

Bogotá DC, marzo 14 de 2023

Dra.

Diana Carolina Corcho Mejía

Ministra

Luis Alberto Martínez

Viceministro de Protección Social

Jaime Hernán Urrego

Viceministro de Salud Pública y prestación de Servicios de Salud

Ministerio de Salud y Protección Social.

Asunto: La visión desde las Secretarías de Salud municipales, del Proyecto de ley 439 del 2023, Cámara de Representante Reforma al SGSSS "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones".

Sra. Ministra.

Cordial saludo, por medio de la presente 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 que se deben tener presente en la discusión de la reforma que nos ocupa. Los cuales expondremos en forma sucinta, para pedir que se discuta a fondo, y se resuelvan en favor de todos los habitantes de nuestro país.

Antecedentes generales.

Desde 1993, se han insistido que el mercado regularía los servicios, mejorándolos y garantizando la salud. Sin embargo, ha sido la decisión del estado de invertir desde el 2% del PIB en esa época al aprox. el 7 a 8% del PIB actualmente, lo que ha permitido llevar la cobertura de aseguramiento al 99% (53% Régimen Subsidiado), bajo gasto de bolsillo y gran número de atenciones.

Sin embargo, ese mercado nos fue llevando al desarrollo de negocio, donde la rentabilidad económica y la facturación son el objetivo, y las personas el instrumento. Para hacer rentable el negocio se han mantenido barreras de acceso a los servicios, y concentración de los mismos en la ciudad, y dentro de las ciudades en las zonas de alto desarrollo económico, en detrimento de los barrios vulnerables, y de los 800 municipios menores de 25.000 habitantes, además de la estrategia de glosas, como contención del costo.

Ejemplos, de la distorsión del sistema.

1. Los servicios de salud no existen, o tienen un escaso desarrollo, y baja accesibilidad en importantes partes del territorio nacional, sin embargo, como país venimos pagando por esa población hace más de 20 años.

2. Se ha restringido el desarrollo de los servicios de salud, o cerrando hospitales, centros y puestos de salud de la red pública de servicios de salud, bajo la premisa de la eficiencia económica y la autosostenibilidad, en contraria a la rentabilidad social.
3. Los Dx. tardíos de cáncer, ejemplo Ca de Cérvix invasivo, que corresponde al 70%, a pesar de la atención recibida y manifestación del paciente de buena atención. Esa población a 5 años tiene una mortalidad de más del 50%, una de cada dos pacientes, y a 10 años la cifra es más desalentadora.
4. Vacunación, ejemplo: VPH coberturas se cayeron a menos del 20%, una EPS preocupado por la salud estaría convocando y promoviendo recuperar esas coberturas. Sin embargo, no lo hacen.
5. A pesar de lo anterior, cuando la población, aunque con dificultades y barreras, logra acceder a los servicios de salud, por un personal sanitario de buena calidad y amabilidad, aunque algunos maltratados laboralmente, su buen trato genera satisfacción y buena recordación del servicio.

Que esperamos, que se cumpla la “Promesa de valor del Sistema de Salud:

1. Que todos los habitantes del país tengan “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**.
 - a. “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**.

PROPUESTAS DE AJUSTES DEL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023

Observaciones Generales.

Con el objeto de armonizar el Proyecto, se sugiere ajustar los nombres de las instituciones que se modifican, garantizando que en el texto se les denomine de una única forma.

Igual aclarar, que, al referirse a entidades territoriales, se está mencionando Departamentos, Distritos y municipios.

El rol de Centros de atención Primaria Integrales en Salud – CAPIRS, se hará en cabeza de las Instituciones de Salud del Estado ISE (hoy ESE), complementados en Instituciones Prestadoras de servicios de Salud mixtas o Privadas, y no se trata de instituciones paralelas a las hoy existentes.

