

Anales de la Academia de Medicina de Medellín

Epoca V, volumen 11, número 3, julio-septiembre 1998
Publicada desde 1887

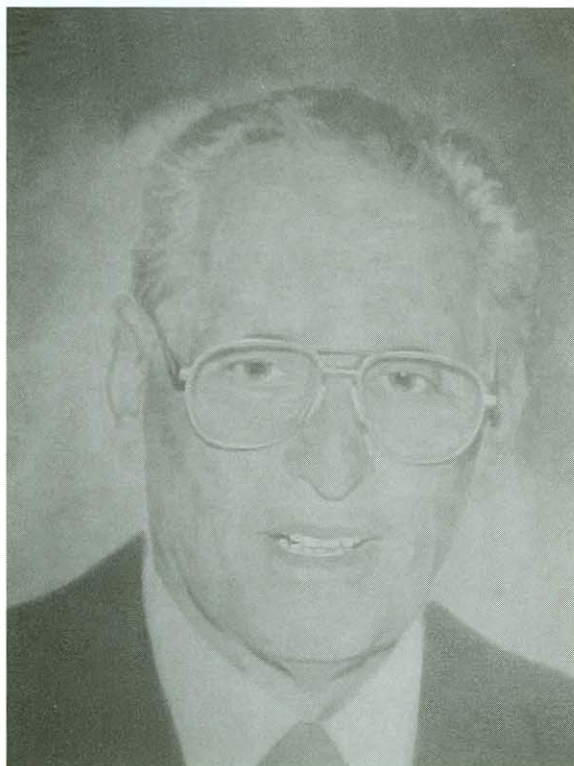


Contenido

Tema libre

**Manual de inducción para
Directores Locales de Salud ... 45**

Grupo de Mejoramiento IPS-DLS



Portada volumen 11, números 1, 2, 3 y 4, 1998
Dr. Alberto Echavarría Restrepo



Manual de Inducción para Directores Locales de Salud

Gobernación de Antioquia
Dirección Seccional de Salud de Antioquia
Dirección de Seguridad Social en Salud
Grupo Mejoramiento IPS-DLS

Guillermo León Franco Castaño, Secretario de Salud Departamental
Nicolás Pérez Soto, Subsecretario de Salud Departamental
Ramiro Giraldo Moreno, Director de Seguridad Social en Salud
Jorge Iván Vélez Uribe, Director de Epidemiología y Promoción
Silvio Valderrama Correa, Director de Vigilancia y Control
Rodrigo Márquez Márquez, Director Financiero y Administrativo
Luis Alfredo Cardona Ramírez, Asesor para la Descentralización

Coordinador Grupo Mejoramiento

Luis Fernando Suárez Vélez

Preparado Por:

Gloria Amparo Estrella Muñoz

Analista de Calidad,

Gloria Emilse Vásquez Castaño

Visitadora Administrativa,

María Eugenia Carvajal Velásquez

Analista de Calidad,

Marco Antonio García Soto, Odontólogo Especialista

Manual de Inducción para Directores Locales de Salud

Contenido

	Página
Presentación	51
1. Marco jurídico	52
2. Sistema municipal de seguridad social en salud	54
2.1 Funciones del municipio en el sistema municipal de seguridad social en salud...	55
2.2 Recursos financieros de la salud en el municipio	55
2.2.1 Identifique las fuentes de financiación	55
Situado Fiscal	55
Aportes Nacionales Diferentes al Situado Fiscal	56
Ingresos Corrientes de la Nación (I.C.N.)	57
Ecosalud	58
Recursos Municipales de Cofinanciación para Salud	58
Recursos de Cofinanciación	58
Rifas Menores	58
Regalías.....	58
2.2.2 Administre los recursos financieros a través del Fondo Local de Salud	58
Generalidades	58
Definición	59
Objetivo	59
Creación y Organización	59
Ingresos del Fondo Local de Salud	59
Egresos del Fondo Local de Salud	60
Ordenación del gasto y administración del Fondo Local de Salud	60
Contabilidad del Fondo Local de Salud	63
Control fiscal de los Fondos Locales de Salud	63
2.3 Dirigir el sistema municipal de seguridad social en salud	63
La Secretaría o Dirección Local	65
El Departamento Administrativo	66
Las principales características son	66
El Establecimiento Público	66
Las principales características son	66
Perfil del director local de salud	67

	Página
Naturaleza de las funciones del cargo	67
Funciones	67
Rol del director local de salud en la junta directiva de la empresa social del estado	68
Modelo de acta de posesión	69
El director local de salud posesionado	69
2.3.1 Planificación del sector salud	70
Generalidades	70
Etapas del proceso de planeación	71
1.Etapa diagnóstica	71
2.Etapa estratégica	72
3.Etapa de plan operativo de inversiones	72
4.Etapa de aprobación, seguimiento y evaluación	72
Criterios:	72
Ahora	73
Cual es el papel del director local de salud en la planificación del sector salud? ...	73
2.3.2 Pautas metodológicas para organizar la dirección local de salud	73
Planeación	73
Organización	73
Integración	74
Dirección	74
Evaluación y control	74
Primero: Revise las funciones de la dirección local de salud	74
Segundo: Revise el contenido de la plataforma jurídica	76
Tercero: Elabore o adecúe la plataforma estratégica de la dirección local de salud	76
El análisis situacional comprende	77
A. Determine la Visión de la Dirección Local de Salud	77
Una adecuada Visión de Futuro debe ser	77
B. Determine la Misión de la Dirección Local de Salud	78
C. Determine los principios de la Dirección Local de Salud	78
D. Determine los objetivos de la Dirección Local de Salud	78
Cuarto: Determine las áreas y unidades funcionales	79
Quinto: Determine los procesos y procedimientos	79
Las principales características de un proceso son	79
Sexto: Defina la estructura organizacional	80
Séptimo: Implemente el control de gestión	81
El control de gestión implica	81

	Página
Entre las funciones que puede cumplir el control de gestión se encuentran	81
Octavo: Implemente la gestión de personal en la dirección local de salud	82
2.3.3 Sistema básico de información en salud	88
Generalidades	88
Definición	88
Características	88
Objetivos	89
Acciones generales del Sistema de Información	89
2.4 Garantizar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo, orientadas a la colectividad.	90
2.4.1 Generalidades	90
Qué acciones desarrolla el PAB?	92
Cómo se financia el PAB?	92
Cómo construir y formular el PAB?	93
Elementos de promoción, prevención, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo que deben servir de guía para la elaboración del PAB.	93
Componente de Promoción de la Salud	93
Componente de prevención de la enfermedad	93
Acciones de obligatorio cumplimiento	94
Aprobación del PAB dimensionado	95
Monitoreo y evaluación del PAB	95
2.5 Aseguramiento: Garantizar el acceso a la seguridad social en salud	95
2.5.1 Régimen contributivo	96
2.5.2 Régimen subsidiado	96
La interventoría contempla los siguientes aspectos:	97
Sistema de identificación de beneficiarios para los diferentes programas sociales del municipio (SISBEN)	97
Cómo se debe organizar el municipio para asumir el SISBEN?	98
Las acciones del Comité Técnico están orientadas a:	98
Utilidad del SISBEN para el municipio	98
2.5.3 Vinculados	99
2.6 Garantizar la prestación de los servicios de salud en el municipio	99
2.6.1 Red de servicios	100
2.6.2 Acciones de vigilancia y control municipal en salud	103
2.6.3 Servicio de atención a la comunidad -SAC-	104
Estructura territorial del servicio de atención al usuario:	104

	Página
3. Espacio de participación social	105
3.1 Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.....	105
Funciones del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud	106
3.2 Veeduría ciudadana	106
Funciones de la veeduría ciudadana:.....	106
Características generales del ejercicio de la veeduría.....	106
Para ser veedor ciudadano del sector salud se requiere:	107
Los programas y proyectos objeto de la veeduría ciudadana en salud son.....	107
3.3 Comité de participación comunitaria	107
Funciones de los comités de participación comunitaria en salud	108
3.4 Comité de Emergencias.....	109
Funciones del comité de emergencias	110
Integrantes del comité (COME).....	110
3.5 Alianza o Asociación de Usuarios	110
Funciones de la asociación de usuarios:	110
4. Anexo: Siglas más utilizadas.....	111
5. Fuente de datos	112

Presentación

El Departamento de Antioquia en su proceso de descentralización de la salud y de reestructuración administrativa, dio origen en la Dirección Seccional de Salud a la Dirección de Seguridad Social de la cual hace parte el grupo de Mejoramiento de Instituciones Prestadoras de Salud y de Direcciones Locales de Salud IPS-DLS, cuya finalidad es coordinar y ejecutar acciones de asesoría y asistencia técnica para contribuir a la organización y desarrollo de los entes de dirección y prestación de servicios de salud del departamento, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Grupo de Mejoramiento IPS - DLS, buscando lograr un desarrollo armónico de los entes territoriales, en especial lo referido al Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud, a través de sus Direcciones Locales de Salud, ha recopilado de manera sistemática esta información, la cual contribuirá a orientar la gestión de los Directores Locales de Salud, optimizando día a día su desempeño, razón por la cual lo hemos denominado: “MANUAL DE INDUCCION PARA DIRECTORES LOCALES DE SALUD”.

El contenido hace el abordaje de cada una de las competencias del Municipio en materia de Seguridad Social en Salud, con especial énfasis en la organización del ente de Dirección, como punto de partida para la construcción y desarrollo de la misma, así como para el cumplimiento de las funciones enmarcadas en la Constitución Política de Colombia, Ley 10/90, Ley 60/93 y Ley 100/93, con sus respectivos decretos reglamentarios.

Este Manual es un documento Preliminar, resultado de una revisión bibliográfica, y de importantes aportes que desde la práctica, y mediante la interacción con los Directores Locales de Salud es lo que ha hecho posible su validación; sin embargo, esperamos que sus valiosos aportes contribuyan a mejorarlo cada día más.

1. Marco jurídico

El marco jurídico donde se encuentran inmersas todas las acciones para el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ente territorial, es el siguiente:

LEY 9 DE 1979 o Código Sanitario Nacional. Por medio del cual se dictan medidas sanitarias relacionadas con la protección del ambiente, suministro de agua, salud ocupacional, saneamiento de edificaciones, drogas, medicamentos cosméticos, artículos de uso doméstico, vigilancia y control epidemiológico, desastres, defunciones, traslado de cadáveres, vigilancia y control.

DECRETO 77 DE 1987 (Presidencial). Por medio del cual el Gobierno Nacional asigna a los municipios responsabilidades en materia de salud, saneamiento ambiental y agua potable entre otros.

LEY 10 DE 1990 Por medio de la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, se define el régimen de carrera administrativa para el sector salud, organización del Fondo Local de Salud y participación comunitaria en salud.

EL DECRETO 1762 de Agosto de 1990 (Ministerio de Salud), Reglamenta el artículo 6 de la ley 10/90 (Organización de Servicios de Salud del primer nivel).

LA CONSTITUCION NACIONAL DE 1991 Garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, además establece que la seguridad social en salud es un derecho irrenunciable de todos los habitantes y un servicio público obligatorio que se prestará bajo la coordinación y control del estado.

LEY 60 DE 1993 Establece las competencias y recursos para el desarrollo del Municipio. En el artículo 2 definió como competencia de los municipios la realización de acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad que se complementa con el plan de Atención Básica -P.A.B.- (L100 art.165).

El numeral 3 del mismo artículo 2º, define que en el sector de agua potable y saneamiento básico, el municipio debe asegurar la prestación de los servi-

cios de agua potable, alcantarillado, soluciones de tratamiento de aguas residuales y disposición de excretas, aseo urbano y saneamiento básico rural. Ejercer la vigilancia y el control de las plazas de mercado, centros de acopio, mataderos públicos o privados, así como ejercer la vigilancia y el control del saneamiento ambiental y de los factores de riesgo del consumo.

LEY 99 DE DICIEMBRE 22 DE 1993 Por la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente y se reordena el sector público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se reorganiza el Sistema Nacional Ambiental (SINA) y se dictan otras disposiciones.

En el parágrafo 2º, numeral 45 del artículo 5º hace referencia a que el Ministerio del Medio Ambiente, en cuanto sea compatible con las competencias asignadas en la presente ley, ejercerá las demás funciones que en materia de protección del ambiente y de los recursos naturales renovables venían desarrollando el Inderena, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Salud, Ministerio de Minas y Energía y el Departamento Nacional de Planeación.

En los numerales del 1 al 10, del artículo 65 establece las funciones que tienen los Municipios en materia ambiental.

LEY 100 DE DICIEMBRE 23 DE 1993. S.S.S. Integral. Por medio de la cual se reforma el Sistema Nacional de Salud (SNS) y consagra las funciones asignadas a las Direcciones Municipales de Salud. El objeto es contemplado en el artículo 152 así: Las competencias para prestación pública de servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente ley, se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la Ley 10 / 90 y Ley 60 / 93.

Las actividades y competencias de Salud Pública se regirán por las disposiciones vigentes especialmente por la L9ª / 79, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente Ley.

El artículo 165 define el Plan de Atención Básica (P.A.B.) y el artículo 245 crea el Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), cuyo objeto es la ejecución de las políticas en materia de

vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos.

LEY 136/94 Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios y define como una de sus funciones solucionar las necesidades básicas insatisfechas en salud, educación, vivienda, saneamiento ambiental y agua potable, recreación y deporte con énfasis en la niñez, la mujer, la tercera edad y los sectores discapacitados.

LEY 152 DE 1994: Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, en sus capítulos VIII, IX y X definen lo relativo a Planes de Desarrollo de las entidades territoriales, las autoridades e instancias territoriales de planeación y los procedimientos para los planes de desarrollo.

LEY 188 de 1995: Por medio de la cual se establece que los departamentos o distritos deben destinar a salud el 25% del Situado Fiscal que le corresponda.

RESOLUCIÓN 05165 DE 1994 (Ministerio de Salud): Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.

DECRETO 1893/94 (Ministerio de Salud): Por medio del cual se organiza el Fondo Local de Salud.

DECRETO 1757 / 94 (Ministerio de Salud): Por el cual se organiza y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud.

DECRETO 1660/94 (Ministerio de Salud): Por medio del cual se reglamenta la organización de las rifas de competencias Municipal y Distrital, así como su régimen de tarifas.

LEY 344/96 Ley de austeridad en el gasto público, se determinan los porcentajes de transformación del situado fiscal (recursos de oferta) a subsidios en salud a la población (recursos vía demanda).

RESOLUCIÓN 3997 del 30 de octubre de 1996 Ministerio de Salud, define las actividades de Promoción y Prevención en el SGSSS.

RESOLUCION 4288 del 20 de noviembre de 1996, Ministerio de Salud define el Plan de Atención Básica en el SGSSS.

DECRETO 2174/96 (Ministerio de Salud) Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

RESOLUCION 04445/96 (Ministerio de Salud): Por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título 4o. de la Ley 9/79, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas.

RESOLUCION 2240/96 (Ministerio de Salud): Por la cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

DECRETO 2753/97 (Ministerio de Salud): Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

DECRETO 1392/97 (Ministerio de Salud): Por medio del cual se modifica el artículo 17 del decreto 2174 de Noviembre de 1996 por el cual se amplía el plazo a las EPS y a las que se asimilen y a las IPS en ocho meses más, con el fin de que realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de lo dispuesto en dicho decreto (Sistema obligatorio de garantía de la Calidad)

RESOLUCION 04252/97 (Ministerio de Salud): Por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contiene los requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud, se fija el procedimiento de registro de la declaración de requisitos esenciales y se dictan otras disposiciones.

ORDENANZA No. 18 de Agosto 25/97: Por medio del cual se concede una autorización al Departamento de Antioquía, para donar los bienes muebles de propiedad del departamento y los inmuebles que fueron destinados o construidos para la prestación de los Servicios de Salud, a las ESE Hospitales de los municipios donde se estén ubicados.

ANEXO TECNICO DE LA RESOLUCION 04252/97 que contiene los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud.

DECRETO 204/98 (Ministerio de Salud): Por medio de la cual se modifican parcialmente los decretos: 1392 del 26 de Mayo de 1997 en el sentido de ampliar el plazo allí establecido hasta el 28 de Julio de 1998. Adicionase el Artículo 1 del mismo Decreto con el siguiente párrafo «Autorizase a las Direcciones Territoriales de Salud de los Departamentos, Distritos y Municipios que estén certificados, para otorgar el plazo máximo a las IPS con el fin de que presenten la declaración de requisitos esenciales y cumplan con la totalidad de los mismos hasta el 29 de Enero de 1999 y 2753/97 en el cual se da plazo hasta 29 de enero de 1999, para establecer un sistema de costos y facturación en las IPS cuyo patrimonio exceda de 200 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

ACUERDOS VARIOS DEL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD entre otros, el 23 y 57 en relación con los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y el 77 por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del SGSSS.

