Municipal)	Presupuesto de ingresos							
	Ingresos propios							
	Sistema general de participaciones -							
	SGP - Educacion							
	SGP - Salud							
	SGP - Agua							
	SGP - Propositos Generales							
	SGP - Libre Inversion							
	Recursos de Capital Departamental							

CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

GUIA # 1 - DIAGNOSTICO MUNICIPIO								
GUIA PARA DIAGNOSTICO MUNICIPAL EN SALUD Y SECTORES RELACIONADOS								
Sector o Subsector	INDICADORES	VALORES MUNICIPIO			DEPTO	PAIS	VARIABLE PARA INTERVENIR	Identificacion poblacion vulnerables
		URBANO	RURAL	TOTAL				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
www.minsalud.gov.co - Estadísticas – Indicadores para actores del Sistema – Información para Departamentos y								
SISBEN - (Fuente: Secretaría de Planeación o Salud Municipal)	Numero de habitantes en SISBEN							
	Numero habitantes SISBEN 1							
	Numero habitantes SISBEN 2							
	Numero habitantes SISBEN 3							
	% Hogares SISBEN 1							
	% Hogares SISBEN 2							
	% Hogares SISBEN 3							
	Numero Niños y Adolescentes en EDAD Escolar no Escolarizados							
	Numero de Hogares sin servicio de acueducto y agua potable							
	tabla burda, tablon, madera en mal estado, cemento gravilla, tierra o arena, otro (Pregunta 15 opcion 3, 4, 5 y 6)							
	de tabla burda, tablon, material de desecho, zinc, tela, latas, guadua, caña, esterilla, otro vegetal ó sin paredes. (Pregunta 14 opcion 5, 6)							
tabla burda, tablon, madera en mal estado, cemento gravilla, tierra o arena, otro (Pregunta 15 opcion 3, 4, 5 y 6)								
DIRECCION DE SALUD - (Fuente: Sec Municipal de Salud)	Existe Secretaria de Salud							
	Secretaria de Salud							
	Salud?							
	funcionarios							
	Seguridad Social, # reuniones ultimo año							
	Emergencias activo?, # reuniones ultimo año							
	Existe comité de SISBEN activo?, # Reuniones Ultimo año							
salud, identificados con lideres o expertos"								
ASEGURAMIENTO SEGURIDAD SOCIAL (Fuente: www.minsalud.gov.co; www.fosyga.gov.co, ARP)	Subsidiado							
	# Personas vulnerables (SISBEN 1 y 2; Listados Censales) NO afiliadas a Seguridad Social							
	Contributivo							
	Excepción							
	afiliados a Regimen Contributivo, NO AFILIADAS							
	% Afiliados de Regimen Subsidiado Validados en BDUA							
	Numero de afiliados a PENSION en el Municipio							
	afiliados a Cajas de Compensacion Familiar afiliados en el Municipio							
	"Problemas para el Aseguramiento universal a la seguridad social, identificados con lideres o expertos"							

GUIA Nº 1										
DIAGNÓSTICO "ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD – ASIS" Y SECTORES RELACIONADOS										
Sector o Subsector	INDICADORES	VALORES MUNICIPIO					DEPTO	PAIS	AREA O VARIABLE A INTERVENIR	Sectorización/ identificación pob vulnerables
		ANO	RURAL	ZONA	BARRIO	TOTAL				
Indicadores Salud (Fuente: SIVIGILA www.ins.gov.co, Pagina Web de Secretaria de Salud Municipal)	1. Mortalidad materna y perinatal									
	2. Embarazo no deseado y en adolescentes									
	3. Sifilis congénita									
	4. Hipotiroidismo congénito									
	5. Transmisión vertical de VIH									
	6. Mortalidad por SIDA por no acceso Tratamiento Anti Retroviral TAR									
	7. Morbilidad y mortalidad por inmuno prevenibles									
	8. Mortalidad por desnutrición									
	9. Mortalidad por EDA en menores de 5 años									
	10. Mortalidad por IRA en menores de 5 años									
	11. Cáncer invasivo de cérvix									
	12. Mortalidad por cáncer de mama									
	13. Mortalidad por leucemia linfocítica aguda en niños									
	14. Morbilidad evitable sobre agregada a patología oncológica									
	15. Morbilidad y mortalidad por maltrato, violencia intrafamiliar y de género									
	16. Morbilidad hospitalaria y mortalidad por TBC									
	17. Morbilidad hospitalaria evitable por EPOC									
	18. Mortalidad por malaria y dengue									
	19. Morbilidad evitable sobre agregada y mortalidad por causa cardiovascular (ERC, ECV, IAM, EVP)									
	20. Morbilidad evitable sobre agregada y mortalidad por causa metabólica									
	Perfil de Morbilidad por grupos etarios									
	Perfil de Mortalidad Por grupos etarios									
	Violencia intrafamiliar (Comisaria de familia)									
	Violencia Sexual (Comisaria de familia)									
	Accidentes viales, número de Heridos y muertes en vehículos automotores									
	% de Cobertura Urbana con acueducto									
	¿Existe Tratamiento de aguas residuales en el acueducto urbano, y/o Rural?									
	% de Cobertura Rural con acueducto									
	% disposición final de basuras urbano y centros poblados									
	Forma de disposición final de basuras									
	Coberturas de vacunación									
	DTP en menores de 1 año - 2011									
Triple viral (Sarampión, Rubéola y Parotiditis) niños de 1 año - 2011										

