

Bogotá DC, junio 2 de 2023

Dr.

Guillermo Alfonso Jaramillo

Ministro

Luis Alberto Martínez

Viceministro de Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social.

Honorables Representantes

Cámara de Representantes

Congreso de la Republica

República de Colombia

Asunto: La visión de las Secretarías de Salud municipales acerca del Proyecto de ley 339 del 2023, "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", aprobado en primer debate en la Cámara de Representante.

Cordial saludo,

Como Secretarios de Salud municipales (Garantes del derecho a la salud de nuestros habitantes, según el ordenamiento jurídico vigente), expresamos algunos puntos esenciales que consideramos se deben tener presentes en la discusión de la reforma que nos ocupa. Los cuales expondremos en forma sucinta, para pedir que se discuta a fondo, se ajuste, se modifique u otro, y se resuelvan en favor de todos los habitantes de nuestro país.

I. Antecedentes generales.

Desde 1993 se ha insistido que el mercado regularía los servicios de salud, para garantizar el derecho a la salud. Con este objetivo el estado pasó de invertir en el sistema de salud, del 2% del PIB en esa época, al 7 u 8% del PIB actualmente; logrando una cobertura en la afiliación de aprox. 97% (53% Régimen Subsidiado), bajo gasto de bolsillo y gran número de atenciones.

Sin embargo, el ordenamiento legal nos desvió del objetivo del sistema, la garantía constitucional del derecho a la salud, hacia un complejo mercado de compra y venta de servicios e insumos de salud, mediado en facturación, glosa y un tortuoso flujo de los recursos, como estrategia de contención del costo, y desarrollar negocios rentables. Para regular esto, el gobierno nacional se distrajo en la elaboración de cientos de normas, que en muchas ocasiones fueron en contra del objetivo inicial, la salud de los colombianos.

De la misma forma, se fue desmontando e ignorando el estado local que constitucionalmente son los garantes del derecho a la salud. Aumentaron las barreras de acceso a los servicios, como también la concentración de los mismos en las ciudades y zonas de alto desarrollo económico, en comparación con los barrios vulnerables, y un

importante número de municipios menores de 25.000 habitantes, que se ven afectados por la disminución o ausencia de servicios de salud.

II. Expectativa: que se cumpla la “Promesa de valor del Sistema de Salud”:

1. Que todos los habitantes del país tengan “Beneficios de políticas y acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” ... “El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”. (Art 2, Ley 1751 de 2015) cerca de donde viven o trabajan, con equidad y sin barreras. Resultados en **Accesibilidad**.

“Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información” (Literal c, Art 6, Ley 1751 de 2015).

2. Que, en el momento de la enfermedad, el sistema de salud nos cuide y proteja, así, que ningún habitante del país sea instrumento de negocio, o producción de una factura de mayor valor. Resultado **Salud**.

III. PROPUESTAS DE AJUSTES DEL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023 aprobado en primer debate en Comisión VII de Cámara de Representantes.

Observaciones Generales.

1. GOBERNANZA

Constitucionalmente el estado local municipal es el garante de la salud, y del acceso a los servicios, por ello nuestra visión es integral y va más allá de la organización de la prestación de servicios de salud, y se integra en cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública, que corresponde a compromisos firmados por el país en la OMS.

Por lo anterior llamamos la atención al Ministerio de Salud y PS y al legislativo, el desconocimiento del PL 339 aprobado, de las funciones y responsabilidades que la constitución y la ley le asigna en salud a los municipios colombianos, y se solo se centra en la prestación integral de servicios de salud. Sin tener presente la autoridad sanitaria, incluidas las funciones Esenciales de salud Pública, que los municipios deben garantizar.

En consecuencia, apropiarse para la prestación de servicios los recursos destinados a la salud pública territorial (SGP Salud Publica, Explotación de Juegos de suerte y azar).

Por ello pedimos modificar los artículos relativos a los mencionado.

Justificación:

IV. SALUD PÚBLICA Y AUTORIDAD SANITARIA

Recuperar el estado como garantía de gobernanza y derechos, con capacidad de cumplir sus funciones Esenciales de Salud Pública, con énfasis en 794 municipios, con menos de 25.000 habitantes.