DECRETO 475/03/98 (Ministerio de Salud): Por el cual se expiden normas técnicas de calidad del agua potable.

RESOLUCION 2542/98 (Ministerio de Salud): Por la cual se reglamenta el sistema Integral de Información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SIIS.

RESOLUCION 2546/98 (Ministerio de Salud): Por la cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

LEY 443 de junio 11 de 1998: Por la cual se expiden normas sobre Carrera Administrativa y se dictan otras disposiciones.

DECRETOS REGLAMENTARIOS DE LA LEY 443/98: Nros 1567,1568, 1569, 1572/98.

2. Sistema municipal de seguridad social en salud

El proceso de descentralización permite a los Municipios ser los conductores del desarrollo territorial, los Alcaldes se convierten en protagonistas del desarrollo de su región. En el país el proceso de descentralización política, administrativa y fiscal se inició por los años 1982-1986. La nueva Constitución asigna a los municipios obligaciones, competencias y recursos, igualmente se han emitido leyes, normas y decretos conformando así el marco jurídico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instancias y actores del orden municipal que se interrelacionan de manera coordinada en su territorio, con el fin de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la recuperación del estado de salud de su población, y constituyen el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud.

Se hace necesario entonces, prever mecanismos eficientes de afiliación y aseguramiento, organización territorial, para la atención de todos los eventos de salud, y determinación de canales efectivos de participación social.

Para poder organizar y montar el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud, se requiere desarrollar la Descentralización (Se logra cuando el municipio se ha CERTIFICADO en salud). Esto permite al Municipio poseer la autonomía en la administración y dirección de los recursos, lograr la suficiente capacidad de gestión y desarrollo de todos los procesos necesarios para el funcionamiento eficaz y eficiente del sistema.

Un municipio CERTIFICADO puede lograr:

- Autonomía de gestión y presupuestal
- Controlar la nómina, los bienes, las instituciones
- Recibir cofinanciación, situado fiscal, rentas cedidas
- Convertir subsidios de oferta a demanda.

2.1 Funciones del municipio en el sistema municipal de seguridad social en salud

Los Municipios son entidades eminentemente ejecutoras de las acciones estatales en materia social. De acuerdo con su forma de organización, deben dirigir, prestar o participar en la prestación de los servicios de salud conforme a la ley, las normas técnicas de carácter nacional, a las ordenanzas departamentales y a los respectivos acuerdos municipales y cumplir con las siguientes funciones en materia de Salud:

- 2.1.1. Dirigir el Sistema Local de Seguridad Social en Salud y ejercer las funciones establecidas para las Direcciones Locales del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- 2.1.2. Asegurar y financiar la prestación de servicios del primer nivel de atención en salud de la comunidad, directamente o por intermedio de sus dependencias o entidades descentralizadas o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, teniendo como marco las normas sobre la materia.
- 2.1.3. Realizar las acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad.
- 2.1.4. Para desarrollar el principio de complementariedad pueden prestar servicios de segundo y tercer nivel de atención en salud, siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permita y garanticen debidamente la prestación de los servicios y las acciones de salud que le corresponden, previo acuerdo con el respectivo Departamento.
- 2.1.5. Financiar la dotación, construcción, ampliación, remodelación y mantenimiento integral de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a cargo del Municipio (L60/93), y las inversiones en dotación básica, la construcción y mantenimiento integral de los Centros de Bienestar del Anciano, para lo cual deberán concurrir los Departamentos.
- 2.1.6. Otorgar subsidios a la demanda de servicios de salud a la población de menores recursos, de conformidad con los criterios de

focalización para la determinación, identificación y selección de beneficiarios que el CONPES social establezca.

- 2.1.7. Promover y fomentar la participación de las entidades privadas, comunitarias y sin ánimo de lucro en la prestación de servicios de salud, pudiendo celebrar con ellas los contratos a que haya lugar.

2.2 Recursos financieros de la salud en el municipio

2.2.1 Identifique las fuentes de financiación

Para asumir las competencias en salud por parte del Municipio, la ley ha dispuesto una serie de recursos fiscales que se transfieren al ente territorial a través de la nación o del departamento, éstos son:

- El Situado Fiscal
- Aportes Nacionales diferentes al Situado Fiscal
- Las rentas y aportes que se cedan y/o asignen al municipio para salud en el presupuesto del departamento
- Las partidas libremente asignadas al Fondo Local de Salud en el presupuesto municipal.
- Ingresos Corrientes de la Nación (I.C.N.) asignados para salud
- Valor de los rendimientos de las inversiones financieras de estos recursos
- Transferencias provenientes de ECOSALUD
- Recursos municipales de Cofinanciación para salud
- Utilidades de loterías municipales
- Rifas Menores
- Regalías
- Aportes del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) para subsidios

Situado Fiscal

El Situado Fiscal, establecido en el artículo 356 de la Constitución Nacional, es el porcentaje de los Ingresos Corrientes de la Nación, destinados a la financiación de los Servicios de Salud y Educa-

ción, que es transferido a los Departamentos, Distritos y a los Municipios cuando cumplan los requisitos establecidos por la ley.

La distribución del monto del Situado Fiscal entre Departamentos y Distritos es del 15% por partes iguales. El restante 85% se distribuye de acuerdo con la población usuaria de los servicios de salud, sus gastos de atención y la población potencial en cada entidad territorial.

Los Departamentos y Distritos deben destinar a Salud el 25% de los recursos del situado fiscal que les corresponda, por disposición de la Ley 188 de 1995.

En cuanto al uso de éstos recursos del Sector Salud, la entidad territorial que los recibe debe tener en cuenta los siguientes factores:

- A partir de 1994, del total del situado fiscal, se aplica un monto, calculado por cada Departamento o Distrito, destinado a los aportes patronales: cesantías, salud y reservas pensionales del personal del sector salud. Estos recursos no se giran a las entidades territoriales, sino directamente del Ministerio de Hacienda a los Fondos de Pensiones y Cesantías, y EPS donde se encuentre afiliado el personal del sector salud; éste es el llamado Situado Fiscal sin situación de fondos o Situado Fiscal Prestacional.
 - Como mínimo el 50% del Situado Fiscal destinado a salud deberá aplicarse a la atención del primer nivel y debe ser transferido a municipios y distritos cuando éstos asuman esa competencia. El valor aplicado a los demás niveles debe privilegiar la atención a la población no afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud (vinculada), y el Segundo y tercer nivel de atención para toda la población. Cada nivel territorial deberá aplicar al menos cinco puntos porcentuales a prevención de la enfermedad y fomento de la salud.
 - De acuerdo con el artículo 20 de la Ley 344/96, las Direcciones Locales de Salud deberán tener un plan de transformación del financiamiento del sistema de subsidios a la oferta, por subsidios a la demanda (Plan de Conversión). Dentro de éste plan de conversión, deberá establecerse que los r
- Recursos del Situado Fiscal, descontando el 5% del PAB y los recursos para el pago de aportes patronales para cesantías y pensiones establecidos en la Ley 60/93, deberán dedicarse a subsidios a la demanda, afiliando mayor número de personas pobres al Régimen Subsidiado, y se convertirán como mínimo los siguientes porcentajes:
En 1997: 15%; en 1998: 25%; en 1999: 35%; 2000 en adelante: 60%
- Con los recursos del Situado Fiscal no son financiables los gastos de funcionamiento de las dependencias y organismos de Dirección de cualquier nivel Administrativo .
- Para que un Municipio reciba directamente el Situado Fiscal debe estar CERTIFICADO EN SALUD.
- Aportes Nacionales Diferentes al Situado Fiscal
- Constituyen recursos que se apropian directamente al municipio para financiar o cofinanciar programas de seguridad social en salud provenientes del nivel nacional:
- Cofinanciación para subsidios provenientes de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía.
 - Cofinanciación para programas o proyectos de mantenimiento, dotación de equipos para hospitales, construcción, remodelación o ampliación de sus plantas físicas.
 - Cofinanciación de programas o proyectos de promoción de la salud.
 - Cofinanciación o financiación de programas y proyectos relacionados con el Plan de Atención Básica, de mejoramiento de oferta de servicios y de la gestión o cualquier otro gasto de competencia del municipio en salud, sistemas de información, de facturación, o aplicación de la metodología SISBEN.
- Las Rentas y Aportes que se cedan y/o Asignen al municipio para Programas de Salud en el Presupuesto Departamental

Los departamentos pueden asignar partidas en sus presupuestos para que el municipio los administre directamente o a través de terceros. Dichos recursos deben manejarse a través del Fondo Local de Salud.

Partidas Libremente Asignadas al Fondo Local de Salud en el Presupuesto del Municipio

Los municipios disponen de partidas de destinación especial para salud, pero pueden libremente asignar otras partidas de su presupuesto para salud, recursos que deben manejarse a través del Fondo Local de Salud.

Ingresos Corrientes de la Nación (I.C.N.)

Los municipios tienen la obligación de destinar recursos provenientes de las participaciones de inversión social transferidas por la Nación al sector de la salud.

El porcentaje de I.C.N. respecto a Inversión Forzosa en Salud, equivale al 25% de estos recursos y se distribuye así:

- 15 puntos para Subsidios a la demanda en salud (Decreto 1664/94)
- 10 puntos para Programas de Salud

Existe otro porcentaje de obligatoria asignación, correspondiente al 20% de los I.C.N. destinados a Agua Potable y Saneamiento Básico (A.P.S.B.), el cual se aplica cuando no se haya cumplido con la meta de cobertura de un 70% de la población con agua potable, en caso contrario, podrá destinarse a otras actividades (Ley 60/93, art. 21).

La participación del Municipio en Ingresos Corrientes de la Nación para el sector social en SALUD (10 puntos) se destinará a las siguientes actividades:

Pago de salarios y honorarios a médicos, enfermeras, promotores y demás personal técnico y profesional, prestaciones sociales y su afiliación a la seguridad social, dotación y mantenimiento de infraestructura hospitalaria a cargo del municipio y de centros y puestos de salud, vacunación, promoción de la salud, tercera edad, programas nutricionales, Control y vigilancia del saneamiento ambiental; Pago de subsidios para el acceso de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) a la atención en salud, acceso a medicamentos especiales, prótesis, aparatos ortopédicos. (Art.21 Ley 60/93)

Los INGRESOS CORRIENTES DE LA NACIÓN correspondientes al sector salud, no pueden destinarse a gastos de funcionamiento del organismo de dirección.

A partir del año 2000, los municipios clasificados en las categorías cuarta, quinta y sexta, de conformidad con las normas vigentes, podrán destinar libremente, para inversión o para otros gastos, hasta un quince por ciento (15%) de los recursos que perciban por concepto de la participación. Para los años 1995 a 1999 inclusive, se establece un período de transición, durante el cual los municipios, de conformidad con la categorización consagrada en las normas vigentes, destinarán libremente para inversión o para otros gastos, un porcentaje máximo de los recursos de la participación, de la siguiente forma: (**tabla 1**).

Tabla 1.
Porcentaje de libre asignación de las participaciones para sectores sociales

Categoría Municipio	1995	1996	1997	1998	1999	2000 en adelante
Especial y Primera	0 %	0	0	0	0	0
2 y 3	25 %	20	15	10	5	0
4, 5 y 6	30 %	27	24	21	18	15

Fuente: Acto legislativo No. 01 de 1995

Valor de los Rendimientos de las Inversiones Financieras que se Generen por los Recursos Administrados a Nivel Local

Los recursos que conforman el Fondo Local de Salud, pueden generar rendimientos, siempre y cuando el administrador del mismo tenga en cuenta:

- Que el flujo de ingresos y pagos lo permita
- Que se garantice la oportunidad en los giros
- Que se evite incurrir en manejos especulativos
- Que se cumpla con las obligaciones contraídas

Ecosalud

Estos recursos provienen de la explotación monopólica de las modalidades de juegos de suerte y azar diferente a las loterías y a las apuestas permanentes. Estos dineros van directamente a los Fondos Locales de Salud. Los recursos de Ecosalud que correspondan a los municipios que no hayan constituido los fondos municipales de salud, se girarán a los Fondos Seccionales de Salud, donde se contabilizarán los recursos por municipio, los cuales para acceder a estos recursos, deberán presentar proyectos ante la Dirección Seccional respectiva. Los rendimientos financieros que produzcan estos recursos, se abonarán al municipio beneficiario.

Recursos Municipales de Cofinanciación para Salud

Un porcentaje de los recursos del municipio podrá destinarse a la cofinanciación de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud en el ámbito local, para completar los recursos que provienen del Fondo de Solidaridad y Garantía en sus diferentes subcuentas y ayudar a financiar proyectos de cualquiera de las áreas de seguridad social en salud.

Recursos de Cofinanciación

Es la concurrencia financiera de niveles superiores de Gobierno para apoyar con recursos no reembolsables de su presupuesto, la financiación parcial de proyectos en áreas de competencia territorial.

Rifas Menores

Rifas menores son aquellas cuyo plan de premios tiene un valor comercial inferior a 250 salarios mínimos legales mensuales, y están autorizadas para circular únicamente en el territorio de un municipio, y no podrán ser de carácter permanente.

Toda suma que recaude el municipio o distrito por concepto de rifas menores deberá acreditarse exclusivamente como ingreso del Fondo Local de Salud.

Los Alcaldes Municipales o Distritales son competentes para expedir permisos de ejecución de las rifas menores. En la resolución que concede el permiso de operación, se fijará el valor a pagar por el mismo, el cual deberá ser consignado directamente al Fondo Local de Salud (Decreto 1660/94).

Regalías

Es la forma de contraprestación económica a la que el Municipio tiene derecho, por la pérdida de un Recurso Natural no renovable, existente en su subsuelo. La parte de estos ingresos que van directamente al municipio, es exclusivo para el financiamiento de proyectos de inversión. La Comisión Nacional de Regalías ejerce la respectiva vigilancia.

2.2.2 Administre los recursos financieros a través del Fondo Local de Salud

Generalidades

Su piso Jurídico tiene origen en:

- Artículo 13 Ley 10 de 1990
- Artículo 19 Ley 60 de 1993
- Decreto 1893 de 1994 Reglamentario del artículo 19 de la Ley 60 de 1993

A raíz de la descentralización, los municipios deben asumir sus responsabilidades en todos los ámbitos incluyendo la garantía de prestación de servicios de salud.

Deben entonces, establecer una estructura que les permita cumplir y dar direccionalidad a las com-

petencias que en materia de salud les corresponde. La normatividad existente apunta también a éste objetivo y es así como el artículo 13 de la Ley 10 de 1990, establece que los municipios deben organizar un Fondo Local de Salud.

Definición

El Fondo Local de Salud es una cuenta especial en el presupuesto del Municipio, con unidad de caja, sometida al régimen presupuestal y fiscal de la respectiva entidad territorial, destinado a la administración de los recursos, que deben financiar la Dirección y prestación de Servicios de Salud por parte del Municipio.

La unidad de caja hace referencia a que “con el recaudo de todas las rentas y recursos de capital se atenderá el pago oportuno de las apropiaciones autorizadas en el presupuesto de una entidad” (Art. 16 Decreto 111/96).

La unidad de caja en el caso del FLS debe aplicarse sólo al interior del fondo, de manera que los recursos de salud siempre deben estar disponibles para los programas de salud, y NO se pueden utilizar en otros programas del ente municipal. Además los recursos del situado fiscal se deben contabilizar en forma independiente. Adicionalmente, los municipios pueden organizar fondos locales de salud en comunas y corregimientos, y pueden conformar fondos especiales de suministros y medicamentos en las entidades de prestación de servicios.

De acuerdo con el artículo 123 inciso 5o. del Decreto 111/96, las cuentas especiales previstas para el manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales previstas en las leyes 60 y 100 de 1993, se integrarán en los Fondos Seccionales, Distritales y municipales de salud de que tratan las disposiciones legales pertinentes, pero no formarán en ningún caso parte integral de los recursos comunes del presupuesto de tales entidades, por lo cual, su contabilización y presupuestación será especial en los términos del reglamento.

Objetivo

El Fondo Local de Salud tiene como objetivo la consecución, recaudo, asignación, contabilización, administración y control de los recursos que se

destinarán a los programas de funcionamiento e inversión para financiar la Dirección y prestación de los Servicios de Salud de conformidad con los criterios de distribución establecidos en la Ley 100/93 y el artículo 19 de la Ley 60/93.