GUIA # 1 - DIAGNOSTICO MUNICIPIO								
GUIA PARA DIAGNOSTICO MUNICIPAL EN SALUD Y SECTORES RELACIONADOS								
Sector o Subsector	INDICADORES	VALORES MUNICIPIO			DEPTO	PAIS	VARIABLE PARA INTERVENIR	Identificacion poblacion vulnerables
		URBANO	RURAL	TOTAL				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
www.minsalud.gov.co - Estadísticas – Indicadores para actores del Sistema – Información para Departamentos y								
Accidentes de trabajo y Enfermedades profesionales	# de trabajadores afiliado a Riesgos Profesionales							
	Enfermedades profesionales reportados en el año anterior municipio							
	# Enfermedades Profesionales Diagnosticadas en el municipio							
	riesgo para la salud en el municipio? (Minería, fumigación, trabajo alto riesgo etc.)							
	"Problemas de Accidentes de trabajo y riesgos profesionales identificados con líderes o expertos"							
INFORMACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD - (Fuente: El Hospital - http://201.234.78.38/SIHO/work.aspx)	Listado de Empresas Sociales del Estado - ESE en el municipio							
	La ESE se encuentra al día en pago de salarios con sus empleados							
	Centros y Puestos de Salud en Zona urbana y Rural							
	salud como profesionales independientes							
	Total de médicos generales en el municipio x 1000 hbtes							
	Total de enfermeras profesionales en el municipio x 100 hbtes							
	Total de odontólogos en el municipio x 1000 hbtes,							
	Municipio							
	Municipio							
	distancia							
	Número de camas disponibles en el Municipio x 1000 habitantes							
	Se atienden partos en el municipio							
	Se cuenta con laboratorio clínico							
a los servicios de salud por la población identificados con líderes o expertos"								

CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

GUIA # 1 - DIAGNOSTICO MUNICIPIO									
GUIA PARA DIAGNOSTICO MUNICIPAL EN SALUD Y SECTORES RELACIONADOS									
Sector o Subsector	INDICADORES	VALORES MUNICIPIO			DEPTO	PAIS	VARIABLE PARA INTERVENIR	Identificacion poblacion vulnerables	
		URBANO	RURAL	TOTAL					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
www.minsalud.gov.co - Estadísticas – Indicadores para actores del Sistema – Información para Departamentos y									
Emergencias y desastres - (Fuente: Hospital, Bomberos, Municipio)	Desastres se encuentra organizado y activo municipio								
	Existen planes de mitigación de riesgos identificados en el municipio? la atención y mitigación de emergencias y desastres?								
	Deslizamientos - # Viviendas amenazadas								
	Existen zonas de inundación - # viviendas amenazadas								
	existen zonas de riesgo de incendio - # viviendas amenazadas								
	El municipio ha comprado zonas de reserva de agua								
	Sitios de mayor accidentalidad vial en el municipio								
	GESTION DE Emergencias y Desastres identificados con lideres o expertos"								
	PRESUPUESTO SALUD	Presupuesto de ingresos Salud							
		Ingresos propios asignados a salud							
SGP - Propositos General - Libre									
SGP - Salud									
SGP - Salud - Oferta de servicios de									
SGP - Salud - Salud Publica									
SGP - Salud - Aseguramiento									
Esfuerzo propio Municipal en Regimen subsidiado									
Fosyga Financiacion Regimen Departamento Cofinanciacion Reg Salud identificados con lideres o expertos"									
FUENTES DE RECURSOS REGIMEN SUBSIDIADO	anterior								
	Subsidiado Mpio								
	departamento								
	% Sistema General Participacion Régimen Subsidiado Mpio								
	% Otras Fuentes FOSYGA - Cajas Compensacion Familiar Etc								
"Problemas de Financiación Municipal de Regimen Subsidiado identificados con lideres o expertos"									
Cartera Hospitales Públicos	Cartera Hospitales Públicos (millones de pesos de cada año)								
	Cartera < 180 días actual								
	Cartera > 180 días dic. año anterior								
	días entre actual y diciembre año anterior								