La ley 100 de 1993 Sistema General de Seguridad Social, y la Ley 60 de 1993 Ley de Competencias y Recursos, reformada por la ley 715 de 2001, fueron aprobadas el mismo año, sin embargo, no existió una conciliación entre las mismas, a pesar de que en lo territorial confluyen; desde ese año, tenemos problemas en su desarrollo, por ello se propone que esta reforma busque conciliar la nueva ley con la ley 715 de 2001, logrando su armonización.

Cómo son nuestros municipios:

Ilustración 1: Relación de Municipios, habitantes y extensión Territorial

Distribución de municipios colombianos según número de habitantes y área de sus territorios - 2017						
Habitantes	Cantidad de Mpios	# Hbtes.	Área Km ²	% Hbtes	% Área	Hb/Km ²
> 100.000	64	30'097.512	68.485	61	5	439
DE 50.000 – 100.000	66	4'491.869	85.669	9	7	52
De 25.000 – 50.000	178	6'080.166	260.716	12	21	23
De 15.000 – 25.000	207	3'966.081	276.155	8	22	14
De 5.000 – 15.000	423	3'944.288	200.346	8	16	20
< 5.000	164	592.230	199.278	1	16	3
Total, Municipios	1.102	49'172.146	1'090.649	100	86	45
Corregimientos	20	57.229	171.771	0	14	0,3
Total, País	1.122	49'229.375	1'262.420	100	100	

Fuente: Elaboración del autor, con cifras de DNP

2. Gobernanza territorial y fortalecimiento de la autoridad sanitaria; Funciones Esenciales de Salud Pública - Ley 715 de 2001

2.1 Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud;

- Vigilancia epidemiológica, Central de inteligencia en salud.
- Análisis de situación de salud
- Agua potable.
- Nutrición
- Violencia intrafamiliar
- Salud mental
- Embarazos adolescentes

2.2 La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.

- Plan de emergencias y gestión de riesgo



- i. Atención de emergencias y desastres
- j. IVC en establecimiento de interés en Salud Pública.

2.3 Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud;

- k. Investigación de casos de interés en salud pública – estudios de campo.
- l. Mantenimiento y análisis de la situación de salud - ASIS.

2.3 Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población;

2.4 Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia;

- m. Comités de participación social.
- n. Ligas de usuarios
- o. Juntas de Acción Comunal
- p. Otros

2.5 Desarrollo de recursos humanos para la salud;

- q. Promotores de salud comunitario
- r. Vigías de la salud escolar
- s. Madres Comunitarias
- t. Maestros

2.6 Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces;

- u. Garantía de entrega de medicamentos.
- v. Entrega cercana de medicamentos.
- w. Uso de genéricos
- x. Acceso a Métodos de planificación Familiar

2.7 Financiamiento de la salud eficiente y equitativo;

- y. Acceso a la seguridad social.
- z. Formalización laboral.
- aa. Aportes a la financiación de personas con capacidad o relación laboral.

2.8 Vigilar y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad;

- bb. Operación de redes con acceso local
- cc. Identificación y seguimiento de atención a patologías de interés. Cáncer, Diabetes, patologías de alto costo.
- dd. Seguimiento a tamizaje y diagnóstico oportuno.
- ee. Acceso a servicios de derechos, Aborto.
- ff. Coberturas de vacunación, y garantía de estas como un derecho y bien social.

2.9 Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; y

- gg. Accidentabilidad vial.
- hh. Monitoreo a violencia intrafamiliar.
- ii. Monitoreo de la desnutrición y obesidad.
- jj. Promoción de la necesidad de mejoramiento de vivienda y traslado de vivienda en estado de riesgo.
- kk. promoción de la actividad física

2.10 Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

ll. Trabajo intersectorial.

mm. Monitoreo de calidad del agua, promoción de acceso a agua potable.

nn. Monitoreo y mejoramiento de disposición de basuras.

oo. Desarrollo del PIC.

Este largo listado, en el cual con seguridad quedan muchas otras funciones sin escribir, es lo que nuestros municipios como ente rector y autoridad sanitaria local deben desarrollar, y eso es lo que genera la gobernabilidad territorial.

Por ello, se propone que los recursos de salud pública del SGP, que corresponden al 10% de los recursos de salud, se protejan y sean destinados a las Funciones Esenciales de Salud Pública definidas por la OMS/OPS y aceptadas por Colombia, y que deben desarrollar los municipios, y que hoy por la escasez de recursos, es débil y en muchos municipios inexistente. Ya que la mayoría de estos recursos se destinan al Plan de Intervenciones Colectivas.