Creación y Organización

El Fondo Local de Salud se crea y organiza por iniciativa del Alcalde, mediante Acuerdo municipal o en uso de facultades extraordinarias otorgadas al Alcalde por el Concejo Municipal, para tal fin, como una cuenta especial en el presupuesto del Municipio, dirigida a la organización del régimen financiero del sector salud.

Ingresos del Fondo Local de Salud

1. Situado Fiscal asignado para salud, cuando el municipio se certifique como descentralizado en salud.
2. Aportes nacionales diferentes al anterior, destinados para financiar o cofinanciar programas de seguridad social en salud.
3. Rentas o aportes cedidos por el Departamento al municipio para programas de salud.
4. Partidas asignadas en el Presupuesto municipal para el fondo de salud.
5. Partidas asignadas para los programas de salud en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 357 de la Constitución Nacional y la Ley 60/93, que son las participaciones del municipio en los ICN.
6. El valor de los rendimientos financieros generados por cuentas corrientes, de ahorros o depósitos a término fijo, realizados por la Tesorería o Secretaría de Hacienda Municipal, de acuerdo con el Decreto 1893/94.
7. Los recursos asignados al municipio en beneficio del sector salud provenientes de los juegos de suerte y azar, apuestas permanentes y rifas menores.
8. Los recursos provenientes de la explotación de los juegos de suerte y azar administrados por Ecosalud.

9. Los recursos del municipio que se destinen a la cofinanciación del sistema territorial de seguridad social en salud, proveniente de las subcuentas de: Solidaridad del régimen de subsidios en salud y Promoción de la salud, riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, pertenecientes al Fondo de Solidaridad y Garantía. Además los recursos propios que cofinancien proyectos de inversión en las áreas de seguridad social en salud.
10. Los recursos provenientes de la expedición de permisos, licencias y certificaciones, fijadas por la Dirección Local de Salud con destino al sector salud.
11. Los aportes que reciba directamente el municipio con destino al Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud.
12. El impuesto de registro y anotación con destino a salud, si el Departamento lo ha cedido al municipio.
13. Las demás rentas y recursos que se generen para el municipio con destino a la salud y sin perjuicio de los ingresos de la Empresa Social del Estado.

Los siguientes son los recursos asignados a las Empresas Sociales del Estado, los cuales NO se consideran como del Fondo Local de Salud:

- Las transferencias del departamento o del municipio que se hayan incluido en el presupuesto de la E.S.E.
- Las cuotas de recuperación que deben pagar los usuarios por los servicios prestados.
- Los ingresos por venta de servicios o medicamentos.
- Los ingresos por seguros de riesgos catastróficos o accidentes de tránsito.
- Los aportes asignados por las Juntas Administradoras Locales.
- Los ingresos provenientes de entidades públicas o privadas para financiar o cofinanciar programas especiales.
- Las donaciones y aportes voluntarios de particulares.

Egresos del Fondo Local de Salud

1. Los gastos propios de la Dirección Local de Salud como ente que asume el Sistema Municipal de Salud y de acuerdo con las leyes 60 y 100/93 y sus decretos reglamentarios. El situado fiscal no puede destinarse a gastos de la dirección del sistema.
2. Las transferencias para entidades que presten servicios de salud, que tengan personería jurídica y autonomía administrativa y que sean de carácter público, a través de sus fondos de medicamentos y suministros.
3. Los gastos necesarios para la prestación del PAB, el POS-S y todo aquello que en virtud de lo establecido por la ley en materia de salud, le competen al municipio.
4. Los gastos de la I.P.S. de salud que funcionen como dependencia de la Dirección Local de Salud y que no se hubieren descentralizado.
5. Las erogaciones correspondientes a los contratos de la D.L.S. que se establezcan en atención a los principios de complementariedad e integración funcional.
6. Erogaciones para los contratos de prestación de servicios con entidades públicas o privadas, teniendo como base el régimen de tarifas.
7. Los demás gastos que correspondan a las obligaciones propias de la D.L.S. incluidos los que se refieran a las subcuentas.

Ordenación del gasto y administración del Fondo Local de Salud

La ordenación del gasto y la administración del Fondo Local de Salud, según lo establece el Decreto 1893/94, corresponderán al Alcalde, el cual podrá delegar dichas atribuciones en el Director Local de Salud. Generalmente se delega la administración del Fondo Local de Salud, la ordenación del gasto, sigue en cabeza del Alcalde.

Son funciones del administrador del fondo:

- Preparar y presentar para la aprobación del Concejo Municipal, proyectos de presupuesto de ingresos y egresos del Fondo Local de Salud,

en coordinación con las Dependencias señaladas en la ley y el reglamento.

- Preparar y presentar para la aprobación del Concejo Municipal los actos necesarios para la ejecución presupuestal del Fondo Local de Salud.
- Velar por el eficiente y oportuno Ingreso de los recaudos del Fondo Local de Salud.
- Velar por el eficiente y oportuno pago de las obligaciones que se hayan contraído con cargo a los recaudos del fondo, debidamente autorizado en el presupuesto, y en el programa anual mensualizado de caja.
- Preparar y rendir informes financieros y demás informes que le sean solicitados.
- Para administrar el FLS se deben identificar claramente:

Las diferentes fuentes de financiación,

Los montos correspondientes al municipio por cada fuente

Las fechas de giro de cada recurso y

La aplicación o uso que se da a los recursos.

- Para lograr una adecuada gestión administrativa de los recursos financieros es indispensable realizar de manera permanente evaluación y control a través de indicadores como por ejemplo:

Porcentaje de ejecución de los recursos (Ingresos y Gastos)

Rotación de las Cuentas por Cobrar

Rotación de las Cuentas por Pagar

Rendimientos financieros de las diferentes cuentas

Porcentaje de ejecución por tipo y vigencia de contrato (Régimen Subsidiado, vinculados, Plan de Atención Básica)

Es importante que toda evaluación quede soportada en medio escrito y apoyarse en ayudas tales como gráficos que permitan una visión rápida de la tendencia positiva o negativa del manejo de los recursos.

El Tesorero Municipal o quien se designe como responsable del manejo del Fondo, tendrá a su cargo todo lo relacionado con el movimiento de los recursos, su recaudo, custodia y desembolsos (Pagador).

Son funciones del Tesorero del fondo las siguientes:

- Cobrar, recaudar y custodiar los recursos del Fondo Local de Salud.
- Girar los pagos debidamente autorizados con cargo al fondo.
- Llevar el registro y control de los ingresos y egresos del fondo.
- Rendir cuentas al ente fiscalizador y los informes requeridos
- Abrir cuentas corrientes, de ahorro o hacer depósitos a término que permitan obtener rendimientos financieros a favor de la salud, sin que se retrasen los pagos o se incurra en manejos especulativos.
- Informar a la D.L.S., al Alcalde y demás entidades competentes sobre las

irregularidades en la transferencia de los recursos al fondo, por parte de personas y entidades obligadas a ello por ley.

El Tesorero como responsable del manejo del fondo, debe garantizar la apertura y funcionamiento de las cuentas bancarias mínimas a saber:

- Situado Fiscal
- Régimen Subsidiado
- Otros Ingresos

El nombre que se da a las cuentas bancarias debe ser completo, según el siguiente ejemplo:

“Fondo Local de Salud, Situado Fiscal Municipio XXX”.

Destinación de los recursos del fondo local de salud:

El Concejo Municipal y el Alcalde en ningún caso podrán variar la destinación y orden de prioridades de los recursos establecidos en la Ley 60/93, y las

normas que la reglamentan o adicionan, de los recursos del situado fiscal para salud, las rentas de recaudo Seccional cedidas por la nación y las otras rentas con destinación específica para salud.

Subcuentas especiales del Fondo Local de Salud

Una subcuenta es una cuenta especial, que sirve como herramienta de control financiero, haciendo las veces de auxiliar contable, que permite el manejo independiente de los diferentes rubros del Fondo Local de Salud. Los recursos financieros que se manejan en las cuentas bancarias, se ejecutan a través de las subcuentas, logrando controlar la ejecución de los mismos. Las subcuentas, estarán inscritas en los libros de contabilidad y presupuesto, y tendrán rubros específicos para cada efecto:

1. Subcuenta del Régimen Subsidiado: Las Direcciones de Seguridad Social en Salud y Financiera del Ministerio de Salud, establecieron como requisito indispensable para el giro de los recursos del Fosyga, Subcuenta Régimen Subsidiado, la apertura de una cuenta bancaria específica para el Régimen Subsidiado, con el fin de agilizar los trámites de recepción y utilización de los recursos. Son recursos de la Subcuenta de Régimen Subsidiado:
 - Mínimo 15 puntos de la transferencia de inversión social destinados a salud de que trata el numeral 2 del artículo 22 de la Ley 60/93
 - Recursos propios que el municipio destine al Régimen de Subsidios en Salud y aquellos provenientes de Ecosalud.
 - Los recursos del situado fiscal y de las rentas cedidas a los Departamentos que se requieran para financiar al menos las intervenciones de II y III nivel del plan de salud de los afiliados al Régimen Subsidiado, conforme a la gradualidad que para el efecto se establece en la Ley 100/93.
 - Los recursos para subsidios del Fosyga descritos en el artículo 221 de la Ley 100/93.
 - El 15% de los recursos adicionales que a partir de 1997 reciba el municipio como participaciones y transferencias por concepto del impuesto de renta sobre la producción de las empresas de la Industria Petrolera causada en la zona de Cusiana y Cupiagua.
2. Subcuenta de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad: son recursos de esta subcuenta los siguientes:
 - Las partidas que se asignen a programas nacionales a través del Ministerio de Salud.
 - Los 5 puntos que debe asignar el municipio como mínimo, del monto total del situado fiscal de salud.
 - Los recursos propios que el municipio asigne a éstas acciones.
 - Los recursos que el municipio asigne con cargo al 10% de las participaciones municipales en los ICN de destinación especial para salud, o del componente que no tiene destinación especial para subsidios, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 60 de 1993.
 - Los recursos que se designen del 20% de las participaciones del municipio destinado para agua potable y saneamiento básico.
3. Subcuenta del Situado Fiscal para Salud: Estos recursos se contabilizan en forma independiente y en una cuenta bancaria separada.
4. Subcuenta del Situado Fiscal del Pasivo Prestacional: El situado fiscal para el pago de la deuda prestacional de los funcionarios del sector salud, se causa sin situación de fondos.

La Superintendencia Nacional de Salud sugiere se manejen adicionalmente otras dos subcuentas, así:
5. Subcuenta de Arbitrios Rentísticos de la Nación.
6. Subcuenta de Rifas Menores

Régimen financiero y presupuesto de ingresos y gastos:

El Fondo Local de Salud se rige por las normas fiscales, contables y presupuestales del respectivo municipio.

Para el Presupuesto de Ingresos y Gastos, la Dirección Local de Salud en coordinación con la Secretaría de Hacienda y/o Tesorería prepara el Proyecto de presupuesto, acorde con el Plan Sectorial de

Salud del Municipio y en coordinación con los planes, políticas y programas departamentales y nacionales.

La Empresa Social del Estado prepara en forma autónoma su proyecto de presupuesto y le presenta a la Dirección Local de Salud con el fin de adecuarlo a los Planes, Programas y Políticas de Seguridad Social del Municipio, quien lo integrará al proyecto de presupuesto del respectivo Fondo Local de Salud, sin perjuicio del régimen presupuestal autónomo de las Empresas Sociales del Estado.

La presentación, aprobación, modificación y control presupuestal del Fondo Local de Salud, está sujeto a las normas establecidas en el Estatuto Orgánico de Presupuesto del ente territorial, cuando éste no exista, se aplicará la Ley Orgánica de Presupuesto Nacional (Decreto 111/96) en lo que fuere pertinente.

La Dirección Local de Salud y la Dirección Departamental deben consolidar la información contable y presupuestal de los fondos locales y de la E.S.E. y rendir informes al Ministerio de Salud, de acuerdo con las normas establecidas por él.

Contabilidad del Fondo Local de Salud

La Contabilidad del Fondo Local de Salud se lleva en una cuenta especial dentro del Sistema Contable general del Ente Territorial. La Dirección Local de Salud se debe acoger al Plan único de cuentas establecido por la Superintendencia Nacional de Salud, hasta tanto el Contador General de la República adopte sistemas contables.

Los recursos del Fondo se depositan en cuentas bancarias especial denominadas Fondo de Salud, especificando los recursos que maneja y el nombre del respectivo municipio.

Control fiscal de los Fondos Locales de Salud

El control fiscal de los Fondos Locales de Salud está a cargo de la entidad que ejerce el control fiscal en el municipio. El responsable del fondo (Tesorero), debe rendir cuentas mensuales y constituir póliza de manejo.

La Superintendencia Nacional de Salud vigila y controla el recaudo y la adecuada destinación de los ingresos del fondo.

El Fondo Local de Salud también está sujeto al Sistema de Control Interno del Municipio, el Alcalde o el funcionario en quien éste lo delegue, en coordinación con el tesorero, tienen la responsabilidad de realizar el cobro de los recursos establecidos en la ley a favor del Fondo de Salud y de informar a las autoridades competentes sobre la violación de las normas, vigilando que los recursos se utilicen según su destinación.

El artículo 20 del decreto 1893 de 1994 define que la totalidad de los recursos de participaciones de inversión social en salud (25 puntos), deberán ingresar al fondo municipal de salud. (**Tabla 2**)

2.3 Dirigir el sistema municipal de seguridad social en salud

El municipio debe asumir la función de Dirección del Sistema, al estar certificado para el manejo autónomo del Situado Fiscal, lo cual significa que al Alcalde es a quien le corresponde:

- Adaptar y adoptar las políticas de salud
- Planificar y evaluar el desarrollo del sector, realizando el diagnóstico del estado de Salud - Enfermedad, elaborando planes, programas y proyectos de salud y efectuando el control y evaluación con la participación de la comunidad.
- Asignar recursos para el sector según normas
- Administrar el Fondo Local de Salud
- Presidir el Consejo Municipal de Seguridad Social
- Promover y apoyar la participación social en Salud
- Concertar con el Departamento la asesoría, asistencia técnica y financiera para el cumplimiento de las responsabilidades.

Como director general del sistema municipal de salud, es el Alcalde quien debe ejercer las funciones de vigilancia y control de todos los prestadores de servicios de salud y de aquellas entidades que se relacionen con los factores de riesgo humano y del ambiente.

Tabla 2.
Fondos locales de salud

Fuentes	Cuentas Bancarias • Subcuentas	Usos
• Situado Fiscal para prestación de servicios de salud (61.75% en 1999)	Situado fiscal	• Oferta de servicios de salud para los vinculados (funcionamiento)
• Situado Fiscal Prestacional	• Situado Fiscal	- Personal, Infraestructura
• Rendimientos Financieros (* 1)	• Situado Fiscal Prestacional	- Contratación de servicios de salud
• 15 Puntos de los ICN	Régimen subsidiado	• Afiliación al Régimen Subsidiado
• Fosyga	• Régimen Subsidiado	A través de contratos con las ARS o ESS
• Recursos de Conversión de Situado Fiscal (33.25% /99) y Rentas Cedidas		Pago de la UPC-s
• Recursos propios del Municipio		
• Rendimientos Financieros (* 1)		
• 10 puntos de los ICN	Otros ingresos	• Plan de Atención Básica: Fomento y Prevención de la Salud.
• 5% del Situado Fiscal	• Promoción y Prevención PAB	
• Recaudos de Certificaciones y permisos	• Ecosalud	• Pago Personal Asistencial.
• Recaudos por Rifas Menores, Ecosalud	• Rifas Menores	
• Recursos propios del municipio para salud	• Permisos y certificaciones	• Infraestructura y Prestación de servicios. (Ley 60/93 art. 21)
• Recursos de Cofinanciación Otros aportes nacionales y departamentales		
• Rendimientos Financieros (* 1)		
• Parte de los 20 puntos de APSB de ICN (* 2)		• Gastos de Dirección.

* 1 Todos los recursos pueden generar rendimientos financieros.
* 2 No se manejan dentro del Fondo Local de Salud (FLS).

En el nivel municipal, en el marco de las competencias sectoriales locales reviste gran importancia, el poder desarrollar capacidades institucionales innovadoras para enfrentar competencias absolutamente nuevas, especialmente frente a la gestión de la Salud, por lo tanto el tema de la organización para asumir la Dirección de la Salud, es de ineludible interés tanto para el nivel departamental como municipal.