Propuestas de Desarrollo de accesibilidad - Prestación

1. **Modificativa Artículo 79.** Organización y Conformación de las Redes Integradas e integrales de Servicios de Salud - RISS: Las entidades departamentales, distritales **y municipales** según corresponda, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, organizarán y conformarán las redes integradas e integrales de servicios de salud incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos. Los Criterios determinantes de las redes integradas e integrales de servicios de salud, serán la guía para la organización y conformación de las redes. Las RISS se deberán registrar en el aplicativo que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. **NUEVO Artículo. Articulación APS y Determinantes de Salud.** La red se inicia en el territorio con equipos de atención primaria – APS, que identifica, intervienen y hace seguimiento a la situación de salud de su comunidad, los cuales estarán integrados o hacen parte de los Centros de Atención Primaria en Salud. **Cuando un equipo de APS identifique situaciones sociales que pueden afectar la comunidad, tendrá la obligación de notificar a la respectiva secretaría de salud, responsable de tramitar estas situaciones identificadas en el municipio.** “Parágrafo: Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud”. - Art 9, ley 1751 de 2015.
3. **PARAGRAFO NUEVO 1 del Artículo 52.** Los equipos de atención Primaria en Salud - APS, que operan en el territorio de influencia, son parte y están articulados con los Centro de Atención Primaria en salud – CAPS¹ (Instituciones de salud del estado - Anteriores ESE, o centros de atención públicos, privados o mixtos), y estos hacen parte de la red que incluye la atención de mediana y alta complejidad, que garantiza el flujo ascendente (referencia) y descendente (Contra referencia) desde los equipos de APS, CAPS, urgencias, mediana y alta complejidad, de acuerdo con las necesidades en salud de los usuarios. Así, los usuarios transitan por la red cuando lo requieran sin barreras, la organización y garantía administrativa de este tránsito es de la red, sin requerimientos a los usuarios.

¹ Al leer CAPS, nos referimos a entidades públicas Empresas Sociales del estado baja complejidad, o la denominación Instituciones de Salud del Estado ISE, Centros y puestos de salud, o entidades privadas que se les asigne esta función.



COSESAM

Corporación Colombiana de Secretarios
de Salud Municipales

4. **NUEVO PARAGRAFO 2 del Artículo 94.** 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.
5. **MODIFICATIVA.** Artículo 55. Naturaleza. La prestación de servicios de salud por la Nación y por las entidades territoriales tendrán carácter social, se hará a través de Instituciones de Salud del Estado– ISE hospitalarias o ambulatorias **que se constituyen en sus funciones como Centros de atención Primaria en Salud CAPS**, constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.
6. **MODIFICATIVA Artículo 88.** Funcionamiento de la Coordinación Departamental o Distrital de las Redes. La Coordinación Departamental o Distrital de las Redes de servicios de salud estará conformada por la instancia institucional y el equipo humano técnico y de comunicaciones, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, **ORGANIZADO EN LOS CENTROS REGULADORES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN LOS DEPARTAMENTOS O MUNICIPIOS EN FORMA ARTICULADA.**
7. **parágrafo 1 nuevo - Artículo 76.** Los centros reguladores urgencias de los departamentos y distritos, tendrán un equipo especialista con disponibilidad presencial o virtual, que tendrá entre sus funciones: deberán:
 - a. **Numeral 1 nuevo, parágrafo 1 Art 76. Acceso a apoyo en especialidades básicas:** Garantizar al personal sanitario de los equipos de APS y los CAPS, 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, para esta función se puede acordar hacerlo por regiones o nacional de acuerdo con la demanda y necesidad, del país.
 - b. **Numeral 2 nuevo, parágrafo 1 Art 76. 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 tiempos predefinidos decisiones de atención o traslado de pacientes que por sus condiciones



COSESAM

Corporación Colombiana de Secretarios
de Salud Municipales

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, e igualmente se hará responsable en caso de desenlaces en salud negativos causado por su demora.

- c. **Numeral 3 nuevo, párrafo 1 Art 76** Ser instancia de **segundo concepto u orientación**, cuando la comunidad lo solicite, ante dilemas familiares de intervenciones en salud.
8. **NUEVO NUMERAL del Artículo 94. Acceso a Medicamentos** El 100% de los medicamentos ambulatorios que se ordenan a los usuarios, se deben garantizar cerca de donde viven o trabajan, si los usuarios tienen asignado un CAPS, estos medicamentos deben ser entregados allí, o en su hogar para lo cual no se podrán establecer barreras basadas en supuestos requerimientos tecnológicos para el traslado de los medicamentos. El 100% de los medicamentos de manejo hospitalario y aplicación ambulatoria, deben garantizarse en el CAPS, solo podrán ser excluidos de esta disponibilidad los medicamentos que por su riesgo de manipulación el ministerio de salud los excluya en forma nominal, y su aplicación sólo sea en mediana o alta complejidad.