Sin embargo, para la atención individual y que debería incluir la colectiva, se financia con los recursos de la UPC, en los cual se destinan aproximadamente 70 billones comparado con los 612 mil millones de salud pública asignados a los municipios, como se ve en el cálculo por cápita de las diferentes categorías por habitante de los municipios.

Per Cápita asignación salud pública en el SGP, ley 715 de 2001: Mpios con < de 15.000 htes. \$22.172; Menor 30.000 htes es \$15.416; Menor de 50.000 htes \$13.424; Menor de 100.000 htes \$11.998, en contraria la UPC de promoción y prevención del Régimen contributivo es de \$ 28.016.

DISTRIBUCION SGP SALUD PUBLICA 2022				
Mpios categorizados por número de htes				
Numero Htes	# Mpios	Total Htes	Asignación SP 2022	Asignacion Promedio
Menor 5.000	171	571.176	22.338.559.009	130.634.848
Menor de 15.000	423	3.955.209	87.695.963.347	207.319.062
Menor 30.000	248	5.322.262	82.049.640.559	330.845.325
Menor 50.000	118	4.431.715	59.491.819.680	504.167.963
Menor 100.000	67	4.478.739	53.736.173.277	802.032.437
Mayo a 100.000	72	32.297.571	305.800.509.915	4.247.229.304
Total general	1.104	51.056.672	612.279.386.925	554.600.894

Así:

Que los recursos de Salud Pública asignados por ley 715 de 2001, a los municipios se asignen para el desarrollo de la salud pública - y sus Funciones Esenciales de Salud Pública FESP, como autoridad sanitaria territorial, logrando el desarrollo del estado local. y que el PIC, se finencie con los recursos de la UPC asignado a los gestores de salud, aseguradores u otros.



V. Propuesta - **Modificativa: Artículo 61 y Adictiva numeral 7 y 9, Artículo 64**

Por tratarse del mismo asunto.

a. **Modificativa: Artículo 61. Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud.**

La Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud integra los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria integral y resolutiva en salud, los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, los recursos del Sistema General de Participaciones de salud destinados a financiar la prestación de servicios de salud, y actualmente destinados al régimen subsidiado que pertenecen a los distritos y municipios, ~~los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y~~ los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la ADRES.

b. **Adictiva numeral 7 y 9, Artículo 64. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.**

7. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud, y actualmente destinados al régimen subsidiado que pertenecen a las entidades territoriales.

9. ~~Los recursos de propiedad de las entidades territoriales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y~~ los recursos provenientes de las rentas cedidas que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES.

VI. Propuesta: **Adictiva: Artículo 14, Modificativa, Artículo 26, Modificativa, párrafo 3, Artículo 33.**

Quedarían así:

Adictiva: Artículo 14. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIISS. El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud en los territorios para la gestión en salud. Para tal efecto contará con el apoyo de las direcciones Departamentales, Distritales y **Municipales** que coordinarán con los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio de Gestión en Salud, en el marco de la operación mixta. Las RIISS se deberán registrar en el aplicativo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

c. **Modificativa, Artículo 26. Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS.** Las Direcciones Departamentales y Distritales de salud organizarán un Consejo asesor de



planeación y evaluación de las RIISS, encabezado por el director territorial de salud, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades zonales de planeación y evaluación del respectivo Departamento o Distrito, representantes de las Gestoras de Salud y Vida, los CAPS, delegados de la academia, de la sociedad civil, **mínimo tres delegados de los municipios del Departamento o un delegado por cada 20 municipios o fracción** y las organizaciones de la comunidad; de conformidad con el reglamento que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

- d. **Modificativa, párrafo 3, Artículo 33. Párrafo 3.** El Consejo Departamental, Distrital **y municipal** de Salud deberá recomendar la construcción del Plan Territorial de Salud y hacer una evaluación trimestral de las actividades y recursos ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas.
- e. **Modificativa, numeral 2, Artículo 49. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.**

2. En coordinación con las direcciones Departamentales, Distritales **y Municipales** de Salud, la conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para los Territorios de Salud, incluyendo los CAPS, de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Explicación: La norma aprobada por error, omite nombrar en varios artículos a los municipios, por ellos se propone, que al referirse a los territorios además de nombrar los Departamentos, Distritos... se adicione **y Municipios**.