La organización de las Direcciones de Salud en el nivel local debe ser el producto de un proceso de reordenamiento administrativo y gerencial de la entidad territorial, superando la expedición de un acto administrativo por medio del cual se adopta una forma de organización jurídica - administrativa para la conformación de la Dirección.

La organización de la Dirección Local debe ser precedida de un estudio técnico, jurídico y organizacional. La opción por una forma de organización, depende ante todo de la complejidad de las condiciones de salud a enfrentar y de las posibilidades y capacidad de gestión actuales y futuras del municipio.

Los municipios son autónomos en la decisión sobre la organización de la Dirección Local de Salud, pero para tomar esta decisión se debe tener en cuenta también, que la financiación y su funcionamiento dependen en gran medida del esfuerzo fiscal propio del municipio; por lo tanto se requiere analizar si el Municipio está en capacidad de:

Fortalecer la estructura actual de la Dirección Local de Salud si la hubiere.

Crear el organismo municipal que directamente y previa delegación escrita, ejerza la función de dirección y administración del sistema.

Delegar la dirección local de salud en otra dependencia municipal ya constituida, como por ejemplo otra secretaría del área social como educación, planeación, desarrollo comunitario.

Cuando se decide que la forma de organización es la de "Crear un organismo municipal para ejercer la función de dirección y administración del sistema de salud", existen tres posibilidades:

- Secretaría de Salud o Dirección Local de Salud

- Departamento Administrativo y
- Establecimiento Público

Para elegir una de estas formas, deberá tenerse en cuenta cuál de las alternativas permite las mejores condiciones para el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en el municipio y la disponibilidad presupuestal.

A continuación se presenta una comparación de las características de las tres posibles formas de organización, con base en los siguientes criterios:

- Naturaleza jurídica y grado de autonomía.
- Posición y jerarquía dentro de la estructura administrativa de la entidad territorial.
- Tipo de dirección.
- Relación de su presupuesto con la entidad territorial.
- Forma de participación de su principal directivo en las instancias de gobierno de la entidad territorial.
- Iniciativa de éste último para presentar proyectos.
- Organismos adscritos.
- Nominación de los cargos de libre nombramiento y remoción.
- Representación legal.

La Secretaría o Dirección Local:

Las principales características son:

- Es una entidad del nivel central de la administración municipal sin personería jurídica.
- La dirección está en manos del Secretario o Director Local.
- El presupuesto de la Secretaría, hace parte del presupuesto municipal.
- El Secretario hace parte del Consejo de Gobierno municipal, en el cual se discuten temas como el Plan de Desarrollo y el Presupuesto del municipio.
- Además de las dependencias directas, puede tener organismos descentralizados mediante

adscripción o vinculación, como las Empresas Sociales del Estado.

- La nominación para los cargos de libre nombramiento y remoción es competencia del Alcalde, no obstante, dicha función puede ser delegada en el Secretario.
- Su capacidad de endeudamiento está avalada por el presupuesto municipal.
- El secretario tiene iniciativa para presentar proyectos de acuerdo relacionados con salud.
- La representación legal y contratación, son competencia del Alcalde, aunque la facultad para contratar puede ser delegada en el Secretario.

El Departamento Administrativo:

Las principales características son:

- Es una entidad del nivel central de la Administración Municipal sin personería jurídica.
- La Dirección está en manos de un Director.
- El presupuesto del Departamento Administrativo hace parte del presupuesto municipal.
- El Director hace parte del Concejo Municipal.
- Además de las dependencias directas, puede tener organismos descentralizados mediante adscripción o vinculación, como en el caso de las Empresas Sociales de salud.
- La nominación para los cargos de libre nombramiento y remoción, es competencia del Alcalde, no obstante, dicha función puede ser delegada en el Director.
- Su capacidad de endeudamiento está avalada por el presupuesto municipal.
- El Director no presenta proyectos de acuerdo.
- La representación legal y la contratación, son competencia del Alcalde. Sin embargo, se puede delegar en el Director del Departamento Administrativo.

El Establecimiento Público:

Las principales características son:

- Entidad del nivel descentralizado con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio.

- La Dirección está en manos de la Junta o Consejo Directivo y de un Gerente o Director.
- El presupuesto del establecimiento público es independiente del presupuesto municipal.
- El Director no hace parte del Consejo de Gobierno Municipal.
- Por tratarse de un organismo descentralizado, debe estar adscrito a una entidad del nivel central, en éste caso a la Alcaldía.
- El Director es de libre nombramiento y remoción.
- Su capacidad de endeudamiento solo puede ser avalada con su presupuesto.
- El Director no presenta proyectos de acuerdo.
- La representación legal y la contratación son competencia del Director.

El Alcalde como responsable de la Dirección del Sistema de Salud en el municipio, asume directamente o puede delegar las funciones en salud, de acuerdo con la forma de organización elegida, en:

- Un Secretario de Salud o Director Local de Salud
- Un Secretario de otro sector social del municipio
- Otro funcionario que él designe de la administración

De acuerdo a la circular 0136 de Julio 9 de 1997 emanada del despacho del Director Seccional de Salud para Alcaldes municipales del departamento de Antioquia, en relación con la delegación de la Dirección Local de Salud en la cual solicita NO delegar las funciones de DLS en el Gerente de la Empresa Social del Estado para evitar posibles incompatibilidades e inhabilidades legales que se pueden presentar. Además las funciones de inspección, vigilancia y control que por mandato están delegadas en las DLS, no podrían de ninguna manera ser realizadas por el Gerente de la ESE, ya que se convertiría en juez y parte del proceso.

Las anotaciones de la circular antes descrita hacen referencia específicamente al Decreto 1876 de 1994 que en su artículo 25 define «en aquellos casos en que los hospitales transformados en Empresa Social del estado, desempeñen funciones de Dirección del Sistema de Salud Municipal, contarán con

un plazo de dos (2) años a partir de la fecha de transformación en ESE para transferir las funciones de Dirección al ente territorial respectivo» y adicionalmente, el artículo 35 del Decreto 1770 de 1994 estipula «Cuando no existan las condiciones para crear una estructura administrativa especial como Dirección Local de Salud, el Alcalde podrá asumir directamente la competencia, delegando funciones en el Director del organismo de Salud de mayor complejidad y asignar las funciones propias de la Dirección Local de Salud a la secretaría de despacho en organismo que tenga a cargo todos los asuntos sociales, sin perjuicio de las formas organizativas que resulten aconsejables en cada caso.

En Antioquia, la forma más común de organización para Dirigir el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud es la Secretaría de Salud, seguida de Dirección Local de Salud y la delegación en otra secretaría más específicamente la de Desarrollo o de Bienestar Social. No existe ningún Establecimiento Público ni Departamento Administrativo, sin embargo llama la atención que aún persiste la delegación de funciones de Dirección Local en el Gerente de la ESE, en muchas situaciones sin los respectivos actos administrativos que lo soporten.

Cualquiera que sea la figura jurídica de las mencionadas anteriormente que adopte el Municipio, le corresponde asumir la función de Dirigir el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud.

PERFIL DEL DIRECTOR LOCAL DE SALUD

El Decreto 1569 de 1998 por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación de los empleos de las entidades territoriales que deben regularse por las disposiciones de la ley 443 de 1998 y se dictan otras disposiciones, determina en su artículo 24 el cargo de Director Salud Local como del nivel Directivo.

Naturaleza de las funciones del cargo:

Ejecución de funciones de dirección general, de formulación de políticas institucionales y de adopción de planes, programas y proyectos.

Funciones:

- Planear, organizar, dirigir, controlar, evaluar y ajustar las actividades de las instituciones del área de influencia.
- Dirigir la elaboración del diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población del área de influencia e interpretar los resultados.
- Concertar las políticas de salud del área de influencia con el gobierno municipal y la comunidad, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales, o de la entidad territorial Seccional, correspondiente.
- Definir los planes, programas y proyectos de salud para el área de influencia a partir del diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población.
- Representar legalmente a la institución.
- Someter a la aprobación de la autoridad competente, el proyecto anual de presupuesto de las instituciones del área de influencia y dirigir su ejecución mediante la ordenación de gastos.
- Promover la adaptación y adopción de normas técnicas y modelos orientados a mejorar la presentación de los servicios de salud y velar por la validez científica de las técnicas de las técnicas y procedimientos utilizados en el diagnóstico y tratamiento
- Administrar el fondo local de salud de acuerdo con las normas vigentes cuando esta función le sea delegada.
- Vigilar la aplicación de la referencia y contra-referencia de pacientes.
- Dirigir la aplicación de un sistema de control u auditoría médica en las instituciones de salud del área de influencia.
- Promover la participación de la comunidad en acciones de prevención y solución a los problemas de salud de la población del área de influencia y participar en los Comités de salud.
- Propiciar y desarrollar investigaciones de tipo aplicado tendientes a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad e informar al nivel superior sobre sus resultados.

- Establecer mecanismos de coordinación y control intra y extrainstitucional.
- Prever la consecución oportuna de los recursos necesarios y la racional utilización de los disponibles.
- Ejercer las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo con la naturaleza del cargo.

Requisitos para el ejercicio del empleo de Director Local de Salud, según el Decreto No. 1569/98, reglamentario de la Ley 443 de 1998

1. Para municipios de categoría especial y primera categoría:
 - Estudios: Título universitario en áreas de la salud, económicas, administrativas o jurídicas, y título de postgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria u otros en el campo de la administración en salud.
 - Experiencia: Cuatro (4) años de experiencia en cargos de niveles profesional, ejecutivo, asesor o directivo en el sector salud.

El título de postgrado no será aplicable en los casos de los Departamentos de Guainía, Vaupés, Vichada, Guaviare y Amazonas.

2. Para los demás municipios:
 - Estudios: Título universitario en áreas de la salud, económicas, administrativas o jurídicas.
 - Experiencia: Dos (2) años de experiencia en cargos de los niveles profesional, ejecutivo, asesor o directivo en el sector salud.

ROL DEL DIRECTOR LOCAL DE SALUD EN LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Con el propósito de contribuir al mejoramiento de la gestión de quienes conforman el área de Dirección de la ESE, se hace importante destacar el papel del Director Local de Salud, el cual se resume en cuatro acciones fundamentales así:

- Conformación del estamento de la comunidad para la Junta Directiva.

- Nombramiento y posesión de los representantes.
- Registro libro de Actas
- Representación del estamento político administrativo.

En cuanto a la conformación de la Junta Directiva, el Director Local de Salud le corresponde:

Convocar a la Alianza o Asociación de Usuarios de la ESE legalmente constituida y en caso de que no exista Cámara de Comercio, a los gremios de la Producción existentes en el municipio, para que cada organización designe un representante ante la Junta Directiva, en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Por período vencido de los representantes.
- Por renuncia voluntaria de los representantes.
- Por inasistencia injustificada a tres reuniones consecutivas o cinco reuniones durante el año que le dé pérdida de carácter de miembro de junta.
- Por no cumplimiento de los requisitos exigidos como representante en el artículo 8 numeral 2 del Decreto 1876 de 1994.
- Cuando habiéndose constituido la Asociación de Usuarios no se hubiera designado representante a la junta Directiva de la ESE.

De existir Cámara de Comercio dentro de la jurisdicción respectiva la Dirección Local de Salud solicitará por escrito la coordinación por parte de ésta, para la organización de la elección del representante de los gremios de la producción. Es necesario aclarar, que de no haber Cámara de Comercio, el Director Local de Salud debe convocar a los gremios para que estos designen su representante, en el caso de no tener presencia los gremios de producción en el municipio, el Director Local de Salud convoca al Copaco.

Para las Juntas Directivas de nueve (9) miembros, la convocatoria del tercer representante del estamento de la comunidad, corresponde también al Director Local de Salud, de conformidad a lo establecido en los estatutos de la Empresa Social del Estado.

Para lo anterior el Director Local de Salud debe efectuar la convocatoria a través de cuñas radiales, carteles, boletines informativos, cartas a las acciones comunales e instituciones como Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y Empresas Promotoras de Salud (EPS), charlas educativas en la comunidad, citando con un mes de anterioridad y dejando constancia del proceso de designación en acta.

En la reunión de elección de los representantes debe aclarar:

- El papel de los integrantes de la comunidad en la Junta.
- El sentido de su participación frente al compromiso, la responsabilidad, la participación activa y decidida, la motivación y los deberes.
- Las funciones a cumplir de conformidad al Decreto 1876 de agosto 3 de 1994.

En cuanto al Estamento Científico al Director Local de Salud le corresponde:

Elegir al representante de terna que presente el Gerente de la E.S.E de cada asociación Científica, si no existen éstas, deberá designarlo de terna del personal profesional de salud del municipio, de acuerdo con unas calidades científicas y administrativas y verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 8 del Decreto 1876 de Agosto 3 de 1994:

- Título profesional en cualquiera de las disciplinas de la salud.
- No hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la Ley.

En el evento de no existir asociaciones y personal profesional de salud en el área de influencia, deberá designarse de la ESE en este sentido le corresponde al Gerente convocar cumpliendo con el procedimiento señalado en el artículo 7° numeral 2 del Decreto 1876 de 1994 así:

« Mediante elección por voto secreto, que se realizará con la participación de todo el personal profesional de la institución, del área de la salud, cualquiera que sea su disciplina».

En lo concerniente al nombramiento y posesión de los representantes, el Director Local de Salud:

- Comunica mediante acto administrativo la designación y funciones a todos los miembros de la junta. En caso de aceptación de las personas en quienes recaiga el nombramiento, tomarán posesión ante el Director Local de Salud, el cual la registrará en el libro de actas de la Junta Directiva, con su firma y la del posesionado. Se adjunta modelo de Acta de Posesión.
- El Jefe de la Administración Municipal y el mismo Director Local de Salud, por tener derecho propio en la Junta Directiva no deben ser notificados y posesionados, pero sus delegados sí.

MODELO DE ACTA DE POSESION

JUNTA DIRECTIVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL _____

MUNICIPIO _____

ACTA DE POSESIÓN No. _____

En la fecha compareció el Señor (a) _____ identificado con cédula de ciudadanía No. _____ para tomar posesión del cargo de miembro de Junta Directiva, para el cual fue elegido en representación del estamento _____. El Director Local de Salud le tomó el juramento en los términos de ley y acreditó los requisitos exigidos de acuerdo con el Decreto No. 1876/94, en su artículo 8°.

Para constancia se firma en el municipio de _____ a los _____ días del mes de _____ de 1998.

EL DIRECTOR LOCAL DE SALUD EL POSESIONADO

El Director Local de Salud, en lo referente al libro de actas:

- Lo registra, colocando la firma y el sello respectivo en cada uno de los folios, como autoridad que ejerce las funciones de inspección, vigilancia y control de la Empresa Social del Estado.

Como representante del estamento Político-Administrativo en la Junta Directiva, el papel del Director Local de Salud debe estar encaminado a:

Armonizar los planes, programas y proyectos de salud del Municipio con los Planes, programas y proyectos de la ESE, buscando con ello el bienestar de la comunidad.

Cuando por circunstancias ajenas a su voluntad o en razón, a sus funciones como Director Local de Salud no pueda asistir a las reuniones de la Junta, debe delegar su participación mediante acto administrativo el cual debe contener:

- A quien se delega.
- Por cuánto tiempo.
- Con qué competencias.

El delegatario debe ser de la planta de cargos de la Administración Municipal y debe cumplir los siguientes requisitos:

- Título Universitario.
- No hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades o incompatibilidades contempladas en la Ley.
- Poseer experiencia mínima de dos años en la Administración de entidades públicas o privadas en cargos de nivel Directivo, Asesor o Ejecutivo.

De la adecuada convocatoria, selección, nombramiento y posesión de los representantes a la Junta Directiva, dependerá la validez de las decisiones.

2.3.1 Planificación del sector salud

Generalidades

Para comprender la connotación que tiene el proceso de Planeación Municipal de la salud, es necesario partir de la actual concepción de salud, entendida ésta no como un área específica de acción en la vida municipal, si no la resultante de ella, pues en su íntima relación con el desarrollo, esencia del municipio de hoy, es un factor determinante para la elevación de los niveles de vida de la población.

“La salud de una persona y de una comunidad es en gran parte el resultado de las condiciones en las cuales se vive en el hogar, en el estudio, en el trabajo, así como la calidad de los servicios de salud y el bienestar a los cuales tiene acceso”.