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 y contratación de 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 incontrovertible:

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 regladas, 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.

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:

Propuestas: INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL.

1. **NUMERAL NUEVO Artículo 47** Los organismos de control ejercerán vigilancia especial a la contratación, auditoria y pago de los recursos de salud, gestionados y administrados por entidades públicas o privadas que cumplan la función de contratación, vigilancia, control y ordenamiento del pago a los prestadores de servicios de salud, integrantes de las redes integrales e integradas de servicios de salud.
2. **Modificativa Artículo 79.** Organización y Conformación de las Redes Integradas e integrales de Servicios de Salud - RISS: Las entidades departamentales, distritales **y municipales** según corresponda, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, organizarán y conformarán las redes integradas e integrales de servicios de salud incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos. Los Criterios determinantes de las redes integradas e integrales de servicios de salud, serán la guía para la organización y conformación de las redes. Las RISS se deberán registrar en el aplicativo que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. **NUEVO párrafo 1, Artículo 79.** La organización y contratación de prestadores de servicios de salud para la conformación de redes integrales e integradas, se ajustarán en los próximos 5 años, a un contrato basado en resultados en salud, cuyos resultados garanticen contratos a largo plazo, renovación automática, y estímulos económicos por resultado en salud de los pacientes atendidos, logrando mejoramiento y mantenimiento de la salud de la población asignada.
4. **NUEVO párrafo 2, Artículo 79.** La conformación de la RED y las Instituciones de salud que la conforman, será evaluada y aprobada por las entidades territoriales departamentos y municipios, donde viven los usuarios objeto de la red, Solo se podrá contratar los prestadores de servicios de salud, que fueron aprobados, y solo se podrá reformar la red previa evaluación y aprobación. Las redes no son un listado



COSESAM

Corporación Colombiana de Secretarios
de Salud Municipales

- de prestadores de servicios de salud en un territorio, su operador debe garantizar trabajo articulado y el flujo sin barreras entre las instituciones que la conforman, así, el usuario no tendrá que participar en ningún trámite para su atención.
5. **NUEVO párrafo 3, Artículo 79.** La contratación de las redes de servicios de salud se registrará en un sistema de información para el sistema de salud, en el cual se publica los Documentos del Proceso, de contratación de las IPS de la red, incluido sus registros, propietarios y controlantes, los servicios contratados, las tarifas, 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.
 6. **NUMERAL NUEVO Artículo 111.** La vigilancia de los recursos públicos de la salud será complementaria en los diferentes niveles y capacidades de control del estado.
 7. **NUMERAL NUEVO ARTICULO 111.** 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 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 conservara un carácter independiente y autónomo para su gestión administrativa.
 8. **Revisar. Artículo 124.** Actualmente existe el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud – IETS, quien desarrolla esta tarea, y su organización debe acordarse y ajustarse de acuerdo con las necesidades del país y el avance de la ciencia, en su junta que preside el Ministerio de salud. Lo que si debe garantizarse es su financiación con recursos públicos, y o independiente de los interesados en sus resultados.
 9. **NUMERAL NUEVO Artículo 47 RENDICIÓN DE CUENTAS,** Las entidades públicas o privadas, que cumplan el rol de contratación, vigilancia, control y ordenamiento del pago, harán semestralmente rendición publica de su gestión en salud y del uso de los recursos, de acuerdo con la reglamentación, dentro de ella algunas situaciones de salud, deberá ser rendidas en forma nominal, como la mortalidad materna, perinatal, desnutrición, etc. y otras que de acuerdo a las prioridades definidas por el ministerio de salud.
 10. **NUEVO PARRAFO Artículo 102 SISTEMAS DE INFORMACION Y TRANSPARENCIA.** Los sistemas de información del sector que se creen o existan



COSESAM

Corporación Colombiana de Secretarios
de Salud Municipales

como el SISPRO, Cuenta de alto costos -CAC, otros, garantizaran el acceso a la información, de tal forma que se tenga protección de los datos personales en concordancia con las leyes de habeas data, pero garantizando su trazabilidad y discriminación de las atenciones individuales, usando para ellos técnicas que lo hagan posible. En ninguna circunstancia se admitirá que basados en el habeas data, se limite su análisis por todos los interesados.