GUIA # 1 - DIAGNOSTICO MUNICIPIO								
GUIA PARA DIAGNOSTICO MUNICIPAL EN SALUD Y SECTORES RELACIONADOS								
Sector o Subsector	INDICADORES	VALORES MUNICIPIO			DEPTO	PAIS	VARIABLE PARA INTERVENIR	Identificacion poblacion vulnerables
		URBANO	RURAL	TOTAL				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
www.minsalud.gov.co - Estadísticas – Indicadores para actores del Sistema – Información para Departamentos y								
EDUCACION	EDUCACION - Secretaria de Educacion Municipal							
	Nº Establecimientos escolares publicas							
	Nº Establecimientos escolares Privados							
	Hogares de Bienestar Familiar							
	Establecimiento "guarderías, infantiles" etc.							
	Nº Niños en Guarderías u Hogares infantiles.							
	Nº Niños escolarizados -							
	Nº Niños en Restaurantes Escolares							
<p>[1] http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/Documents/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=/estadisticas/Documents/Informaci%C3%B3n%20por%20Departamentos%20y%20Municipios&FolderCTID=0x012000B26462268ED1EB4C8BD2DB07CC159A46&View={331FB517-6136-40B6-8E62-92F9B91315D4}</p> <p>indicadores departamentos y municipios, archivo en excel elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social que se encuentra en su página, con la siguiente información que se puede consultar para cada Departamento y municipio en el país, hay algunos indicadores que faltan en algunos municipios, pero es un trabajo en construcción que con seguridad en el futuro cercano será completo y complementado con otra información.</p>								

10. ANEXO 2. LAS COMPETENCIAS EN SALUD DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES

10.1 DIFERENCIAS DE COMPETENCIAS ENTRE LOS MUNICIPIOS SEGÚN SU CATEGORÍA.

En términos Generales, las responsabilidades de las entidades territoriales municipales sin importar su categoría y desarrollo local son similares, en la Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en el aseguramiento de su población a la Seguridad social; sin embargo cuando se trata de **Salud Pública**, los Municipios de Categoría Especial, 1, 2 y 3 asumen responsabilidades de Inspección, Vigilancia y Control relacionadas con:

1. Vigilar y controlar en su jurisdicción la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.
2. Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros.
3. Vigilar en su jurisdicción, la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas, así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar.
4. Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.
5. Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción. Sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos, terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.
6. Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9a. de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Estas funciones, las cumple el Departamento en coordinación con los municipios, en los municipios de categoría 4, 5 y 6.

De igual forma, en las responsabilidades **en la prestación de servicios de Salud**, los municipios **certificados como descentralizados en salud**, tienen dentro de sus funciones garantizar la prestación de servicios de salud en I nivel de complejidad a su población vulnerable, no afiliada a la seguridad social en salud; para ello reciben un porcentaje de los recursos del Sistema General de Participaciones – Sector Salud - oferta de servicios de salud. Además de estos recursos que cada día son más escasos los municipios certificados en salud, recibirán la infraestructura de primer nivel de complejidad que opera en el municipio, y esta será de carácter municipal.

Sin embargo existen en el país, municipios no certificados como descentralizados en salud, donde en desarrollo de la ley 60 de 1993, vigente hasta el año 2001; se crearon Empresas Sociales del Estado de carácter municipal, con las cuales los departamentos contratan los servicios de I Nivel de complejidad para la población vulnerable no Afiliada a la seguridad social en salud.

En contraria de lo anterior, los municipios **NO Certificados** como descentralizados en salud, **NO son responsables de la prestación de servicios de salud de I Nivel** de complejidad a la población No afiliada a la seguridad social en salud; allí, esta responsabilidad está en cabeza del departamento; estos municipios no Reciben los recursos del Sistema General de Participaciones – Sector Salud - oferta de servicios de salud, ya que el departamento los recibe en su totalidad.

Estas diferencias de responsabilidades en salud entre los municipio según su categoría y su calidad de certificación como descentralizados en salud, se pueden apreciar en el desarrollo de los manuales de Competencias en Salud Municipales, Departamentales y Distritales

10.2 DIFERENCIAS DE COMPETENCIAS EN SALUD ENTRE LOS DISTRITOS TURÍSTICOS Y EL DISTRITO CAPITAL

En la ley 715 de 2001, Artículo 45. Competencias en salud por parte de los Distritos. Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.