Por lo tanto, la salud en el ámbito municipal está ligada a educación, vivienda, recreación, medio ambiente, empleo, seguridad, es decir, es responsabilidad de todos los sectores del desarrollo social, y es así como el liderazgo de acciones intersectoriales en salud, rompe el antiguo esquema en el cual la salud estaba a cargo del médico y del personal de salud, siendo ahora responsabilidad directa de la Administración Municipal.

A partir de la siguiente definición: “La planeación es, en general, un proceso continuo y permanente que consiste en prever los recursos y los servicios que se requieren para obtener unos objetivos. Objetivos que se fijan según un orden de prioridades que establecemos de modo que todo el proceso permita escoger la o las soluciones óptimas entre varias alternativas”, se puede concluir que la Planeación es una herramienta que requiere de una técnica para darle precisión y objetividad, necesita la búsqueda de coordinación y concertación en el marco de las relaciones políticas que hay en el Municipio y que además busca privilegiar la participación ciudadana.

La planeación municipal de la salud posibilita interpretar el futuro deseado para el bienestar y desarrollo del Municipio y debe servir para solucionar problemas cruciales, prever recursos y asignar responsabilidades de ejecución. Igualmente es una herramienta de seguimiento y control.

Como PROCESO POLÍTICO de toma de decisiones, requiere que el Alcalde y la administración estén convencidos de su utilidad, por lo cual no es exclusiva de especialistas.

La planeación es además un PROCESO JURÍDICO, por lo cual nos circunscribimos especialmente a la carta magna en su artículo 339 la que estipula que habrá un Plan Nacional de Desarrollo, y define la elaboración y adopción de planes de desarrollo por los entes territoriales; la Ley 60/93 determina para los departamentos y distritos la elaboración de un plan de ampliación de coberturas, mejoramiento de la calidad de los servicios y ajus-

te administrativo y financiero; además el documento 026/94 del Conpes Social incluye las políticas para los planes sectoriales, tiempos de presentación y aprobación; adicionalmente la Resolución 05165/94 del Ministerio de Salud, expide criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de planes sectoriales y de descentralización de la salud en departamentos y distritos.

La Ley 152/94 reglamenta el artículo 342 y en general el capítulo 2 del título XII de la Constitución Nacional, determina mecanismos para la elaboración aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, en esta misma ley se trata todo lo relacionado con los planes de desarrollo de las entidades territoriales, las autoridades e instancias territoriales de planeación y los procedimientos para los planes territoriales de desarrollo (Capítulos VIII, IX y X).

Los diferentes espacios de participación ciudadana y de las fuerzas vivas del Municipio, tienen la máxima representatividad en el CONSEJO MUNICIPAL DE PLANEACION, el cual estará integrado por personas que designe el Alcalde, de las ternas que presenten las correspondientes autoridades y organizaciones de los sectores económicos, sociales, ecológicos, educativos, culturales y comunitarios. Las funciones de este Consejo son:

- Analizar y discutir el proyecto del Plan de Desarrollo Municipal, que le será entregado por el equipo de planeación por lo menos antes del 1 de Marzo del primer año de gobierno municipal.
- Conceptuar sobre el Plan de Desarrollo, concepto base para la aprobación del Plan tanto en el ámbito municipal como departamental.

Durante el inicio del proceso el Alcalde o su equipo deberán revisar la conformación del Consejo y verificar su notificación, en caso contrario proceder a la convocatoria, conformación y notificación.

Es un PROCESO TECNICO porque establece una organización teórica y administrativa y parte de un diagnóstico, unas competencias, unas características de la población, un programa de gobierno, y políticas departamentales y municipales de salud,

para definir y armonizar recursos y establecer proyectos de inversión.

Etapas del proceso de planeación

Existen varias etapas a saber: Diagnóstica, Estratégica, Operativa de Inversiones y de aprobación, seguimiento y evaluación, cada una con sus diferentes componentes:

1. ETAPA DIAGNOSTICA

- Descripción de las características Municipales, de la situación demográfica: tasas de natalidad, de fecundidad, esperanza de vida.
- Diagnóstico epidemiológico: causas de mortalidad (general, específica por grupos, por causas), causas de morbilidad (por consulta externa, Consulta por Urgencias, Egreso Hospitalario, específica por causa y grupos étnicos, prevalencia de enfermedades crónicas) y factores de riesgo del ambiente y del consumo, coberturas de programas de salud pública.
- En aseguramiento: situación actual de la población en régimen contributivo, régimen subsidiado, población vinculada (con y sin capacidad de pago).
- Diagnóstico organizacional: en cuanto a la dirección del sistema municipal de seguridad social en salud, incluye la estructura y capacidad que tiene el municipio para gestionar las competencias en salud, recursos humanos, físicos disponibles.
- Diagnóstico de oferta de prestación de servicios, incluida la red de oferta pública y privada, la vigilancia y el control, de oferta de aseguramiento: EPS, ARS, que operan en el Municipio.
- Diagnóstico financiero: comportamiento de las fuentes de financiación, su proyección, destino de los recursos, capacidad de endeudamiento y de inversión, y manejo del Fondo Local de Salud, así como el análisis de la situación financiera en cuanto a los recursos disponibles y efectivamente aplicados en los últimos tres años, según destinación específica.

Una vez realizado el diagnóstico con sus diferentes componentes se procede a estructurar la parte estratégica del proceso de planeación.

2. ETAPA ESTRATEGICA

- Priorización de problemas
- Análisis y selección de alternativas
- Formulación del Plan: Con base en las necesidades priorizadas en el diagnóstico, las políticas nacionales y departamentales vigentes y el plan programático del Alcalde se procede a formular el plan, definiendo los objetivos, metas, estrategias hasta elaborar los perfiles de proyectos.

3. ETAPA DE PLAN OPERATIVO DE INVERSIONES

La formulación del Plan de Inversiones debe ser plurianual y determinar las fuentes de financiación, para cada uno de los diferentes perfiles de proyectos. Cada año debe elaborarse el Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI), de tal manera que se garantice el cumplimiento de las metas y estrategias propuestas.

4. ETAPA DE APROBACION, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Aprobación del plan que incluye la difusión en el ámbito institucional y comunitario
- Elaboración del Plan de Acción anual o POA (Plan Operativo Anual)
- Seguimiento a proyectos
- Evaluación y control del plan

La aprobación del Plan de Desarrollo Municipal tiene unos criterios, instancias y tiempos, a saber:

CRITERIOS:

- Enfoque del plan: verificar la relación que éste tiene con las políticas nacionales (Conpes, Red de Solidaridad), con las políticas departamentales, y que obedezca al cumplimiento de sus competencias como ente territorial, además debe tener relación con el programa de gobierno del Alcalde.

- Que contenga la parte estratégica con diagnóstico, priorización de problemas y/o necesidades, objetivos, metas, estrategias y perfil de proyectos o programas.
- Que contenga la parte financiera la cual debe incluir proyecciones financieras, plan plurianual de inversiones y fuentes de financiación.
- Que dé cuenta de la participación del Consejo Municipal de Planeación.

INSTANCIAS

TIEMPOS

Formular proyecto (Equipo de Planeación)	Enero-Febrero
Consolidar PDM (Consejo de Gobierno)	Febrero
Formula Recomendaciones (Consejo Municipal De Planeación)	Marzo
Ajustes al Plan (Equipo de Planeación – Gobierno – CMP)	Abril
Presentación PDM para aprobación por Concejo Municipal	Abril 30
Aprobación por Concejo Municipal	Mayo
Elaboración Plan de Acción (por Secretarías o Despachos)	Junio

La evaluación del plan es la comparación de los resultados reales con las metas esperadas y la toma de acciones correctivas para hacer que los resultados concuerden con los planes. Es de gran importancia para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos.

La evaluación del plan debe hacerse con cortes semestrales y anuales, evaluando el logro de las metas y de los objetivos, se debe determinar las medidas de ajuste necesarias; en caso de no lograrse las metas y objetivos analizar si los problemas tienen origen en la falta de efectividad (no realizarse las actividades correctas), por ineficacia (no hacer las cosas bien), o se originan los problemas en el seguimiento y/o monitoreo erróneo. Por esto, al planear la evaluación es necesario definir los indicadores por medio del los cuales se medirán los avances del plan.

Para desarrollar y/o evaluar el proceso de planeación en salud del municipio, es preciso que

se formulen los siguientes interrogantes en relación con las etapas anteriores:

1. Elaboración del diagnóstico: fue sectorial?, fue integral?, Quiénes y como participaron en el diagnóstico?, Qué instrumentos se utilizaron?
2. Priorización de necesidades: se hizo priorización de necesidades o áreas a intervenir?, Que criterios se utilizaron para la priorización?, Quiénes y cómo participaron en la priorización?.
3. Formulación del plan: con quiénes y cómo se concertó la formulación?, La formulación se hizo por sectores o integralmente?, Se formuló un plan a corto plazo (plan de gobierno) o a largo plazo (plan de desarrollo)?, El plan tiene una parte estratégica y una parte operativa (proyectos, recursos, responsables)?
4. Aprobación del plan: se discutió con la comunidad?, En cuáles espacios de participación?, Se aprobó en Consejo de Planeación?, Se discutió y aprobó en el Concejo Municipal?
5. Ejecución del plan: se ha difundido a la comunidad, a los sectores y a las instituciones? El P.O.A. responde al Plan de Desarrollo Municipal? Se han gestionado los proyectos que contempla el plan?.
6. Seguimiento y evaluación: en qué momentos e instancias se realiza el seguimiento al plan?, Qué indicadores de resultado se aplican?, La evaluación se utiliza para ajustar el plan, los programas y los proyectos?, Se difunden logros y dificultades?.

AHORA

CUAL ES EL PAPEL DEL DIRECTOR LOCAL DE SALUD EN LA PLANIFICACIÓN DEL SECTOR SALUD?

El Director Local de Salud, participa en todo el proceso de Planeación del Desarrollo Municipal, en todas y cada una de las diferentes etapas, y como líder del componente de salud para dicho Plan, debe así mismo planear el desarrollo institucional del

organismo de Dirección de Salud Municipal, cuyo contenido será orientado en este manual en el ítem "Pautas Metodológicas para organizar la D.L.S."

2.3.2 PAUTAS METODOLOGICAS PARA ORGANIZAR LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

El componente de salud en el Plan de Desarrollo Municipal es la carta de navegación para el organismo que en el ámbito territorial cumplirá la función de Dirigir el Sistema de Salud; dicho organismo a su vez deberá trazar un proceso general que guíe el actuar institucional y dar así cumplimiento no sólo a las competencias de ley, sino contribuir con ello al Desarrollo Organizacional y por ende territorial.

Como organismo de Dirección en Salud, el Director Local de Salud, para garantizar éxito en su gestión debe aplicar el proceso administrativo, el cual en su descripción clásica incluye cinco etapas así:

PLANEACION

Como proceso continuo, implica conocer el camino a seguir, tomar decisiones, proveer y organizar recursos, evaluar, retroalimentar y visionar el futuro. Para el DLS esta etapa es de suprema importancia porque le permite dirigir la acción hacia el logro de objetivos mediante la operativización de los planes, le proporciona elementos para llevar a cabo el control, le permite un mejor uso de su tiempo y esfuerzo. La planeación en resumen, permite determinar qué se va a hacer y en que forma se hará.

Es responsabilidad del Director Local de Salud y de su equipo de trabajo la elaboración, la ejecución y el control del componente de salud en el Plan de Desarrollo Municipal. De igual forma la elaboración, ejecución y control del Plan de Desarrollo Institucional de la DLS.

ORGANIZACION

La organización sirve para estructurar y operativizar la "Planeación", es decir, para definir, agrupar y ordenar las actividades y funciones necesarias para alcanzar los objetivos. Implica relaciones de poder, autoridad, liderazgo, responsabilidad y coor-

dinación, dentro de un ambiente dinámico y flexible y controlar así las «interferencias».

La organización permite estructurar técnicamente las funciones y actividades de los recursos tanto humanos como materiales buscando eficiencia y productividad.

Para organizar la Dirección Local de Salud se deben tener en cuenta los siguientes principios:

- División del trabajo, logrando especialización en la realización de las actividades
- Jerarquía, estableciendo grados de autoridad y conductos regulares para la comunicación
- Delegación de algunas funciones
- Optimizar la utilización de los recursos humanos, físicos y financieros
- Trabajo en equipo, se basa en la cooperación e identificación con los objetivos de la entidad.
- Aplicación de las funciones de acuerdo con las competencias de Ley.

INTEGRACION

En el Proceso Administrativo esta función esta relacionada con la Gestión de Personal y se define como la tarea de cubrir los puestos de trabajo de una estructura organizacional, por medio de la identificación de las necesidades de los cargos, sus requerimientos, el inventario del personal disponible en el mercado, reclutamiento, selección, inducción, reinducción, mantenimiento, evaluación, remuneración y capacitación.

Los aspectos relacionados con este proceso se describen en el ítem de Gestión de Personal.

DIRECCION

Es el proceso de influir sobre las personas para que con voluntad y entusiasmo logren el cumplimiento de las metas organizacionales; esta función incluye por lo menos cuatro componentes importantes: liderazgo, dinámica de grupo, flujos de comunicación y motivación.

Al Director Local de Salud le corresponde guiar las acciones de su equipo de trabajo según los pla-

nes definidos, buscando a través de la coordinación el equilibrio entre las diferentes Secretarías y actores del Sistema.

Para dirigir es preciso asignar a cada persona responsabilidades específicas, motivar a los funcionarios para que produzcan comportamientos deseados, facilitar la participación y coordinar las acciones para lograr así los objetivos.

EVALUACION Y CONTROL

Es el proceso para determinar lo que se está llevando a cabo, estableciendo mediciones y si es necesario aplicando medidas correctivas, de manera que la ejecución se lleve de acuerdo con lo planeado. La labor de Evaluación y Control consiste en asegurar que los planes tengan éxito por medio de la detección de las desviaciones a través de la inspección, verificación y retroalimentación de los planes. Esta etapa se detallará en el ítem Control de Gestión .

Para apoyar la organización de la Dirección Local de Salud, se desarrollan a continuación ocho aspectos, que como Pautas Metodológicas le servirán de guía y le ayudarán a operativizar el proceso administrativo de la Dirección Local de Salud:

PRIMERO: REVISE LAS FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD

Las siguientes son las funciones que de acuerdo con la Ley 100 de 1993 la Dirección Local de Salud debe asumir, las cuales deben ser plenamente conocidas y desarrolladas por el Director Local de Salud y su equipo de trabajo, para que puedan realizar una Gestión eficiente y eficaz en beneficio de la SALUD MUNICIPAL.

1. Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el municipio
2. Programar la distribución, de los recursos recaudados para el sector salud
3. Contribuir a la formulación y adopción de planes, programas y proyectos del sector salud, acordes con las políticas, planes y programas nacionales y departamentales

4. Sugerir los planes, programas y proyectos que deben incluirse en los planes y programas Nacionales o Departamentales
5. Estimular la participación comunitaria en los términos señalados por la ley
6. Supervisar y controlar el recaudo de los recursos locales que tienen destinación específica para Salud
7. Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las políticas y normas trazadas por el Ministerio de Salud de acuerdo con la adecuación hecha por la Dirección Seccional de Salud
8. Promover la integración funcional
9. Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud, en coordinación con entidades educativas, enfatizando la integración docente asistencial, los campos y tiempos de práctica, y en la administración o mantenimiento de las instituciones del sector
10. Administrar el Fondo Local de Salud en coordinación con la Secretaría de Hacienda o Tesorería municipal
11. Aplicar los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes, definidos por el Ministerio de Salud y la Dirección Seccional de Salud. Sin embargo, cuando los costos del servicio así lo exijan, podrán autorizar la celebración de contratos entre instituciones prestadoras de servicios de salud, para establecer sistemas especiales de referencia y contrarreferencia
12. Diagnosticar el estado de salud - enfermedad, establecer los factores determinantes y elaborar el Plan Local de Salud, efectuando el seguimiento y evaluación con la participación comunitaria
13. Estimular la atención preventiva, familiar y extrahospitalaria y el control del medio ambiente
14. Controlar en coordinación con las entidades del sector y otros sectores que inciden en salud, los factores de riesgo referentes al estado de salud - enfermedad de la población.
15. Cumplir las normas técnicas dictadas por el Ministerio de Salud para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones del primer nivel de atención en salud, y Centros de Bienestar del Anciano.
16. Cumplir y hacer cumplir las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9a./79
17. Desarrollar labores de inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de salud, e informar a las autoridades competentes sobre la observación de las normas de obligatorio cumplimiento
18. Elaborar con las demás entidades de seguridad social, planes para promover y vigilar la afiliación de patronos y trabajadores a dichas entidades, así como velar por el cumplimiento de las normas de seguridad industrial y salud ocupacional
19. Fijar y cobrar tarifas y derechos por la expedición de permisos, licencias, registros y certificaciones
20. Preparar estudios y propuestas al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud
21. Proponer al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud los instrumentos y metodologías de focalización de los beneficiarios al Régimen Subsidiado y orientar su marcha
22. Administrar los recursos del subsidio para la población más pobre y vulnerable
23. Inspeccionar y vigilar las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del Ministerio de Salud
24. Velar por el cumplimiento de las normas del Pasivo Prestacional de los trabajadores de salud del municipio.