Esto debe tener mayor énfasis en la conformación de redes, y relación con los CAPS, donde los municipios deben tener espacio legal para verificar que esas redes y servicios garanticen el acceso de sus comunidades, y luego sean los municipios quienes pueden ejercer la garantía de acceso con calidad, oportunidad y cercanía a los servicios de salud. Igual ocurre con el **Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS**.

VII. Propuesta de revisión, **Artículo 9. Párrafo 4,**

Artículo 9. Párrafo 4, Preocupa que estas funciones que se asignan a los CAPS públicos, mixtos y privados, pareciera que suplantando las funciones y responsabilidades del estado local y sus secretarías de salud, pedimos que estas funciones se acoten y se coordinen con la autoridad sanitaria, que deben ejercer las alcaldías municipales.

Pedimos que se revise en general las funciones de los CAPS en el territorio, consideramos que la redacción se extralimita a su función en salud, y suplanta a los municipios. Los CAPS, participan en el territorio, y son un instrumento de gobernanza, por ello deben estar inmersos en los municipios, pero no son la autoridad sanitaria representada en las alcaldías municipales.

3. Revisar y armonizar la norma en lo referido al tránsito de los ciudadanos a través de los servicios de salud, considerando que estas funciones pareciera que se traslapan entre la **Coordinación regional de las Redes**, CAPS, CRUE y Gestoras de salud y vida.

VIII. Adictiva: Artículo 7. Identificación de determinantes sociales de la salud.

Numeral nuevo 1: Seguridad Vial

Numeral Nuevo 2: Espacios para la recreación y deporte.

Numeral Nuevo 3: Promoción de índice de masa corporal saludable.

Explicación: La epidemiología y explicación de riesgo para la salud en general, calidad de vida y en especial para la aparición, y respuesta al tratamiento de las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, cáncer y otras, es el sobrepeso y la obesidad. Así, este estado de riesgo y vulnerabilidad de las personas, que se puede medir como Índice de Masa Corporal – IMC, mayor a 25, es hoy un importante determinante para la calidad de vida y salud de la población. Japón, el país desarrollado con el menor grado de sobrepeso de solo el 3,5% de la población, puede mostrar en el estado de estas enfermedades en su población, y en consecuencia su bajo costo de atención poblacional, como ejemplo. A diferencia de otros países, y Colombia donde tenemos sobrepeso, en la población escolar del 24%, adolescentes 17%, población de 17 a 64 años 56%. Y las consecuencias directas lo vemos en la prevalencia de estas enfermedades, y su incremento de costos de atención año a año, lo que amenaza la sostenibilidad del propio sistema de salud. Por ello, consideramos que los nuevos numerales 2 y 3, son de vital importancia para buscar mayor salud en la población.

Sobre el numeral 1, propuesto, las cifras de heridos, discapacidad y muerte por los accidentes de tránsito, hizo que la OMS, declarara los accidentes viales, como una pandemia, y problema de la salud pública Mundial, necesario de abordar.

IX. Propuestas sobre CAPS: Modificativa, párrafo 1, 4 y 5, Artículo 9.

4. **Modificativa, párrafo 1, Artículo 9. Centro de Atención Primaria en Salud.** El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad poli funcional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud; junto con los equipos de salud territoriales se constituyen en la puerta de entrada de la población al sistema de salud. Todos los CAPS de naturaleza pública, privada y mixta serán financiados **preferencialmente** por oferta, **y por otros mecanismos a medida que su capacidad de atención se perfecciona.**

Modificativa Párrafo 4: Los CAPS ~~desarrollarán los procesos de adscripción poblacional,~~ **recibirán población adscripta**, la cual podrán solicitar por sitio de

residencia, trabajo o estudio, a otro CAPS; además administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud, participar en vigilancia en salud pública, gestión intersectorial y participación social y dar cumplimiento a todos los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad normados por el Ministerio de Salud y Protección Social

Adictiva al párrafo 5, artículo 9. Los CAPS tendrá la máxima tecnología disponible, (incluidas “...las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas,...” Progresividad del derecho- Literal g, Art 6, y Art 24 Ley 1751 de 2015), en especial de diagnósticos y tratamiento, para una atención oportuna o remisión acertada a la mediana o alta complejidad de su red, y no se le podrá poner barreras para desarrollar nuevos servicios, solo se le podrá limitar si ese nuevo servicio ya está ofertado en el territorio en forma suficiente, o requiere inversiones que no son sostenibles en recurso humano, o tecnológicamente por la demanda existente de este. De estas limitaciones se excluyen los servicios que, por su disponibilidad, pueden definir la oportunidad de vida y muerte de los usuarios, o acceso continuado a los servicios. Ejemplo: Infarto Agudo de Miocardio, Pérdida masiva de sangre que puede generar muerte de la paciente (Sangrado Pos- Parto), Acceso a quimioterapia, cuidados paliativos etc.