La prestación de los servicios de salud en los distritos de **Barranquilla, Cartagena y Santa Marta** se articulará a la red de prestación de servicios de salud de los respectivos departamentos. **En los mencionados distritos, el laboratorio departamental de salud pública cumplirá igualmente con las funciones de laboratorio distrital.**

Por regla general, los distritos de Cartagena, Barranquilla, Santa Marta y Distrito Capital de Bogotá, ejecutan el 100% de las funciones en salud que están asignadas a los municipios de categoría Especial, 1, 2 y 3; y las asignadas a los departamentos.

Sin embargo hay pequeñas diferencias entre los Distritos Turísticos y Bogotá Distrito Capital.

Bogotá Distrito Capital, asume en un 100% la sumatoria de responsabilidades municipales y departamentales; así, mismo al momento de la asignación de recursos participa en su doble carácter; recibe el 100% de los recursos del Sistema General de Participaciones a la Salud Pública (es responsable del laboratorio de Salud Pública y su financiación, al igual que de los tribunales de ética médica y odontológica) y el 100% de los Recursos de Prestación de servicios de salud que le corresponde de acuerdo a su población.

De igual forma, recibe rentas cedidas y participa en la distribución de los recursos del Fondo cuenta en igualdad de condiciones que los departamentos.

Los Distritos Turísticos, reciben el 100% de los recursos del SGP para la Prestación de servicios de salud a su población, tanto para atención a la población NO afiliada, como para la prestación de servicios de salud No incluidos en los planes de beneficio del régimen subsidiado.

En relación con Salud Pública, solo recibe el 55% de los recursos asignados por el SGP; además no participa de las rentas cedidas administradas por el Fondo Cuenta, que solo incluye a los departamentos y al distrito capital. No administran, ni financian el laboratorio de Salud Pública territorial; tampoco financia los tribunales de ética médica y odontológica; tampoco Organiza, dirige, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.



CONVENIO COOPERACIÓN

TÉCNICA No.485/10

Estas competencias en estos distritos la responsabilidad es de sus respectivos departamentos.

10.3 LOS DEPARTAMENTOS LAS COMPETENCIAS EN SALUD Y SU RELACIÓN CON LOS MUNICIPIOS Y DISTRITOS.

Los departamentos cumplen una importante competencia en salud relacionadas a la articulación entre los municipios y la nación, igualmente orienta y supervisa a los municipios de su territorio.

En desarrollo de esto considerando que existen problemas en la capacidad de algunas entidades territoriales, la norma indicó que algunas competencias inspección, vigilancia y control asignadas a los municipios de categoría especial, 1, 2 y 3, fueran asumidas por los departamentos en los municipios de categoría 4, 5 y 6.

De la misma forma en desarrollo del principio subsidiaridad y complementariedad, el departamento podría asumir en forma transitoria algunas competencias de los municipios cuando estos no tienen la capacidad de hacerlo, un ejemplo de este principio, es la función que los departamentos asumen en la prestación de servicios de salud local de I nivel de complejidad para población pobre y vulnerable no afiliada, y la administración o manejo de ESE de I Nivel de complejidad de carácter departamental; en contraria también se puede delegar por parte de los departamentos competencias de ese nivel en los municipios, considerando que el municipio tienen la capacidad para asumirlas; así, algunos departamentos entregaron empresas sociales del estado de II nivel de complejidad, a los municipal, convirtiéndose estos ESE de carácter municipal.

La prestación de los servicios de salud en los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta se articulará a la red de prestación de servicios de salud de los respectivos departamentos. En los mencionados distritos, el laboratorio departamental de salud pública cumplirá igualmente con las funciones de laboratorio distrital.

10.4 ESTRUCTURA DE LAS COMPETENCIAS TERRITORIALES

En las siguientes tablas se presentan las competencias en Salud de Departamentos, Distritos Turísticos, Distrito Capital, municipios categoría especial 1, 2 y 3 y los Municipios de Categoría 4, 5 y 6.¹⁶

Se indica, utilizando un lenguaje visual las responsabilidades de cada tipo de entidad territorial, así: se visualiza cuando el Departamento en cumplimiento de sus funciones

¹⁶ Ley 715 de 2001, modificadas en ley 1122 de 2007, ley 1438 de 2011. Tablas elaborada por el autor.

cumple tareas en los municipios de categoría 4, 5 y 6; o en los distritos turísticos y los municipio de categoría especial 1, 2 y 3.