Para lograr el cumplimiento de éstas funciones, se requiere identificar los recursos necesarios, tanto físicos, como humanos y financieros, para dar cumplimiento a la normatividad vigente y considerando la voluntad política.

En la medida que se logren implementar las funciones de la Dirección Local de Salud, mayor será el desarrollo del Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud.

SEGUNDO: REVISE EL CONTENIDO DE LA PLATAFORMA JURIDICA

La Plataforma Jurídica soportada en los aspectos de ley, debe contener una serie de actos administrativos que le dan piso jurídico a la certificación, y se convierten en la base legal de la Dirección Municipal de Salud, así:

- Resolución o decreto del Alcalde para la organización y funcionamiento del Sistema Básico de Información, además constancia de la D.S.S.A. sobre los informes que rinde la E.S.E.
- Resolución o decreto del Alcalde por medio del cual adopta los procedimientos para la programación, ejecución, evaluación y seguimiento físico y financiero de los programas de salud.
- Resolución o decreto del Alcalde mediante el cual se adopta la metodología para elaborar el Plan Local de Salud.
- Acuerdo municipal para la organización y funcionamiento de la Dirección Local de Salud.
- Constancia del Alcalde sobre el funcionamiento de la Dirección Local de Salud y la estructura que haya desarrollado.
- Constancia del Alcalde sobre la implementación de Carrera Administrativa para los funcionarios de la D.L.S.
- Resolución o decreto del Alcalde mediante el cual se expide el Manual de Funciones y Requisitos Mínimos de la Dirección Local de Salud o se adopta el Manual General de Funciones y Requisitos expedido por el Gobierno Nacional.
- Acuerdo municipal mediante el cual se transforma el Hospital en Empresa Social del Estado.
- Constancia del Alcalde sobre la relación de contratos de prestación de servicios de salud que haya suscrito el municipio con las EPS, ARS, IPS o ESE.
- Acuerdo municipal mediante el cual se crea y reglamenta el Fondo Local de Salud.

- Constancia de la Contraloría Municipal o de la autoridad de control fiscal correspondiente, sobre el plan de cuentas aplicable al fondo y su acreditación ante ésta dependencia.
- Constancia de la entidad bancaria sobre la apertura de la cuenta o cuentas corrientes a nombre del Fondo Local de Salud Municipio.
- Copia de nombramiento del pagador o tesorero responsable del manejo de los recursos del Fondo Local de Salud.
- Copia del acta de posesión del pagador o tesorero del Fondo.
- Copia de la póliza de manejo del pagador o tesorero del Fondo Local de Salud.
- Constancia de la afiliación a Fondos de Cesantías de los servidores públicos de la Dirección Local de Salud.
- Constancia de afiliación de los servidores públicos a las EPS, y de la Administración Municipal a una Administradora de Riesgos Profesionales (ARP)
- Si la Dirección Local de Salud no tiene en la actualidad empleados, el Alcalde podrá emitir una constancia donde señale que una vez se provean los cargos, se harán las afiliaciones a la Seguridad Social
- Cuando los requisitos sean cumplidos, se emite un concepto favorable por medio de una resolución de notificación de la Gobernación de Antioquia y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Estos actos administrativos no pueden quedar simplemente como una formalidad para acceder a la certificación, es responsabilidad del DLS lograr su operativización y desarrollo.

TERCERO: ELABORE O ADECUÉ LA PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA DIRECCION LOCAL DE SALUD

La direccionalidad de toda empresa está definida por su Plataforma Estratégica, por lo cual se requiere revisar detenidamente algunos elementos de carácter conceptual que faciliten el proceso de elaboración o actualización de la misma. Se hace necesario entonces, que el Director Local de Salud

dedique tiempo a ésta reflexión al igual que su grupo de trabajo.

La plataforma estratégica, como un planeamiento formal, integra las decisiones fundamentales de la Empresa sobre su razón de ser, sus valores y principios fundamentales, sus aspiraciones y condiciones generales de operación. La construcción de la plataforma debe ser producto de un diagnóstico ágil e inteligente, basado en el análisis situacional que incluye como mínimo, una definición de las características del entorno y de las características propias de la Institución.

El análisis situacional comprende:

- **Análisis del Entorno:** Se identifican y analizan aquellos factores y/o condiciones externos o del medio, que influyen sobre la organización y funcionamiento de la empresa y generan sobre ella consecuencias importantes, como por ejemplo la legislación vigente (Ley 100/93) es un factor externo que implica para la empresa adoptar cambios.
- **Análisis Interno:** Se identifican y analizan aquellas características propias de la empresa que constituyen sus procesos administrativos esenciales y prioritarios, los cuales le permiten enfrentarse al entorno, cumpliendo sus objetivos, obteniendo beneficios propios y para la sociedad, como son: Los procesos de aseguramiento, salud pública, vigilancia y control, garantía de la oferta de servicios, etc., así como el funcionamiento interno de la Dirección Local de Salud.

Definamos entonces los componentes de la Plataforma Estratégica:

A. Determine la Visión de la Dirección Local de Salud:

La Visión es la imagen que la Empresa tiene de sí misma frente al futuro. Es el estado que se desea alcanzar a largo plazo. La visión señala el rumbo, da dirección, es la cadena o lazo que une en las empresas el presente con el futuro.

La importancia de establecer la Visión radica en que el desarrollo de las organizaciones se logrará en la medida en que éstas sean direccionadas cla-

ramente, de manera que garanticen la estabilidad, dedicación y disciplina necesarias para llegar a la situación futura deseada.

Para formular la Visión se parte de la pregunta: "¿Qué queremos ser en el futuro?".

La Dirección Local de Salud debe guiarse por una visión que le sea propia, específica, que le otorgue identidad, formulada por todo el equipo, de tal manera que se convierta en el principal punto de referencia para su desarrollo futuro (el gran QUE).

La formulación de la Visión debe precisar los valores corporativos propios de la cultura organizacional de la respectiva Dirección, destacando valores y principios como la capacidad de liderazgo, la eficacia y la eficiencia, la orientación hacia la satisfacción de los usuarios, la preocupación por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que se prestan, el desarrollo humano de los funcionarios, la disposición a la negociación y a la concertación con los actores involucrados, la apertura de espacios para la participación social.

Una adecuada Visión de Futuro debe ser:

- Formulada por líderes, basándose en un buen conocimiento de escenarios futuros.
- Compartida y apoyada por todo el personal, quienes deben entenderla, adoptarla como suya y brindar todo su apoyo a los procesos conducentes a su logro.
- La visión debe ser suficientemente amplia para que involucre todos los elementos claves, y lo suficientemente concreta para permitir que de su formulación se deriven caminos específicos para su desarrollo.
- La visión es un elemento motivacional, debe representar un estado altamente deseable, por lo cual debe redactarse de forma positiva y alentadora.

Ejemplo: «Seremos líderes en la dirección y organización del Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud, y lograremos elevar el nivel de vida de la población y el desarrollo humano de nuestro personal».

B. Determine la Misión de la Dirección Local de Salud:

La Misión es la razón de ser de una organización. Expresa un propósito duradero y es el complemento de la Visión. Ambas señalan el rumbo estratégico, y el gran norte de la institución. La misión es lo que permite diferenciar una Institución de otra.

La Misión está claramente definida por el lugar que la Dirección Municipal de Salud ocupa dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las funciones específicas que deben desempeñar, de acuerdo con la Leyes 10/90, 60 y 100 de 1993. Sin embargo, la misión así formulada, sería genérica y no permite establecer diferencias entre una y otra dirección territorial, por lo tanto se hace necesario que dicha misión genérica sea calificada en función de las características del entorno socio-territorial en la respectiva institución, y las diferencias que de ello se deriven.

La formulación de la Misión parte de la pregunta: "Para qué existe la Dirección Local de Salud en el Municipio?". Para construir la Misión se debe tener en cuenta además de la visión de futuro, responder a los siguientes interrogantes:

- Los productos: Algunos de los cuales pueden ser dirigir, coordinar, vigilar y controlar.
- Los clientes- mercados: Comunidad, IPS, EPS, ARS (Demás actores del sistema).
- La tecnología básica: Conocimiento y aplicación de normas y legislación vigentes en salud.
- Las ventajas competitivas: La calidad del servicio y experiencia del talento humano.
- Los valores o principios: Como universalidad, respeto a la dignidad humana, participación, equidad, transparencia, compromiso social, etc.
- La imagen: Es la forma como nos vemos y nos diferencia de otras instituciones.

Para la redacción final de la Misión, no se debe transcribir la respuesta de manera separada a cada pregunta o ítem, sino elaborar una sola definición integrada, corta, entendible, motivante y que refleje el GRAN PARA QUÉ de la Dirección Local de Salud.

Ejemplo: Dirigir el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud, garantizando una respuesta eficaz a las necesidades de salud de la población, en los aspectos de aseguramiento, salud pública, y prestación de servicios del primer nivel de atención, cumpliendo las normas vigentes y aplicando los principios de universalidad, respeto, participación, equidad, compromiso social y transparencia.

Contamos con un equipo de trabajo de excelentes calidades humanas y técnicas, comprometido en lograr el bienestar de la población bellanita (en caso de tratarse del municipio de Bello).

C. Determine los principios de la Dirección Local de Salud:

La formulación de los principios corporativos debe seguir un proceso participativo y reflexivo, dado que éstos se refieren a la escala de valores, creencias y normas que regirán el desempeño de la Dirección Municipal de Salud. Ellos definen aspectos que deben ser compartidos por todos, por lo tanto constituyen la norma de vida de la Dirección Local de Salud. La Visión, la Misión y los objetivos corporativos de una empresa se soportan en un conjunto de principios, estos se manifiestan y se hacen realidad en su cultura. Así, los principios deben servir de marco de referencia para definir el direccionamiento estratégico.

Los principios enmarcados en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la Dirección Local de salud pueden ser entre otros: Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Participación, Calidad, Equidad.

Cada principio debe definirse de tal forma, que sea entendible por todas las personas y que marque las pautas de la cultura de la Dirección Local de Salud.

D. Determine los objetivos de la Dirección Local de Salud:

Los Objetivos Corporativos son la expresión formal de los resultados globales que una organización espera lograr a través de su gestión. Los objetivos señalan las características futuras que deben alcanzarse, orientan la toma de decisiones y determinan el punto ideal al cual se quiere llegar, en términos de resultados. Se deben diseñar objetivos

que permitan cumplir las funciones que han sido delegadas al municipio por ley en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los objetivos suministran dirección, ayudan en la evaluación, revelan prioridades, permiten coordinación y son esenciales para las actividades de control, motivación, organización y planificación efectivas.

CUARTO: DETERMINE LAS AREAS Y UNIDADES FUNCIONALES

Para cumplir sus objetivos las instituciones desarrollan procedimientos, dirigidos a generar productos diferentes. Con el fin de facilitar su gestión, la empresa puede agrupar estas actividades en unidades funcionales.

Una unidad funcional se conforma agrupando aquellos procedimientos que comparten características comunes, con la intención de darle un manejo particular dentro de la empresa. A su vez, las unidades funcionales pueden agruparse para conformar áreas funcionales. La definición de unidades y áreas funcionales le permitirá decidir que tipo de organización y estructura pueden garantizar el alcance de los objetivos de manera más efectiva.

La identificación de las unidades funcionales se puede hacer a través de la sumatoria y unión de procesos con finalidad común en la empresa; esta actividad recibe el nombre de levantamientos de procesos.

Las áreas funcionales dentro de la DLS pueden ser: Oferta de Servicios, Promoción y Prevención, Aseguramiento y Dirección, cada una de las cuales dependiendo de las competencias que asuman tendrán sus respectivas unidades funcionales.

QUINTO: DETERMINE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

La tendencia moderna de la administración, con un enfoque de calidad, caracteriza la acción gerencial por el liderazgo, la participación y la administración de los Procesos y como resultados se espera la Productividad, la Calidad, la Competitividad y la Satisfacción del cliente, lo cual involucra la Supervivencia, la Rentabilidad y la Expansión de la Empresa u organización.

Cuando se organiza la Dirección Local de Salud, es indispensable identificar los procesos que se desarrollarán al interior de ella.

El proceso es el conjunto de actividades de trabajo relacionadas entre sí, que se caracterizan por requerir ciertos insumos y tareas particulares, que impliquen valor agregado con miras a obtener resultados para satisfacer el anhelo del cliente. Todo proceso tiene como propósito el cumplimiento de las funciones establecidas por ley o reglamentadas por la entidad.

Los procesos de la Dirección Local de Salud están relacionados directamente con las funciones y competencias del municipio en materia de Seguridad Social en Salud. Cada área funcional tiene procesos esenciales que debe levantar, normalizar y aplicar.

La definición de un proceso debe contener: Nombre, Objetivo, Alcance, Descripción, Cliente y Producto.

Las principales características de un proceso son:

- Se realizan para cumplir una función
- Tiene un objetivo claro y cuantificable
- Tiene una etapa inicial y una final claramente identificadas
- Requiere información de entrada para iniciar y una información de salida al cumplirse su objetivo
- Cada actividad debe tener un responsable
- Proveedores de insumos del proceso ya definidos
- Tiene identificados los clientes y beneficiarios actuales y potenciales del proceso
- Identifica las personas que lo ejecutarán y controlarán
- Debe existir relación entre los procesos
- Se define el tiempo de ejecución promedio

Un procedimiento forma parte de los insumos que intervienen en el proceso y es la información suministrada para que se desarrolle el proceso. Los procedimientos son la forma de ejecutar el proceso.

Una etapa, es el conjunto de actividades de una misma naturaleza, que cumplen un propósito específico. Las etapas permiten una visión macro del proceso y facilitan conocer su secuencia lógica.

La actividad, es un conjunto de tareas que deben ser realizadas por un mismo funcionario, éstas permiten un conocimiento del proceso en forma ordenada y son la base para la distribución del trabajo, la programación y la evaluación de la gestión.

Tarea es un conjunto de acciones que especifican el detalle de la actividad, habla del cómo se ejecutan los procesos.

El Manual de Procesos es un documento que registra el conjunto de procesos discriminados en actividades y tareas que realiza una institución, área o unidad funcional.

El manual describe las rutinas de trabajo, los funcionarios y reparticiones responsables, mediante gráficos que faciliten su comprensión, desarrollo y control.

A continuación se describen los componentes de un «Manual de Procesos», con el fin de que cuenten en su Dirección Local de Salud con una guía práctica que les permita elaborar este documento. Los elementos a tener en cuenta son:

- Portada
- Acta o Resolución de aprobación
- Misión de la Dirección Local de Salud
- Objetivos del Manual de Procesos
- Marco legal
- Funciones de la DLS
- Organigrama
- Procesos desarrollados
- Simbología
- Indicadores de Gestión
- Anexos (Tablas, gráficos, fórmulas, ejemplos)

SEXTO: DEFINA LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

No existe fórmula única para establecer la estructura orgánica de la Dirección Local de Salud, su

definición debe estar determinada por las condiciones específicas de cada municipio, dando respuesta a las obligaciones asignadas por ley.

Todas las organizaciones tienen un objeto claramente establecido, lo cual significa que ellas existen para cumplir una o varias funciones para lograr el objetivo propuesto.

En desarrollo de su misión, las instituciones deben ejecutar uno o varios procesos operativos, cuyos resultados determinan su éxito o fracaso en cuanto al cumplimiento de sus objetivos fundamentales. Estos procesos se denominan básicos o claves porque son esenciales para la organización. Con el fin de facilitar su ejecución, es necesario desarrollar otros procesos de carácter genérico, denominados procesos de apoyo, los cuales no están destinados a producir resultados por sí mismos, sino en función del soporte que presten a los procesos básicos.