X. Propuesta: Adictiva Numeral nuevo, Artículo 14.

1. **Numeral NUEVO.** La contratación, acuerdo u otra modalidad de integrarse los prestadores de servicios de salud a las redes de servicios de salud, estos se registrará en un sistema de información para el sistema de salud, en el cual se publica los Documentos del Proceso, el tipo de contrato, acuerdo o modalidad escogido para su vinculación, incluido sus registros, propietarios y controlantes, los servicios contratados, los resultados en salud por la gestión de riesgo, las tarifas, servicios prestados y facturados, reportes a entregar, validaciones y metodología de auditoría, desde la planeación del contrato hasta su liquidación. De tal forma que las entidades de control, el estado nacional y las entidades territoriales, investigadores y comunidad en general pueda acceder a esta información.

Explicación: El principal elemento de control de la corrupción, es la publicidad y visibilidad de la contratación y gestión de los contratos de lo público, así, se quiere garantizar que estas redes sean de conocimiento público, y se pueda cuestionar o validar, las decisiones del tomador de decisiones a favor de una u otra IPS, de la RED. No es suficiente conformar la red, es posible que, a un miembro de la red, Se le bloquee al no remitirle pacientes, o por el contrario se le remita preferencialmente sobre otros con igual o mayores resultados en salud.

XI. Propuesta: Modificativa del Parágrafo Artículo 17

2. **Modificativa del Parágrafo Artículo 17.** El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud, como los **trastornos Neurosensoriales del espectro autista**, con el objeto de garantizar y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y la respuesta terapéutica adecuada, sin importar la ubicación geográfica de los prestadores y del paciente.

Explicación: Este pequeño cambio de palabras garantiza la inclusión de políticas y desarrollo de acciones con los niños que sufren de trastornos neurosensoriales, este tipo de trastornos, que incluye los del espectro autista, pero incluye cientos de casos (1 de cada 4 niños) que, si se intervienen oportunamente, cambian el pronóstico de vida. Efecto Mateo.

XII. Propuesta: parágrafo 1 nuevo - Artículo 18.

3. **Adictiva, Parágrafo nuevo, Artículo 18. Sistema de referencia y contra referencia**

parágrafo 1 nuevo - Artículo 18. Los centros reguladores de urgencias de los departamentos y distritos, tendrán un equipo especialista con disponibilidad presencial o virtual, que tendrá entre sus funciones:

a. **Numeral 1 nuevo, parágrafo nuevo Art 18. Con financiación nacional desde el ADRES, se Garantiza:**

- i. **El acceso de apoyo en especialidades básicas:** Garantizar al personal sanitario de los equipos de APS, CAPS y otros centros de atención, una línea de **orientación clínica administrativa** en la especialidad que el ministerio de salud defina (Pediatria, Medicina Interna, Gineco Obstetricia, Ortopedia etc.), disponible 24 x 7, de acuerdo con el perfil epidemiológico de los departamentos o distrito, este servicio lo definirá el ministerio de salud y PS, el cual podrá ser nacional y/o por regiones, de acuerdo con la demanda y necesidad, del país.
- ii. **Garantizar segundo concepto: Ser instancia de segundo concepto u orientación,** cuando la comunidad lo solicite, ante dilemas familiares de intervenciones en salud.

- b. **Numeral 2 nuevo, parágrafo 1 Art 18. El estado, garante primigenio de la vida:** Los equipos del CRUE en forma prevalente, cuando el responsable de la gestión de la salud de un usuario, demore más del tiempo predefinido decisiones de atención o traslado de pacientes, que por sus condiciones clínicas y de salud ponen en riesgo su vida, tomarán la decisión y ordenará su atención y traslado, mediante orden administrativa, la cual los prestadores tendrá que atender con prioridad, sin excusas económicas o contractuales;

las cuentas generadas por estas decisiones serán responsabilidad de quien omitió tomar la decisión oportunamente.