Estas tablas se interpretan identificando en el encabezado el color del tipo de entidad territorial, y para cada competencia se observa su responsabilidad según su color, y las columnas ocupadas. Cuando la cuadrícula está en blanco significa que esta competencia NO aplica para este tipo de entidad territorial

Responsabilidades Dirección del SGSS	Distrito Capital			
	Distritos Turísticos			
	Municipios categoría especial 1, 2 y 3			
	Municipios Categoría 4, 5 y 6			
	Departamentos			
Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del SGSSS.				
Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Municipal y/o Departamental de Salud.				
Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el sistema.				
Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.				
Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales y/o Departamentales				
Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación.				
Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción.				
Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud en su jurisdicción. (en el caso de los distritos solo a las Instituciones públicas)				
Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la Nación				
Modificado por el art. 2, Ley 1446 de 2011, Financiar Tribunales Seccionales de Ética Médica y Odontológica y los Tribunales Departamentales y Distritales Éticos de Enfermería y vigilar la correcta utilización de los recursos				



CONVENIO COOPERACIÓN
TÉCNICA No.485/10

Responsabilidades Desarrollo y Prestación de Servicios de Salud	Distrito Capital			
	Distritos Turísticos			
	Municipios Categoría 1 y 2	Municipios Categoría 3	Municipios Categoría 4, 5 y 6	Municipios Categoría 1, 2 y 3
	Departamentos			
Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.				
Gestionar y financiar la prestación de servicios de salud a la población vulnerable no afiliada a la seguridad social en Salud, en I Nivel de complejidad en los municipios no Certificados como Descentralizados en Salud sin importar su categoría.				
Gestionar y financiar la prestación de servicios de salud a la población vulnerable no afiliada a la seguridad social en Salud, en I Nivel de complejidad en los municipios no Certificados como Descentralizados en Salud sin importar su categoría.				
Gestionar y financiar la prestación de servicios de salud a la población vulnerable no afiliada a la seguridad social en Salud, en II y III Nivel de complejidad				
Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda , que reside en su jurisdicción, mediante				
Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.				
Articulación a la red departamental. El servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, cuya organización, dirección, coordinación y administración es competencia de los departamentos. Los municipios que cuenten con Empresas Sociales del Estado del nivel municipal deberán articular su portafolio de servicios al diseño de la red departamental, en los términos de la Ley 715 de 2001.[1]				
Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.				
Nombrar los miembros de la Junta directivas, y participar en la mismas de las ESE del orden Departamental y/o Municipal				
Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con				
municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establezca dentro del año siguiente a la				
Evaluar anualmente los municipios certificados como descentralizados en salud.				
Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.				
organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.				
de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.				
Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.				

Responsabilidades en Salud Pública	Distrito Capital			
	Distritos Turísticos			
	Municipios Categoría Especial 1, 2 y 3			
	Municipios Categoría 4, 5 y 6			
	Departamentos			
Modificado por la Ley 1438 de 2011, nuevo texto: Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar, los planes de salud pública.				
el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.				
Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.				
Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.				
Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.				
Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.				
1. Vigilar y controlar en su jurisdicción la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana. 2. Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros. 3. Vigilar en su jurisdicción, la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas, así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar. 4. Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis. 5. Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción. Sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos, terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros. 6. Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9a. de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicione o sustituyan.				
*Adicionado por la Ley 1438 de 2011: Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en				

Responsabilidades en Aseguramiento de Poblacion	Distrito Capital				
	Distritos Turísticos				
	Municipios categoría especial 1, 2 y 3				
	Municipios Categoría 4, 5 y 6				
	Departamentos				
Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993					
Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.					
beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia. (Aplicar SISBEN, y Mantener Listados Censales, entregados por las					
General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.					
Derogado por el art. 145, Ley 1438 de 2011. En el caso de los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991, administrar los recursos financieros del Sistema General de Participaciones en Salud destinados a financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales, así como identificar y seleccionar los					

11. ANEXO 3 REVISIÓN NORMATIVA DE INTERÉS PARA LAS ENTIDADES TERRITORIALES

Constitución Política de Colombia 1991.

Decreto 0019 de 2012. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública (Ley anti tramite).

Decreto 028 de 2008. Sistema de Monitoria del Plan de Desarrollo con recursos del SGP. Sistema creado mediante el Acto Legislativo 04 de 2007, que busca hacer seguimiento a los recursos y proteger su adecuada inversión.

Decreto 0633 de 2012. Por el cual se adoptan medidas y se fija el procedimiento para garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio público de salud en el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 1080 de 2012. Por el cual se establece el procedimiento para el pago de las deudas del Régimen Subsidiado de Salud.