11. Dentro de los derechos de los ciudadanos, está el acceso a la información de los prestadores de servicios de salud y los servicios disponibles en cada integrante de la red responsable de su salud.

12. Modificativo Numeral 11. Artículo 116. 11. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud, 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.

13. **NUEVO, NUMERAL ARTICULO 116.** La superintendencia Nacional de Salud, 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 secretarios de salud podrá cumplir esta función. Estos funcionarios en forma articulada ejercerán en su territorio las funciones delegadas de IVC y sanción. La SNC 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.

14. NUEVO, NUMERAL ARTICULO 117. Los centros reguladores de urgencias departamentales y distritales, dispondrá 7 días x 24 horas, de un grupo profesional en las especialidades que el ministerio de salud y PS defina, para que definan en forma directa y ordenen la atención en salud de pacientes, cuando los responsables de hacerlo se demoren más del tiempo predefinido poniendo en riesgo la vida.

15. Modificativo párrafo numeral 10 Artículo 123. Los Centros de atención Primaria de Salud ~~Las autoridades sanitarias municipales~~ tendrán acceso a los insumos y medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades tropicales, a cuyo efecto se establecerá un riguroso control en su dispensación para garantizar su uso exclusivo por prescripción facultativa médica.

HOSPITALES PÚBLICOS ESE - ISE CON FUNCIONES DE CAPS

Respaldamos el fortalecimiento de los hospitales públicos, ha sido nuestra posición de COSESAM en las dos últimas décadas, en contraria a la filosofía mercantil, de los ministros y funcionarios del Ministerio de Salud y PS, del Ministerio de Hacienda, y de la

Superintendencia Nacional de Salud, que consideraban que los resultados económicos de las ESE eran más importantes que la rentabilidad social.

En esa línea de pensamiento, hicieron prevalecer a eficiencia económica, y la posición dominante de las EAPB, incluido el no pago de servicios prestados, y así, promovieron normas que restringieron el desarrollo y marchitamiento de la red pública de servicios de salud en el país. Lo cual quiso redireccionar, Ley 1751 de 2015 - Estatutaria de salud, que dice en su "Art 24. DEBER DE GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS EN ZONAS MARGINADAS. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en 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."

Por ello:

1. Celebramos la necesidad de fortalecer nuestros hospitales públicos, con capacidad del talento del personal sanitario necesario, la tecnología requerida y un financiamiento adecuado.
2. Establecer el presupuesto suficiente y necesario con énfasis en la APS y servicios autónomos y de mayor complejidad y tecnología en los centros de atención primaria CAPS, incluidos subsidio de oferta cuando sea necesario,
3. Reestructuración administrativa, eliminando al máximo el aparato burocrático que el sistema obligó a desarrollar en las empresas sociales del estado, y establecer mecanismos para que se dediquen a desarrollar acciones preventivas y predictivas para proteger la salud de sus comunidades, superando la facturación que los ha agobiado, además de protegerlos de intereses corruptos ajenos a la salud.
4. Recuperación, dignificar y formalizar el personal sanitario de nuestros hospitales, sobre los cuales se soportó la exigencia de sostenibilidad financiera de las ESE, generada por las condiciones leoninas de la contratación, y el no pago de servicios de las EAPB. Logrando eliminar la contratación sin protección y estabilidad laboral, y las cooperativas intermediarias del trabajo sanitario, que además de las malas condiciones laborales explotan a los trabajadores con prácticas abusivas y corruptas. Lo que también promovió el Ministerio de salud, con sus famosos estudios de reestructuración de los hospitales a finales del siglo XX, y comienzos del XXI, que lo único que buscaban era eliminar los empleos de planta para convertirlos en Ordenes de trabajo sin vinculación laboral formal.
5. En lo referente a la selección de Gerente o directores de estas instituciones, COSESAM ha participado en 20 años buscando mecanismos idóneos con resultados regulares, y al revisar la propuesta del Proyecto de ley, lo vemos complejo y no vemos aún la solución.