XIII. Propuesta: Adictiva, parágrafo nuevo, Artículo 19

4. **Adictiva, parágrafo nuevo, Artículo 19. Servicios y tecnologías de salud en el Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo o/ Artículo 97. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud**

Parágrafo Nuevo: El instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud - IETS, creara una dirección en su estructura administrativa, dedicada la investigación y evaluación de tecnologías, modelos y procedimientos, dirigidas a la atención primaria en salud y los CAPS.

XIV. Propuestas: Presupuesto y órgano de dirección ISE: Adictiva numeral nuevo, Artículo 38, Adictiva parágrafo nuevo, Artículo 41

5. **Adictiva numeral nuevo, Artículo 38. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE**

Numeral Nuevo: Cuando la ISE tiene sedes en más de 1 municipio, su presupuesto tendrá un capítulo por cada municipio donde opera, garantizando así, el control y los servicios en cada uno, y evitando la hipertrofia en la sede administrativa.

6. **Adictiva, parágrafo nuevo, Artículo 41. Órganos de dirección y administración de las ISE.**

Parágrafo nuevo: Cuando la ISE tiene sedes en más de 1 municipio, incluirá en su consejo directivo, un delegado de las entidades territoriales donde tiene sede, en cabeza del secretario de salud local de los municipios.

XV. Modificativa, Numeral 6, Artículo 43. Aprobación y evaluación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado - ISE del orden territorial.

6. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión por parte del director de la Institución de Salud del Estado - ISE, dentro de los plazos señalados, conllevará a que ~~el consejo directivo la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin,~~ produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

XVI. Propuesta: Adictiva Parágrafo Nuevo, Artículo 45

Adictiva Parágrafo Nuevo, Artículo 45. Derechos de permanencia de los servidores.

Parágrafo Nuevo: Los contratistas vinculados en forma continua a través de cooperativas de trabajo asociado a las ESE que se transforma en ISE, serán vinculados prioritariamente sobre otros aspirantes, a la planta de personal de la ISE, siempre y cuando el cargo exista en la nueva planta de cargos aprobada en la ISE.

Explicación: La destrucción de los empleos formales en las Empresas Sociales del Estado, ocurrida en las dos últimas décadas, generaron mecanismos de contratación del Talento Humano a través de cooperativas y otros mecanismos, que además de apoderarse de parte del pago, tuvieron una manipulación de este recurso. De esta forma miles de profesionales del sector, vienen prestando servicios a las ESEs, Sin tener aparentemente una vinculación con las misma. Este parágrafo nuevo, busca proteger estos trabajadores y darle prioridad para su vinculación a las nuevas ISE, siempre y cuando en la planta aprobada en la ISE, permanezcan esos cargos o similares.

XVII. Propuesta: Parágrafo nuevo, Artículo 76.

7. Parágrafo nuevo, Artículo 76. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud

Parágrafo nuevo: Durante el desarrollo, ajuste o perfeccionamiento del SIPUIIS, los actuales sistemas de información, registros y obligaciones de entrega de información, oportuna y con calidad, continuaran vigentes y obligatorios para todos los responsables. Esto podrá cambiar a la medida de nuevo sistema y reemplazo funcional y paralelo del mismo.

Es obligatorio de todos los agentes del sistema, la generación y reporte con calidad y oportunidad de la información, y la sanción penal, económica y excluyente, a quienes incurran en su falsedad, inoportunidad y mala calidad de esta.

XVIII. Propuesta: Parágrafos nuevos 1, 2, 3 y 4, Artículo 85

Parágrafos nuevos, Artículo 85. Inspección, vigilancia y control.

Artículo 85, Parágrafo nuevo 1. La SNS, podrá desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios, articulado con las entidades territoriales departamentos y municipios, a quienes podrá delegar funciones de IVC y sanción, manteniendo el derecho de prevalencia y cierre cuando sea necesario.