Decreto 4465 de 2011. Por el cual se adopta un mecanismo transitorio para garantizar la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 4690 de 2011. Por el cual se determinan los términos y condiciones para la administración del Fondo de salvamento y garantías para el sector salud (FONSAET).

Decreto 4962 de 2011. Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011. Recaudo de recursos que financian el Régimen Subsidiado. Esta norma ajusta el recaudo y el flujo de recurso en el Régimen Subsidiado.

Ley 100 de 1993. Sistema General Seguridad Social - SGSS. Esta norma creó el SGSS que incluye salud, pensiones y riesgos profesionales.

Ley 1122 de 2007. Reforma Sistema General de Seguridad Social en Salud, ley 100 de 1993. En ella se fortalece la Vigilancia y control y se redefine el papel de las EPS como aseguradoras.

Ley 1174 de 2007. Modifica parcialmente la Ley 715 de 2001 de competencias y recursos y es un complemento al acto legislativo 04 de 2007.

Ley 136 de 1994. Ley de ordenamiento revisión.

Ley 142 de 1994. Ley de servicios públicos. Esta ley obliga a crear empresas para prestar los servicios públicos que hasta ese momento en la mayoría de los municipios colombianos eran parte de la administración central; a partir de ella en muchos casos se crearon empresas municipales descentralizadas, y en otros casos fueron entregados (especialmente acueductos y aseo) por contratos de concesión a empresas privadas.

Ley 1438 de 2011. Reforma Sistema general de seguridad social en salud, Ley 100 de 1993 y Ley 1122 de 2007. Se introduce como eje central en la prestación de servicios de salud la Atención primaria en Salud (APS) y las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS). Es una ley que dejó un importante espacio para su reglamentación y ajuste del sistema.

Ley 152 de 1994. Ley de Plan de Desarrollo. Fue el inicio del estado planificado, volviendo este ejercicio como eje de desarrollo local.

Ley 388 de 1997. Modifica la Ley 9 de 1989 y armoniza mecanismos que permitan al municipio, en ejercicio de su autonomía, promover el ordenamiento de su territorio.

Ley 60 de 1993. Ley de competencias y recursos (Ingresos Corrientes de la Nación – ICN) entre las entidades territoriales, departamentos y municipios, vigente hasta el año 2001, cuando fue derogada por la ley 715 de 2001. Sirve para entender el proceso de descentralización del país.

Ley 715 de 2001. Ley de competencia y recursos. Modifica Ley 60 de 1993 y termina los ICN para crear el Sistema General de Participaciones. Esta ley es la más importante en lo que se refiere a competencias y recursos territoriales. A pesar de que ha sido reformada en algunos artículos o literales, sigue siendo en su gran mayoría vigente. Es la ley básica para entender la descentralización de Colombia y su espíritu normativo.

12. ANEXO 4 OTROS DOCUMENTOS DE INTERÉS PARA LAS ENTIDADES TERRITORIALES

- Departamento Nacional de Planeación. Guía para la Gestión Pública Territorial N° 9. Las asambleas departamentales y su papel en la gestión pública para el desarrollo www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/ 2011. ISSN 2248-6259
- Departamento Nacional de Planeación. Documento: dirección de desarrollo empresarial. Recomendaciones sobre competitividad e innovación para la elaboración de planes de desarrollo regional. <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=jPz6MYLRuo0%3d&tabid=1434>
- Departamento Nacional de Planeación. Guía para la gestión pública territorial N° 2. Recomendaciones para el proceso de empalme de mandatarios territoriales 2011 - 2012. www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/ 72 2011 ISSN 2248-6259
- Departamento Nacional de Planeación. Guía para la gestión pública territorial N° 3. El alcalde en los primero 100 días de su administración. www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/ 61 Pag. 2011 ISSN 2248-6259
- Departamento Nacional de Planeación. Guía para la Gestión Pública Territorial N° 4. Planeación para el desarrollo integral de las entidades territoriales – Plan de desarrollo 2012 - 2015. www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/ 2011. ISSN 2248-6259
- Departamento Nacional de Planeación. Guía para la gestión pública territorial N° 5. Lineamientos para la rendición de cuentas a la ciudadanía por las administraciones territoriales. www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/ . 2011. ISSN 2248-6259
- Departamento Nacional de Planeación. Guía para la gestión pública territorial N° 6. El papel del consejo territorial de planeación. www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/ 2011. ISSN 2248-6259
- Departamento Nacional de Planeación. Guía para la Gestión Pública Territorial N° 8. Los concejos municipales: actores claves en la gestión del desarrollo de los municipios www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/ 2011 ISSN 2248-6259
- Departamento Nacional de Planeación. Orientación para incluir metas de resultado en los planes de desarrollo de las entidades territoriales 2012 – 2015. www.dnp.gov.co. Diciembre de 2011.