Proponemos: TRANSFORMACION ESE A ISE



COSESAM

Corporación Colombiana de Secretarios
de Salud Municipales

- a. **MODIFICATIVA. Artículo 55.** Naturaleza. La prestación de servicios de salud por la Nación y por las entidades territoriales tendrán carácter social, se hará a través de Instituciones de Salud del Estado– ISE hospitalarias o ambulatorias **que se constituyen en sus funciones como Centros de atención Primaria en Salud CAPS**, constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.
- b. **Modificativa: párrafo 2 Artículo 67.** Quien aspire al cargo de Director de la institución de Salud del Estado, deberá acreditar la realización de Curso de Administración Hospitalaria, y prueba de competencia definida por el Ministerio de Salud y PS.
- c. **MODIFICATIVA NUMERAL 1, ARTICULO 87. 1.** Cada Institución de salud, sin importar su naturaleza, deberá mantener en funcionamiento permanente una dependencia, sección u oficina de Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe ser orientada por estas instancias, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo **DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS de la Coordinación** Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contrarreferencia debe ser igualmente dirigida por estas instancias.

6. 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 misma, 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

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

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;
 - a. Vigilancia epidemiológica, Central de inteligencia en salud.
 - b. Análisis de situación de salud
 - c. Agua potable.
 - d. Nutrición
 - e. Violencia intrafamiliar
 - f. Salud mental
 - g. Embarazos adolescentes
2. La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.
 - a. Plan de emergencias y gestión de riesgo
 - b. Atención de emergencias y desastres
 - c. IVC en establecimiento de interés en Salud Pública.
3. Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud;
 - a. Investigación de casos de interés en salud pública – estudios de campo.
 - b. Mantenimiento y análisis de la situación de salud - ASIS.
4. formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población;
5. Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia;
 - a. Comités de participación social.
 - b. Ligas de usuarios
 - c. Juntas de Acción Comunal
 - d. Otros
6. Desarrollo de recursos humanos para la salud;
 - a. Promotores de salud comunitario



COSESAM

Corporación Colombiana de Secretarios
de Salud Municipales

- b. Vigías de la salud escolar
 - c. Madres Comunitarias
 - d. Maestros
7. Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces;
 - a. Garantía de entrega de medicamentos.
 - b. Entrega cercana de medicamentos.
 - c. Uso de genéricos
 - d. Acceso a Métodos de planificación Familiar
 8. Financiamiento de la salud eficiente y equitativo;
 - a. Acceso a la seguridad social.
 - b. Formalización laboral.
 - c. Aportes a la financiación de personas con capacidad o relación laboral.
 9. Vigilar y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad;
 - a. Operación de redes con acceso local
 - b. Identificación y seguimiento de atención a patologías de interés. Cáncer, Diabetes, patologías de alto costo.
 - c. Seguimiento a tamizaje y diagnóstico oportuno.
 - d. Acceso a servicios de derechos, Aborto.
 - e. Coberturas de vacunación, y garantía de estas como un derecho y bien social.
 10. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; y
 - a. Accidentabilidad vial.
 - b. Monitoreo a violencia intrafamiliar.
 - c. Monitoreo de la desnutrición y obesidad.
 - d. Promoción de la necesidad de mejoramiento de vivienda y traslado de vivienda en estado de riesgo.
 - e. promoción de la actividad física
 11. Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.
 - a. Trabajo intersectorial.
 - b. Monitoreo de calidad del agua, promoción de acceso a agua potable.
 - c. Monitoreo y mejoramiento de disposición de basuras.
 - d. 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 PIC.

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 per 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

Propuesta:

1. **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.

Propuestas de Organismos de participación democrática:

Los consejos u otros que se creen de participación nacional o regional, deben generar acuerdos vinculantes, dejar estos en simples proponentes y sugerencias, hacen inútil su participación, dejando esto a la discrecionalidad del ministro o secretario departamental.

Participación Municipal en Consejos, organismos u otros de participación del orden Nacional, departamental o Municipal. Se pide que los municipios tengan participación amplia y proporcional en estos organismos, considerando que ellos son quienes tendrán que vigilar, dirigir y ejecutar las propuestas y decisiones de estos organismos, y por ello su voz debe ser escuchada, para promover la coherencia de las decisiones con la realidad local.