Artículo 85, Parágrafo nuevo 2. La superintendencia Nacional de Salud, en cabeza de la IVC del Sistema de Salud, tendrá en cada Departamento y municipio, un referente con dedicación a la IVC del Sistema, en los municipios menores de 25.000 habitantes el secretario de salud podrá cumplir esta función. Estos funcionarios en forma articulada ejercerán en su territorio las funciones delegadas de IVC y sanción. La SNS generara un comité de IVC nacional con los Funcionarios departamental y Distritales, con reuniones periódicas. Los Funcionarios con estas funciones en el departamento, generara un Comité de IVC con los Municipios.

Explicación: Las políticas públicas, luego de la descentralización han sufrido una desarticulación entre la nación, departamentos y municipios. Así, instituciones de salud centralizadas como las SNS, el INS y otros, en su operación desconocen taxativamente los niveles de gobierno, lo que genera pérdida de oportunidades y competencias innecesarias, entre estos. Este numeral, por ello propone un nivel de articulación y gestión como país. Lograr que el sistema de vigilancia y control del sistema de salud se articule en todos sus niveles con las autoridades territoriales, además de fortalecer la vigilancia, también fortalece la articulación de las políticas.

5. **Artículo 85, Parágrafo nuevo 3.** La Cuenta de Alto costo - CAC, será el órgano de vigilancia y control de la gestión del riesgo en salud, de los gestores y prestadores de servicios de salud, con énfasis en las patologías que actualmente vigila y otras que por necesidad del sistema se le deleguen. Sus resultados complementan desde lo clínico y gestión del riesgo en salud, la vigilancia que actualmente ejerce el SNS, además, sus resultados son elementos para la formulación de políticas de modelos de atención en salud, y de contratación y prestación de servicios de salud. La Organización de la CAC y su junta directiva, se reestructurará, será independiente de los gestores, aseguradores o prestadores, que son objeto de su vigilancia, y conservará un carácter independiente y autónomo para su gestión administrativa.

Explicación: La Cuenta de Alto costo, ha desarrollado importantes metodologías de análisis, y uso de IA, para el seguimiento y evaluación de la gestión de salud. Así, ha generado una dinámica de desarrollo de capacidades de la gestión del riesgo por los prestadores de servicios de salud, y la evaluación de resultados en grupos poblacionales afiliados a las diferentes EPS. Este trabajo ha promovido que un importante número de instituciones prestadoras de servicios de salud, logren buenos resultados en la gestión de algunas patologías que en su momento se han priorizado. Los resultados han sido importantes y son el resultado de inversión de recursos públicos, provenientes de la UPC. Sin embargo, su autonomía no es totalmente independiente y autónoma, ya que su gobierno corporativo está bajo la tutela de muchos intereses en sus evaluaciones, ya que son parte interesada o los propios evaluados.

En el otro extremo esta la SNS, que se ha especializado en la vigilancia de los recursos del sistema, su financiación, sostenibilidad etc. Por ello en este parágrafo nuevo, se busca que

la Cuenta de Alto Costo, sea parte del Sistema Nacional de Vigilancia en salud, en cabeza de la SNS. Como fortalecimiento complementario a las habilidades, que actualmente tiene las SNS.

En conclusión, consideramos que la actual estructura de la SNS, se vería fortalecido incorporando la CAC.

6. **Artículo 85, Parágrafo nuevo 4.** RENDICIÓN DE CUENTAS, Las entidades públicas o privadas, que cumplan el rol de contratación, vigilancia, control y ordenamiento del pago, harán semestralmente rendición pública de su gestión en salud y del uso de los recursos, de acuerdo con la reglamentación, dentro de ellas algunas situaciones de salud; deberá ser rendidas en forma nominal, como la mortalidad materna, perinatal, desnutrición y otras, de acuerdo con las prioridades definidas por el ministerio de salud.

XIX. Adictiva al párrafo 1 y 2: Artículo 135. Comité Ejecutivo

El Ministerio de Salud y Protección Social convocará de manera periódica a los directores territoriales de salud de los departamentos y distritos del país, en un comité ejecutivo nacional y que tendrá como finalidad, coordinar las acciones de naturaleza interinstitucional y evaluar el desarrollo de las políticas públicas sectoriales, conforme a las competencias de cada nivel de gobierno.

Adictiva al párrafo 1: Algunos de estas acciones, serán vinculantes para el ministerio de Salud y PS, Departamentos y Distritos, y quedarán consignados en Acuerdo del comité ejecutivo Nacional.