Departamento Nacional de Planeación. Resultado de monitoreo de inversión SGP propósitos generales. www.dnp.gov.co 2011

Enciso H, Fernando. Manual de empalme. Ed. Lealon. Medellín, Colombia 2011.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público - Dirección General de Apoyo Fiscal. Manual de procedimiento tributario y régimen sancionatorio para entidades territoriales. Bogotá 2011.

ISBN: 978-958-9266-64-9. www.minhacienda.gov.co

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Dirección general de apoyo fiscal. Monitoreo, seguimiento y control al uso de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP). Bogotá. 2009. ISBN: 978-958-9266-69-4. www.minhacienda.gov.co

Ministerio de Salud de Colombia. El Componente de Salud en el programa de gobierno municipal – Guía para los alcaldes. Ed. Ministerio de Salud. 3ª Ed. 1998 ISBN 958-8011-02-07

13. TRABAJOS CITADOS

1. **Ministerio de Salud de Colombia.** *El componente de salud en el programa de gobierno municipal.* [ed.] Ministerio de Salud. 1ª. Bogota : Ministerio de Salud, 1998. Cartilla Dirigida a los Alcaldes Municipales.
2. **Congreso de Colombia.** Ley 17/200. Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización. *Diario Oficial.* Bogotá, Colombia : Congreso de Colombia, 9 de Octubre de 2000. 44188.
3. —. Ley 1551 de 2012. Por la cual se dictan normas para modernizar la organizacion y funcionamiento de los municipios. *Diario Oficial.* Bogotá, Colombia : Imprenta Nacional de Colombia, 6 de julio de 2012. 48483.
4. **Procuraduría General de la Nación.** Guía para la gestión pública territorial. [En línea] 2011. [Citado el: 30 de mayo de 2012.] Recuperado de: <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=vkBeFXWqppU%3D&tabid=1434>. ISSN 2248-6259.
5. **Congreso de Colombia.** Ley 1454 de 2011. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones. . *Diario Oficial art 2.* Bogotá, DC, Colombia : Imprenta Nacional, 2011. 48115.
6. **Ministerio de la Proteccion Social.** Decreto 3003 de 2005. Por el cual se reglamenta el parágrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001 y se deroga el Decreto 027 de 2003. *Diario Oficial.* Bogotá, Colombia : Imprenta Nacional de colombia, 31 de Agosto de 2005. 46017.

7. **Ministerio Protección Social.** Resolución 3778 de 2011, Art 1. Por la cual se establecen los puntos de corte del Sisbén Metodología III y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial.* Bogotá, Colombia : Imprenta Nacional de Colombia, 1 de Septiembre de 2011. 48179.

8. **Congreso de Colombia.** Ley 1450 de 2011. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014. . *Diario Oficial.* Bogotá, Colombia : Imprenta Nacional de Colombia, 16 de junio de 2011. 48102.

9. —. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y organizar la prestación serv educacion y salud. *Diario Oficial.* Bogotá, Colombia : Imprenta Nacional, 21 de Diciembre de 2001. 44654.

10. —. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. . *Diario Oficial.* Bogotá, Colombia : Imprenta Nacional, 19 de Enero de 2011. 47957.

11. **Departamento Nacional de Planeacion.** Distribución de SGP 11 doceavas para salud, agua potable y saneamiento básico y propósitos generales. Conpes Social 148. *Departamento Nacional de Planeacion.* [En línea] 9 de febrero de 2012. [Citado el: 15 de agosto de 2012.] <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=IBHoFoK2lz8%3d&tabid=1473>.

12. **Congreso de Colombia.** Ley 643 de 2001. Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar. *Diario Oficial.* Bogotá, Colombia : Imprenta Nacional, 17 de enero de 2001. 44294.

13. **Ministerio de la Protección Social.** Decreto 971 de 2011. Por medio del que se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud, se

establecen medidas para agilizar flujo de recursos, . *Diario Oficial*. Bogotá, Colombia : Imprenta Nacional de Colombia, 31 de marzo de 2011. 48028.

14. **Congreso de Colombia**. Ley 1122 de 2007 Artículo 32. Por la cual se Reforma parcialmente la Ley 100 de 1993. . *Diario Oficial*. Bogotá, Colombia : Imprenta Nacional, 9 de Enero de 2007. 46506.

15. **Ministerio de Salud y Protección Social**. PPlan Decenal 2012 - 2021. www.minsalud.gov.co. [En línea] 2012. Doc en construcción del PDSP. <http://www.minsalud.gov.co/PLANDECENAL/Paginas/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20Publica.aspx>.