La estructura organizacional de una empresa debe responder sobre todo a sus procesos básicos, estableciendo con claridad la línea jerárquica de la organización. La estructura organizacional debe responder a los siguientes objetivos:

- Reflejar claramente los procesos básicos de la organización, asignando a las áreas responsables la jerarquía que corresponda a la importancia de sus funciones.
- Que la línea jerárquica de la organización le permita a la máxima autoridad establecer un esquema de delegación específico, dándole a cada nivel o área las atribuciones que requiere para hacer uso adecuado de la delegación recibida.
- Que las áreas de apoyo de la organización estén diseñadas y dimensionadas de acuerdo con las necesidades de las áreas básicas.

Es necesario tener en cuenta que el principal rasgo de las organizaciones modernas consiste en la conformación y funcionamiento de una estructura horizontal, con el mínimo de niveles jerárquicos y de las áreas funcionales de acuerdo con los procesos básicos, de tal manera que exista mayor flexibilidad en la toma de decisiones y agilidad en la coordinación, mayor autonomía y trabajo de equipo.

Independientemente de la estructura y complejidad que se adopte en la Dirección Local de Salud, ésta debe garantizar el cumplimiento de sus funciones por medio de actividades de:

- Garantía de la Oferta de Servicios. Se encarga de garantizar la organización, fortalecimiento, vigilancia y control de las distintas IPS, EPS y diferentes actores de salud en términos de:
- La garantía de la calidad de los servicios de salud
- Vigilancia de IPS a nivel local.
- Garantía de Prestación del POS-S.
- Aseguramiento. Tendrá a su cargo la organización del Régimen Subsidiado, promoción de afiliación al Régimen Contributivo y garantía de atención a vinculados.
- Acciones de Promoción y Prevención. Plan de Atención Básica
- Dirección del Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud. Que incluya los procesos de planeación, funcionamiento de la organización, sistema de información y finanzas del sector.

SEPTIMO: IMPLEMENTE EL CONTROL DE GESTION

El Control de Gestión es el instrumento idóneo para racionalizar la operación de una determinada organización y orientar su gestión hacia la producción de rendimientos.

El control de gestión es un instrumento gerencial, integral y estratégico, que apoyado en indicadores, índices y cuadros producidos en forma sistemática, periódica y objetiva, permite que la organización sea efectiva para captar recursos, eficiente para transformarlos y eficaz para canalizarlos. El control de gestión permite detectar las desviaciones entre lo planeado y lo ejecutado e implica una confrontación entre lo previsto y lo realizado en todas las áreas de la organización.

Es un elemento clave para acelerar los procesos de desarrollo, tomar rápidas y acertadas decisiones, producir máximos rendimientos administrativos, controlar el rumbo de la entidad, y medir los resultados obtenidos.

El control de gestión implica:

- Formulación de normas, reglamentos, procedimientos, planes, programas.
- Formulación de estándares e indicadores
- Comprobación periódica, sistemática y objetiva de los resultados.
- Toma de decisiones de forma inmediata, si los resultados no satisfacen las metas establecidas.
- Aplicación de medidas tendientes a la corrección de las desviaciones encontradas.

Entre las funciones que puede cumplir el control de gestión se encuentran:

- Facilitar el conocimiento de la economía de la empresa, es decir, identificar procesos y variables fundamentales de la organización en los cuales se apoyan los resultados de la institución.
- Facilitar los procesos de toma de decisiones suministrando elementos de juicio adecuados, oportunos y suficientes.
- Racionalizar el uso de la información, ya que el control de gestión se apoya fundamentalmente en el sistema de información.
- Controlar la evolución en el tiempo de los procesos y variables principalmente de aquellos en los cuales descansa el resultado económico de la organización.
- Operar en términos de rendimiento y no solamente en función de desarrollar actividades, cambiando las actitudes, motivación y compromiso de los funcionarios.
- Sirve de base para adoptar normas y estándares efectivos y útiles para la empresa tendientes a buscar el mejoramiento continuo.
- Sirve de base para establecer planes de remuneración y sistemas de incentivos, con base en la productividad y el desempeño.
- Sirve de base de negociación, apoyando éste proceso gerencial.
- Sirve de base para la planificación, sirviendo como punto de apoyo para formular planes y programas de desarrollo en la empresa y para verificar su adecuado cumplimiento.

Las actividades que se realizan en una organización requieren medirse, con el fin de evaluar en que grado dichas actividades se ejecutan dentro de un proceso, o los resultados que se han alcanzado.

Los indicadores de gestión, se materializan de acuerdo con las necesidades de la instituciones, es decir, con base en lo que se quiere medir, analizar, observar o corregir, Medir resultados significa:

- Definir con precisión los objetivos concretos perseguidos, mediatos y a largo plazo, a la luz de los problemas por resolver debidamente jerarquizados y en índices numéricos.
- Determinar las normas técnicas y procedimientos aplicables para conseguir objetivos, de acuerdo con los recursos disponibles y el comportamiento del entorno. Incluye un buen sistema de captación de datos.
- Definir estándares e indicadores que permitan evaluar los resultados.
- Hacer balances periódicos de los objetivos y metas cumplidas en los diferentes componentes del plan de salud.
- Presentar y divulgar los resultados obtenidos del análisis.

Un indicador de gestión: Es una expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de las variables y atributos de un proceso en una organización. El indicador al ser comparado con un nivel de referencia, podrá estar señalando una desviación o acierto, sobre la o el cual se tomarán acciones correctivas, preventivas o de mantenimiento.

Un estándar: Es un patrón, norma o medida que permite hacer comparaciones con entidades o servicios similares.

La Dirección Local de Salud debe definir sus propios estándares e indicadores de gestión, establecer la periodicidad de aplicación, realizar el análisis respectivo y establecer los correctivos del caso.

La medición se realiza a través de la comparación entre el estándar establecido y el resultado real del indicador. Esa desviación entre el estándar y el resultado del indicador es lo que realmente se convierte en el reto a resolver.

Algunos ejemplos de indicadores se enuncian a continuación:

- Tasa de mortalidad infantil
- Cobertura de Vacunación con esquema completo en menores de 2 años
- Cobertura de afiliación al SGSSS según régimen

OCTAVO: IMPLEMENTE LA GESTION DE PERSONAL EN LA DIRECCION LOCAL DE SALUD

La administración de personal es un sistema constituido por la planeación, organización, coordinación, dirección y control de las actividades necesarias para crear las condiciones en las cuales los trabajadores desarrollen su máximo potencial dentro de las organizaciones.

La misión de la gestión de personal es lograr el desarrollo integral de las personas a través de su trabajo y por consiguiente la productividad laboral, y el logro de los objetivos institucionales.

A continuación se desarrollan algunos aspectos de la gestión de personal:

- Guía para la elaboración del manual de funciones y requisitos
- Carrera administrativa

A. Guía para la elaboración del manual de funciones y requisitos de la planta de cargos de las direcciones locales de salud

Un manual es un documento que contiene, en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre aspectos organizacionales necesarios para la mejor ejecución del trabajo, comprende los métodos, acciones y procedimientos para conducir, dirigir, y potenciar a las personas que conforman el grupo de trabajo y que permitan alcanzar los siguientes objetivos:

- Presentar una visión de conjunto de la Entidad u Organismo
- Precisar las funciones encomendadas a cada Dirección, División, Unidad, Sección, Área administrativa, puesto de trabajo o empleo para

deslindar responsabilidades, evitar duplicidades, detectar omisiones y efectuar el seguimiento para efectos del Control interno

- Orientar para la correcta ejecución de las labores asignadas al personal y propiciar la uniformidad y continuidad en el trabajo
- Proporcionar información básica para la planeación, programación e implantación de medidas y estrategias de mejoramiento y modernización administrativas
- Facilitar el reclutamiento y selección de personal, señalando desde el principio el perfil del cargo, determinando los requisitos mínimos y las funciones propias del mismo
- Consolidar los programas de capacitación y sistemas de evaluación del desempeño y propiciar el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales
- Ser instrumento útil para la orientación e información al público

El manual específico de funciones y requisitos de la Dirección Local de Salud se constituye en el instrumento técnico de Administración de Personal, que permite unir objetivos, funciones generales de la institución y funciones de las dependencias o áreas funcionales, con cada uno de los cargos que conforman la planta de personal.

Es específico porque rige para un Organismo o Entidad en particular, es el medio a través del cual se señala las funciones de cada uno de los cargos y los requisitos exigidos para el desempeño de los mismos. La descripción de las funciones contenidas en el manual señala las previsiones y expectativas frente a los cargos en particular.

Los principales temas, apartes o componentes del Manual Específico de Funciones y Requisitos de cada Organismo o Entidad, son los siguientes:

- Identificación del Organismo o Entidad
- Descripción somera de la misión, objetivos y funciones generales
- Índice o contenido del manual, incluyendo la relación de cargos de acuerdo con la planta de personal vigente, con código y denominación del cargo, número de cargos y número de página
- Estructura orgánica y código de la Entidad
- Denominación de los cargos acorde con el Decreto Ley 1569 de 1998
- Dependencia orgánica del cargo, es decir, dependencia donde se encuentra laborando el funcionario o donde está ubicado el cargo
- Dependencia jerárquica del cargo, o sea, aquella de la cual depende el cargo; se coloca la denominación del cargo (puede coincidir con la dependencia orgánica)
- Naturaleza de las funciones, que corresponde a un breve resumen del cargo, indicando el nivel del mismo
- Funciones detalladas por tareas (Art. 9 Ley 190/95)
- Requisitos en cuanto a formación académica y experiencia exigida para el desempeño del cargo, los cuales deben ser conforme a los establecidos en el Decreto 1569/98
- Las páginas deben ser numeradas y en la parte superior debe contener el número y la invocación del acto administrativo. Ej. Acuerdo No. ____ “Por el cual se expide el Manual. No olvidar que el documento debe quedar en un cuerpo jurídico compacto, de tal manera que se eliminen espacios en blanco, hojas adicionales e información innecesaria, el que deberá ser firmado por la autoridad respectiva
- Copia del Decreto o Acto Administrativo por el cual se establece la respectiva planta de personal (Como anexo).

La competencia para expedir el manual específico de funciones y requisitos de las Direcciones Locales de Salud, corresponde al Alcalde Municipal. El acto administrativo mediante el cual lo expide este manual es una Resolución, o Decreto.

El manual específico de funciones que se expida, en original debidamente empastado y sin enmendaduras, debe ser remitido a la Dirección Seccional de Salud de Antioquía para concepto técnico.

Aspectos técnicos para elaborar el manual específico de funciones y requisitos:

- Al describir las funciones incluir el qué – es lo que se hace - y el objetivo - para qué se hace El

qué y su objetivo deben guardar armonía con las funciones asignadas a las dependencias y al nivel del cargo

- Al redactar las funciones comenzar con un verbo en infinitivo. Ej. Planear el desarrollo de las actividades.
- Presentar primero las funciones directamente relacionadas con la razón de ser de la dependencia y el empleo y luego las funciones complementarias. Redactarlas de tal manera que comprometan la responsabilidad y el esfuerzo del empleado; en este sentido la función debe orientarse a la descripción del marco dentro del cual se ejecuta la labor, antes que entrar a precisar actividades o tareas de orden rutinario o de trámite.
- Es preferible un número reducido de funciones que sean suficientemente orientadoras del quehacer del empleado y descriptivas de la razón de ser del empleo, que una relación extensa y detallada de actividades secundarias.
- Los requisitos señalados en el manual general de cargos no se pueden disminuir, la exigencia de requisitos adicionales dependerá del cargo.
- Constituye error técnico y de procedimiento establecer los requisitos teniendo como pauta las calidades que ostente la persona que en el momento esté desempeñando el empleo. Tales calidades pueden orientar la determinación de los requisitos pero no son base suficiente para la definición de éstos.
- Además de los requisitos de estudio y experiencia pueden incluirse algunos otros referidos al empleo, tales como: responsabilidades especiales, habilidades, destrezas y factores de personalidad. Con base en ellos se podrá acertar mejor al adelantar los procesos de selección del recurso humano.

B. Revise como está la Carrera Administrativa para los empleados de la Dirección Local de Salud

A partir de la expedición de la Ley 10/90, se implementa ésta como un sistema técnico de administración de personal, que tiene por objeto garantizar la eficiencia de la Administración Pública y ofrecer a todos los Colombianos igualdad de oportunidades para el acceso al servicio público, la ca-

pacitación, la estabilidad de sus empleos y la posibilidad de ascender en la carrera.

Las disposiciones que regulan el régimen de Administración de personal, contempladas en la Ley 443 de 1998 y en los Decretos - leyes 2400 y 2074 de 1968 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen, se aplicarán a los Empleados que prestan sus servicios en las entidades públicas que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Decreto 1569/98 establece el sistema de nomenclatura y clasificación de los empleos de las Entidades territoriales que deben regularse por las disposiciones de la ley 443/98

En la estructura administrativa de las entidades territoriales o sus entidades descentralizadas para la organización y prestación de los servicios de salud, los empleos son de Carrera con excepción de:

- Los de elección popular, los de período fijo conforme a la Constitución y la ley, aquellos cuyas funciones deban ser ejercidas en las comunidades indígenas conforme con su legislación y los de trabajadores oficiales.
- Los empleos de libre nombramiento y remoción que correspondan a los siguientes criterios: Los de dirección, conducción y orientación institucionales, los de confianza que tengan asignada funciones de asesoría institucional, asistenciales o de apoyo y aquellos cuyo ejercicio implica la administración y el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado(Art.5 ley 443/98)

Para lograr sus propósitos de eficiencia y de calidad, las instituciones desarrollan procesos administrativos que buscan regular el desempeño del personal tales como: selección de personal, inducción y entrenamiento, capacitación, promoción, programas de incentivos, y la evaluación del desempeño, que se describe brevemente a continuación:

La selección debe hacerse de manera técnica, imparcial y de acuerdo con los requisitos legales y los definidos por cada institución, cuyo objetivo es el de garantizar personal idóneo a la Administración Pública y el ascenso de los empleados, con base en el mérito. La selección comprende las fases de convocatoria, el reclutamiento, aplicación

de pruebas o instrumento de selección, la conformación de la lista de elegibles y el período de prueba.

La convocatoria determina las bases legales del concurso (Título I, capítulo III, Art. 14,15, 16 y 17) y obliga tanto a la entidad, como a los participantes. No podrán cambiarse sus bases una vez iniciada la inscripción de aspirantes, salvo por violación de carácter legal o reglamentaria, y en aspectos como sitio y fecha de recepción de inscripciones, fecha, hora y lugar en que se llevará a cabo la aplicación de las pruebas, casos en los cuales debe darse aviso oportuno a los interesados. El aviso de convocatoria de los concursos se fijará en lugar visible de acceso a la entidad y de concurrencia pública, con cinco (5) días de anticipación a la fecha de iniciación de la inscripción de los aspirantes. Se deben utilizar para la divulgación algunos de los medios mencionados en el artículo 19 del la ley 443 /98.

Reclutamiento: Tiene como objetivo atraer e inscribir el mayor número de aspirantes que reúnan los requisitos para el desempeño del empleo objeto del concurso. Su aplicación se rige por lo estipulado en el Título I, Capítulo III, Artículos 18 al 25 del Decreto 1572/98.

Pruebas: Tienen como finalidad apreciar la capacidad, idoneidad y potencialidad del aspirante y establecer una clasificación de los mismos respecto a las calidades requeridas para desempeñar con eficiencia las funciones y responsabilidades de un cargo. El reglamento determinará el mínimo de pruebas que, además de la valoración de los antecedentes, deberá aplicarse en el desarrollo de los concursos (Art. 21 ley 443/98, Título I, capítulo III, artículos 26 al 35 del Dec. 1572/98).

Lista de elegibles: Con base en los resultados del concurso, se conformará una lista de elegibles cuya vigencia será de dos (2) años, la cual incluirá los aspirantes que hayan aprobado el mismo en estricto orden de mérito. La provisión de los empleos objeto de convocatoria, será efectuada a partir de quien ocupe el primer puesto de la lista y en estricto orden descendente (Art.22 ley 443/98, Título I, capítulo III, artículos 36 al 42, Dec. 1572/98).

Periodo de prueba e inscripción en la Carrera Administrativa: La persona seleccionada por concur-

so abierto será nombrada en período de prueba, por un término de cuatro (4) meses, al cabo del cual le será evaluado su desempeño laboral. Aprobado el período de prueba, por obtener calificación satisfactoria en el desempeño de sus funciones, el empleado adquiere los derechos de carrera, y deberá ser inscrito en el registro público de la carrera administrativa.