Los directores departamentales de salud convocarán a su vez, un comité ejecutivo departamental, a los directores territoriales de salud de los municipios, que tendrá como finalidad realizar la coordinación continua de políticas y ejecución de acciones entre el nivel departamental y sus municipios

Adictivo párrafo 2: Algunos de estas acciones, serán vinculantes para el Departamentos y los municipios, y quedarán consignados en Acuerdo del comité ejecutivo Departamental.

Explicación: Colombia en su CN Artículo 1, dice que somos un “Estado social de derecho, organizado en forma de republica unitaria, descentralizado, con autonomía de sus entidades territoriales”

Artículo 298, dentro de las funciones de los departamentos, se menciona la Complementariedad de la acción Municipal. (Una función de un nivel de la organización política administrativa, que, por dificultades de este nivel, se puede asumir transitoriamente por el nivel superior. De otra parte, en

el Artículo 288, que habla de la ley de ordenamiento territorial, para distribuir la distribución de competencias entre nación y entidades territoriales, habla de la subsidiariedad, una competencia de un nivel territorial, puede ser asumida por el nivel inferior, por tener esta capacidad para desarrollarla, y estar más cercana a los ciudadanos. Por ello, se considera que los niveles de gobierno, deben tener acuerdos para lograr el objetivo del estado. Y no pueden estar simplemente ligados a la voluntad variable de cada uno de los niveles. Por ello estos párrafos, buscan que en el comité Ejecutivo nacional y/o Regional, algunos acuerdos para desarrollar el objeto del estado, tengan acciones vinculantes con ellos.

XX. Propuestas de Desarrollo de accesibilidad - Prestación

CONTROL DE LOS RECURSOS DE SALUD

Integración vertical y uso visible de los recursos públicos de la salud.

Eliminación de la discrecionalidad pública o privada, para el uso, contratación o acuerdos que comprometan los recursos públicos de la salud, para favorecer intereses económicos, o políticos; en contraria al cuidado y protección del derecho a la salud.

Partimos de dos afirmaciones incontrovertibles:

1. Los recursos de la salud por su fuente de aportes parafiscales, presupuesto nacional y Sistema General de Participaciones de las entidades territoriales (recursos territoriales, sin control y visibilidad territorial), entre otros, son recursos públicos hasta su uso en la garantía del derecho a la salud.
2. El uso de recursos públicos por constitución debe garantizar buen manejo y visibilidad de su uso para el objeto asignado, Art 267. “El control fiscal es una función pública que ejercerá la Contraloría General de la República, la cual vigila la gestión fiscal de la administración y **de los particulares o entidades que manejen fondos o bienes de la Nación**” Negrillas fuera del texto. “La vigilancia de la gestión fiscal del Estado incluye el ejercicio de un control financiero, de gestión y de resultados, fundado en la eficiencia, la economía, la equidad y la valoración de los costos ambientales.” CN 1991. Art 25 “Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente” - Ley 1751 de 2015.

Sin embargo en el sector salud, **los recursos públicos son entregados a entidades públicas o privadas (EPS) que no son vigilados de acuerdo a las normas, al contrario pareciera que tiene alta discrecionalidad para su uso en contratación** con entidades de su propios interés (Integración vertical) por tener participación en su propiedad, por ser controlantes o mantener intereses económico no visibles, u otras seleccionadas bajo reglas no visibles ni reguladas, igual los precios de transacción contractual y menos la facturación, o la propia auditoría y cronograma de pago.

Pareciera que no aplicará en esto el art 267 de la CN, y Art 25, ley 1751, y otras normas del ordenamiento jurídico.

Igual visibilidad deberá tener si esta función la cumple una entidad de origen Publico.

Por lo anterior, el origen de los recursos obliga a que el ordenamiento legal para **su administración elimine cualquier elemento de opacidad**, permitiendo su visibilidad.

Señor Ministro Guillermo Alfonso,

Esperamos que nuestras observaciones, propuesta sirvan para mejorar el PL M339, que actualmente se discute.

Atentamente



JULIAN FELIPE PINEDA

Presidente Consejo Directivo
Secretarios de Salud
Mpio Bello Antioquia
Tel. 3117245209



JULIO ALBERTO RINCÓN RAMÍREZ

Director
Celular 3002717074
E-mail julioarincon@gmail.com
corporacioncosesam@gmail.com



CC. Consejo Directivo COSESAM.