16. —. PDSP Hacia la articulación de la promoción y gestión del riesgo. *Ministerio de Salud*. [En línea] 2012. [Citado el: 15 de 11 de 2012.] <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=/plandecenal/Documents/Documentos%20Técnicos%20Plan%20Decenal%20de%20Salud%20Pública&FolderCTID=0x0120005C435CF76E4FD4498A9E>.

17. **M. Donaldson, K. Yordy, y N. Vanselow**. *National Academy Press*. Washington : Institute of Medicine, 1994.

18. **Ministerio de la Protección Social**. Resolución 425 de 2008. Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones del Plan de salud pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades. . [ed.] Imprenta Nacional de Colombia. *Diario Oficial*. Bogotá, Colombia : s.n., 14 de febrero de 2008. 46902.

19. —. Decreto 4690 de 2011. Por el cual se determinan los términos y condiciones para la administración del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - Fonsaet. *Diario Oficial*. Bogotá : Imprenta Nacional de Colombia, 12 de diciembre de 2011. Vol. 48281.

20. **Congreso de Colombia.** Ley 1393 de 2010. Por la cual se definen rentas específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión en salud, redireccionan recursos al interior de Salud. *Diario Oficial.* Bogotá : Imprenta Nacional de Colombia, 12 de julio de 2010. 47768.
21. —. Acto Legislativo 1 de 2007. Por medio del cual se modifican los numerales 8 y 9 del artículo 135, se modifican los artículos 299 y 312, y se adicionan dos numerales a los artículos 300 y 313 de la Constitución Política de Colombia. . *Diario Oficial.* Bogotá, Colombia : Imprenta Nacional de Colombia, 27 de junio de 2007. 46672.
22. **Departamento Nacional de Planeación.** SGP Distribución parcial de las doce doceavas para educación vigencia 2012, CONPES SOCIAL. [ed.] DNP. *CONPES 146.* [PDF]. 30 de enero de 2012. 146. <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=3iuNENZFjdg%3d&tabid=1473>.
23. **Universidad Nacional, Vicerectoria Investigacion** . Presentación: Ley 530 de 2012. *Universidad Nacional de Colombia.* [En línea] 2012. [Citado el: 3 de 10 de 2012.] http://www.viceinvestigacion.unal.edu.co/VRI/files/docs/Regalias/SGR_030612.pdf.
24. **Congreso de Colombia.** Ley 530 de 2012. Por medio del cual se reglamenta la Ley 1371 de 2009. . *Diario Oficial.* Bogotá, Colombia : Imprenta Nacional de Colombia, 14 de MARZO de 2012. 48372.
25. **Departamento Nacional de Planeacion.** Metodología general ajustada. *Sistema General de Regalías.* [En línea] 2012. [Citado el: 10 de 08 de 2012.] <http://sgr.dnp.gov.co/Proyectos/MGA.aspx>.
26. *Editorial: A more positive approach to health* . **Guest, Lalonde M.** 1974, *Can Nurse*, Vol. 70, págs. 19-20.

27. *Hacia una nueva Salud Pública*. **Ávila-Agüero, ML.** 2, Costa Rica : Colegio de Médicos y Cirujanos, 2009, Acta Medica, Vol. 51, págs. 71-73. ISSN 0001-6002.
28. **Ministerio de Interior y Justicia.** “*Guía Municipal para la Gestión del Riesgo*” - *Proyecto de asistencia técnica en gestión de riesgo a nivel Municipal y departamental en Colombia*. [ed.] Ministerio de Interior y Justicia. 1ª. Bogotá : Andina, 2010. <http://www.sigpad.gov.co/sigpad/archivos/GMGRColombia.pdf>.
29. **Enciso Herrera, Fernando.** *Manual del empalme*. 2ª edición. Medellín : Ed. Lealon, 2011.
30. **Congreso de Colombia.** Ley 131 de 1994. Por la cual se reglamenta el voto programático y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, Colombia : Imprenta Nacional de Colombia, 9 de mayo de 1994. 41351.
31. **DNP.** Orientaciones para elaborar los programas de gobierno. Elecciones de autoridades territoriales período 2008 – 2011. *Comfenalco*. [En línea] 2008. [Citado el: 15 de 06 de 2012.] <http://www.comfenalco.org/cartillas/Cartillaelaborar.pdf>.
32. www.genv.net. [En línea] [Citado el: 25 de Junio de 2012.] <http://www.genv.net/es-us/node/967>.
33. **MPS.** Decreto 4979. Bogotá, Colombia : s.n., 2009.