PROPUESTAS DE PARTICIPACION Y GOBERNANZA

1. **MODIFICATIVO párrafo Artículo 9.** En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas, que contarán con competencia sancionatoria y su correspondiente órgano de dirección en salud, encargadas de la administración de los Fondos Territoriales de Salud, que ejercerán la función de



COSESAM

Corporación Colombiana de Secretarios
de Salud Municipales

autoridad sanitaria en el Territorio de Salud correspondiente en armonía con los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

2. **MODIFICATIVA NUMERAL 2. ARTICULO 10 CONFORMACION CONSEJO NACIONAL** 2. Seis (6) representantes de las entidades territoriales, de ellas tres (3) Secretarías departamentales de salud y tres (3) de las secretarías municipales de salud. elegidos por las asociaciones que los representen.
3. **MODIFICATIVA Artículo 13.** Consejos Territoriales de Salud. Los Consejos Territoriales de Salud tienen como objetivo, desarrollar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas públicas de salud, tendrán una composición **representativa similar** en sus funciones e integrantes al Consejo Nacional de Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente, **por ello esta será ajustada en cada territorio haciéndolo viable, de acuerdo con el tipo de población y representatividad.** En estos Consejos además habrá un representante de los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud -CAPIRS de naturaleza pública, mixta y privada. Propondrán las políticas específicas a desarrollar en el respectivo territorio, según las necesidades identificadas y los objetivos definidos en él, en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de salud y adelantarán la coordinación, seguimiento y veeduría para el buen funcionamiento del Sistema de Salud y de sus recursos en el Territorio. En sus reuniones participará con voz, pero sin voto el representante de la Superintendencia Nacional de Salud del Territorio.
4. **NUEVO PARRAFO ARTICULO 13.** Los consejos municipales de salud: conformado por el secretarios de salud quien lo preside, un representante del o los CAPIRS, un representante de los empresarios, uno de las organizaciones comunitarias urbanas, uno de organizaciones de comunidades rurales, uno de organizaciones sindicales si existen en el municipio, uno de comunidades indígenas, y uno de comunidades afro, si existen estas comunidades organizadas en el municipio, uno de profesionales médicos o especialistas que prestan su servicios en el municipio, uno de enfermeras que prestan servicios en el municipio, y uno de trabajadores de la salud no profesionales, uno de las instituciones educativas de salud que operan en el municipio. uno de liga de usuarios u organizaciones de pacientes, uno de organizaciones de comunidad LGTBIQ+, y asuntos de mujer y genero si existen en el municipio. La conformación de los consejos debe garantizar la participación de los grupos sociales que existen y están organizados en el municipio. en caso de no existir no será obligatoria su delegación en el consejo.
5. **MODIFICATIVA Artículo 15.** Asistencia técnica territorial. El ministro de salud y protección social convocará de manera periódica, cada cuatro (4) meses, los directores territoriales de salud de los departamentos y distritos del país, en un comité ejecutivo nacional y que tendrá como finalidad primordial, evaluar el desarrollo del Sistema de Salud y coordinar las acciones de naturaleza interinstitucional conforme a las competencias de cada nivel de gobierno. **Sus acuerdos serán vinculantes, según las particularidades de cada Departamento y Distrito.**
6. **MODIFICATIVA párrafo artículo 15.** Los directores departamentales de salud convocarán de manera regular, un comité ejecutivo departamental, cada cuatro 4 meses, a los directores territoriales de salud de municipios, y distritos, y que tendrán como finalidad realizar la coordinación continua de políticas y ejecución de acciones entre el nivel

departamental y sus municipios y distritos. **Sus acuerdos serán vinculantes, según las particularidades de cada MUNICIPIO**

7. **MODIFICATIVA Artículo 18.** Instancias Operativas. Las instancias operativas del Sistema de Salud son las de financiamiento, de administración y gestión de la salud, de prestación de servicios de salud, de información, de participación social y de inspección, vigilancia, control y sanción, definidas en la presente Ley.
8. **MODIFICATIVA Artículo 45.** Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como organismos o como dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos. **Las Unidades Zonales se constituirán tomando como referencia las provincias, otra organización territorial, localidad o comunas que históricamente o funcione en el territorio**, buscando tener referencia asentamientos poblacionales entre 100.000 y hasta 1.000.000 de habitantes.

Señora Ministra Diana Carolina,

En complemento a este escrito, entregamos un documento en Excel con observaciones del articulado del proyecto de ley 439 de la Cámara, que tratamos de resumir en el escrito.

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.