Cuando un empleado de carrera, sea seleccionado para un nuevo empleo por concurso, sin que implique cambio de nivel, le será actualizada su inscripción en el registro público. Cuando implique cambio de nivel jerárquico, el nombramiento se hará en período de prueba; en éste evento, si no obtiene calificación satisfactoria en la evaluación de su desempeño, regresará al empleo que venía desempeñando antes del concurso, y conservará su inscripción en la carrera administrativa (Título I. Capítulo III, artículos 43 al 51 del Dec.1572/98)

Para las reclamaciones de: aspirantes no admitidos a un concurso, por inconformidad con los resultados obtenidos en las prueba y por la no inclusión en los concursos generales abiertos, se aplica lo establecido en el título II capítulos I , II y VI del Decreto. No 1568 de 1998.

Inducción de Personal: Es el proceso mediante el cual el funcionario que ingresa a la Institución, pasa de una dependencia a otra o el que reingresa a la entidad se socializa con la Organización, se pone al tanto de lo que es más importante para la entidad, su escala de valores, la misión, objetivos, metas normas y pautas de conducta exigidos. La Dirección Local de Salud debe diseñar y aplicar programas de Inducción debido a la importancia que ésta tiene tanto para el funcionario como para la Empresa:

- Para el funcionario es necesaria porque disminuye los temores y evita el riesgo de fracaso en sus nuevas labores, facilita la integración y adaptación a la nueva institución logrando una mayor comunicación interpersonal, propicia el conocimiento general y detallado de la Institución, facilita y agiliza el proceso de entrenamiento y genera un sentido de pertenencia.
- Para la Institución porque se logra un mejor conocimiento del recurso humano y de los diferentes servicios que presta la Organización,

propiciando mayor estabilidad, disminuyendo los conflictos disciplinarios, originando una mejor relación entre funcionarios y directivos y disminuyendo los riesgos de accidente de trabajo

Inducir significa: conducir hacia un entorno social y laboral específico, la inducción es parte del proceso enseñanza – aprendizaje e incluye: la ubicación o socialización organizacional y el entrenamiento que implica el conocimiento del oficio o función que va a realizar el nuevo funcionario.

La etapa de ubicación prepara a todos los funcionarios independiente del cargo que ocuparán para el desarrollo de conductas que le permitan la adaptación a la institución, proporciona suficiente información acerca de: Misión, Visión, Objetivos, Principios, planes, programas, normas deberes y derechos del funcionario entre otros aspectos.

Para los funcionarios en período de prueba se aplica lo estipulado en el capítulo II del título I del Decreto 1567/98.

El programa de reinducción para los empleados se debe realizar por lo menos cada dos años, el cual debe incluir obligatoriamente un proceso de actualización acerca de las normas sobre inhabilidades e incompatibilidades y de las que regulan la moral Administrativa y los respectivos cambios que se generen en la Institución.

En la Dirección Local de Salud se deberá diseñar y operativizar el plan de Inducción y reinducción, a fin de garantizar el buen desempeño de los funcionarios y el logro de la misión institucional.

Capacitación: Está orientada a propiciar el mejoramiento en la prestación de los servicios, a subsanar las deficiencias detectadas en la evaluación del desempeño y a desarrollar las potencialidades, destrezas y habilidades de los empleados para posibilitar su ascenso en la Carrera Administrativa. Podrá impartirse bajo modalidades que respondan a los objetivos, los principios y las obligaciones que se señalan en el capítulo IV del título I del Decreto 1567/98.

Todas las entidades deben expedir un reglamento donde se fijen los criterios para que los funcionarios sean apoyados en la formación a nivel supe-

rior, posgrados, especializaciones y programas de capacitación.

Sistema de Estímulos: Conjunto interrelacionado y coherente de políticas, planes, entidades, disposiciones legales y programas de bienestar e incentivos que interactúan con el propósito de elevar los niveles de eficiencia, satisfacción, desarrollo y bienestar de los empleados del Estado en el desempeño de su labor y de contribuir al cumplimiento efectivo de los resultados institucionales. Para la aplicación del Sistema de Estímulos se rige por lo establecido en el título II, Capítulos I, II, III y IV del Decreto 1567/98.

Evaluación del Desempeño y su Calificación: es un mecanismo que no sólo es importante para el desarrollo de la entidad, sino también para el de sus integrantes. Toda organización necesita saber quienes requieren adiestramiento y capacitación a fin de contribuir a la productividad y propósito de la empresa. La evaluación debe ser permanente, participativa, imparcial, productiva y objetiva.

El desempeño laboral de los empleados de carrera deberá ser evaluado respecto de los objetivos previamente concertados entre evaluador y evaluado, teniendo en cuenta factores objetivos, medibles, cuantificables, verificables y expresados en una calificación de servicios. Las entidades deberán formular los planes anuales de gestión, por dependencias, como marco de referencia para la concertación de objetivos con cada empleado dentro del proceso de evaluación del desempeño.

La calificación es el resultado de la evaluación del desempeño laboral de todo el período establecido o del promedio ponderado de las evaluaciones parciales que durante este período que haya sido necesario efectuar, es decir, aquellas que se originen por cambio de jefe, por cambio definitivo de empleo como resultado de traslado, cuando el empleado deba separarse temporalmente del ejercicio de las funciones del cargo por suspensión o por asumir por encargo las funciones de otro, o con ocasión de licencia o de vacaciones, en caso de que el término de duración de estas situaciones sea superior a 30 días calendario, la que corresponda al lapso comprendido entre la última evaluación parcial, si la hubiere, y el final del período a calificar.

Los empleados de carrera deberán ser calificados en los siguientes casos:

- Por período anual comprendido entre el primero de marzo y el último día de febrero del año inmediatamente siguiente, calificación que deberá producirse dentro de los 15 días calendarios siguientes al vencimiento del período a calificar.

Cuando el empleado no haya servido la totalidad del año objeto de la calificación, se calificarán los servicios correspondientes al período laboral cuando éste sea superior a 30 días calendario: los períodos inferiores a este lapso serán calificados conjuntamente con el período siguiente.

- Cuando así lo ordene, por escrito, el jefe del organismo en caso de recibir la información debidamente soportada de que el desempeño laboral de un empleado es deficiente. Esta calificación no podrá ordenarse antes de transcurridos tres meses de efectuada la última calificación y deberá comprender todo el período no calificado hasta el momento de la orden.

El análisis del rendimiento individual, brinda información con respecto a los empleados para:

- Adquirir los derechos de carrera.
- Conceder estímulos a los empleados.
- Participar en concursos de ascenso.
- Formular programas de capacitación.
- Evaluar los procesos de selección de personal.
- Otorgar becas y comisiones de estudio.
- Determinar la permanencia en el servicio

La evaluación del desempeño para que cumpla con sus propósitos debe comprender tres fases:

- Concertación de objetivos: Deben definirse en función de las prioridades de la institución, y funciones del cargo en el cual se evalúa al funcionario.
- Seguimiento y retroalimentación: Busca examinar el avance en los objetivos concertados, analizando los logros alcanzados parcial o definitivamente. Los resultados producto de esta evaluación sirven de soporte para la evaluación final.

- Evaluación final: Aquí se examinan los resultados definitivos del período evaluado en relación con los objetivos planteados y se valora el desempeño con los indicadores definidos. El análisis del aporte de cada empleado a su puesto de trabajo, a la institución y a su desarrollo personal, se constituyen en la base para tomar decisiones y proyectar los planes de mejoramiento futuro, para su puesto de trabajo, la dependencia y la institución.

Para efectuar la evaluación del desempeño en las entidades del Estado y teniendo en cuenta la naturaleza de las funciones y de las responsabilidades asignadas, los empleos se clasifican en:

- GRUPO A: Nivel ejecutivo y profesional con personal a cargo.
- GRUPO B: Nivel profesional sin personal a cargo.
- GRUPO C: Nivel técnico asistencial con personal a cargo
- GRUPO D: Nivel técnico asistencial sin personal a cargo

El instrumento evalúa el desempeño laboral a través de tres áreas: La productividad, la administración de personal y la conducta laboral.

Para cada uno de los grupos de empleados objeto de evaluación (A,B,C,D) se diseñó un instrumento compuesto de tres formatos, cada uno de los cuales obedece a las distintas fases del proceso:

- Forma 1 Concertación de objetivos
- Forma 2 Evaluación de mitad de período o seguimiento
- Forma 3 Evaluación final

Los factores o indicadores se deben evaluar independientemente y con el puntaje que mejor represente el desempeño del evaluado.

La escala de valoración tiene los siguientes puntajes:

Sobresaliente 884 - 1000 Puntos

Superior	767 - 883 Puntos
Adecuado	650 - 766 Puntos
Deficiente	100 - 649 Puntos

La evaluación del desempeño es Satisfactoria cuando el resultado es igual o superior a seiscientos cincuenta (650) puntos e Insatisfactoria cuando es inferior a seiscientos cincuenta (650) puntos.

Para esta calificación proceden los recursos de reposición, apelación y queja. El primero se instaura ante el calificador, los otros dos ante el Jefe de la respectiva entidad.

Retiro del Servicio: Las causales del retiro del servicio de los empleados de carrera se produce en los siguientes casos: por declaratoria de insubsistencia del nombramiento, como consecuencia de calificación no satisfactoria en la evaluación del desempeño laboral, por renuncia regularmente aceptada, por retiro con derecho a jubilación, por invalidez absoluta, por edad de retiro forzoso, por destitución, desvinculación o remoción como consecuencia de investigación disciplinaria, por declaratoria de vacancia del empleo en el caso de abandono del mismo, por revocatoria del nombramiento por no acreditar los requisitos para desempeñar el empleo de que trata el artículo 5 de la ley 190/95, por orden o decisión judicial.

2.3.3 Sistema básico de información en salud

Generalidades

El desarrollo y operación del Subsistema de Información del Sistema Nacional de Salud -S.I.S.-, se orientó a través de la expedición de normas que reglamentaron su contenido, flujos, instrumentos y procedimientos. La nueva reforma del sector, que hace partícipe a nuevos actores con nuevos procesos, conlleva un reordenamiento del actual sistema de Información

La Ley 60 de 1993 (Art.14 y 15), estipula la obligación en todos los municipios, de organizar y poner en funcionamiento el Sistema de Información; adicionalmente, la resolución 5165 de Agosto 2/94 (Cap.3, art.20 a 23) que reglamenta la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales de sa-

lud y el Decreto 1770 de Agosto 3/94, nos dan cuenta del marco legal del Sistema de información, base sólida sobre la cual se afirman los demás procesos del SGSSS en el Municipio.

Las resoluciones Nos. 2390 de junio de 1998, 2542 y 2546 de julio/98, reglamentan el Sistema Integrado de Información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y establecen los flujos de información de afiliación y prestaciones de salud. La Dirección Local de Salud debe hacer las adecuaciones administrativas y técnicas para implementar el Sistema Integrado de Información que debe contener datos sobre: población, afiliaciones, financiamiento, prestación de servicios de salud, estado de salud, factores de riesgo, participación social, instituciones, mercado de servicios de salud, planeación y regulación. Con respecto a la información de prestaciones, la Dirección Local de Salud ordena y remite los datos relativos a recursos de oferta para atención a vinculados.

Definición

El Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SIIS-, es el conjunto interrelacionado de usuarios, normas, procedimientos y recursos del sistema que generan y disponen información sobre los procesos esenciales de afiliación, financiamiento, prestación de servicios, vigilancia de la Salud Pública y participación social y los procesos de gerencia y administración institucional en cada uno de los integrantes del sistema.

El sistema básico de información es el insumo principal para la planeación local, debe contener los elementos mínimos para apoyar la toma de decisiones. Es más un sistema de información gerencial que de información operativa. Debe estar estrechamente relacionado con otros sistemas de información intra y extrasectorial, la comunidad debe tener la posibilidad de acceder a la información.

Características

El Sistema de Información debe contribuir al desarrollo del SGSSS, mediante la integración de esfuerzos, procesos e información de los diferentes actores del sistema; debe además lograr la democratización del ACCESO a la información dentro de los parámetros establecidos (confidencialidad,

reserva estadística, secreto profesional). Por lo tanto, todos los actores del Sistema deben adoptar el esquema de oferta de información, que permita poner a disposición de los integrantes del SGSSS, la información generada por cada uno de ellos.

- Teniendo presente aspectos políticos, técnicos y administrativos, el sistema debe responder a las necesidades de información tanto en calidad como en cantidad.
- Para facilitar la toma de decisiones y la integración con otros órdenes (municipal, departamental y nacional), el sistema debe contener los elementos estructurales de información y comunicación.
- Las fuentes de información deben ser tanto internas como externas al sector.
- Desde el diseño el sistema básico de información debe facilitar la toma de decisiones para todos los niveles.
- La generación de información para la comunidad es fundamental.
- El sistema debe ser integral, es decir debe administrar información para la toma de decisiones en recursos financieros (fuentes de financiación del sector salud), recursos humanos (identificación de las IPS y su recurso humano disponible), y recursos físicos (identificación de las IPS y su capacidad resolutive).
- Son actores del sistema de información: El Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Seccionales y Locales de Salud, las IPS, las EPS, las ARS y los usuarios.

Objetivos

- Soportar el desarrollo y funcionamiento de la Seguridad Social en Salud de tal forma que permita mantener y mejorar el estado de salud de la población.
- Brindar información estratégica para la planeación y ejecución de las actividades del sector.
- Generar información básica para la elaboración del diagnóstico, los planes, el control y la evaluación de los resultados.

Acciones generales del Sistema de Información

- Recolección de la información referente a los factores que fortalecen o ponen en riesgo la salud de la población (ambiente, institución, población).

Consolidación de la información recolectada, organizada inicialmente por región y luego almacenada en bases de datos para su agrupación temática e identificación de los problemas de salud. Los agentes de salud del municipio recogerán la información para la elaboración del diagnóstico, para enviar luego ésta información al Departamento. La recolección de la información se hará de acuerdo con los instrumentos contemplados en el SIS, los que se modifiquen con autorización del Ministerio de Salud y los que se adicionen al sistema por necesidad del Departamento o municipio.

- Análisis de la información: La toma de decisiones en la formulación, control y evaluación de los planes y proyectos municipales, debe estar soportado en el análisis de la información generada por el sistema.
- Digitación de la información: De acuerdo con las agendas de los órdenes nacional, departamental y municipal, la labor de captar la información, debe cumplirse estrictamente. La Digitación como una de las etapas de la captura de la información puede ser institucional o externa.

El sistema de información en salud en los diferentes procesos de la Dirección Local de Salud como ente de dirección del sistema, independiente de su forma organizativa, genera información en sus diferentes procesos y actividades, para el cumplimiento de sus funciones, información que permite el planeamiento, monitoreo, evaluación y control de las acciones propias de la Dirección.

Para el diseño del Sistema de información interno del organismo de Dirección se debe:

- Definir estructuras, actividades y procesos de gestión para la Dirección Local de Salud.
- Determinar los requerimientos de información para apoyar la gestión de una DLS.

- Formular alternativas tecnológicas, para implementar el sistema y su automatización si es necesario.
- Definir estructura para recolección, procesamiento, sistematización y flujo de información.

Para el desarrollo del modelo que se pretenda es indispensable formular los requerimientos propios, qué tiene la institución, qué le sirve y qué le hace falta. Este análisis le generará algunos proyectos por ejemplo:

- Levantamiento y/o normalización de procesos y diseño de registros
- Adquisición hardware y software.
- Organización administrativa.
- Capacitación en el manejo del Sistema de información, entre otros.

2.4 GARANTIZAR LA PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO, ORIENTADAS A LA COLECTIVIDAD.

2.4.1 Generalidades

Quien desconoce la historia, corre el riesgo de repetirla y repetirla mal... por ello es preciso recordar en el contexto de la Salud Pública que en el anterior Sistema Nacional de Salud el abordaje de la salud era más desde la enfermedad y hacia la curación; los programas de Salud Pública se orientaban a la curación y el control y el énfasis era poco en torno a la intersectorialidad, la participación social, comunitaria y política. Hoy, cuando ya han transcurrido más de cinco (5) años de entrada en vigencia de la Ley 100/93 o Sistema General de Seguridad Social Integral, sistema en el cual la salud es concebida como un bien social, un servicio público que es objeto de intervención y regulación por el estado; se retoma la estrategia de Promoción bajo un marco jurídico definido y con la cual se pretende desarrollar capacidades individuales y colectivas a fin de mejorar la calidad de vida. Este

sistema actual tiene cobertura familiar y exige compromiso de cada ente estatal.

Examinemos cuidadosamente el siguiente esquema (**tabla 3**).

En el esquema anterior se observa como los pilares fundamentales de la Promoción de la Salud son el Fomento de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, y que en estas acciones que tienen características particulares a las culturas, sus resultados no son evidentes en el corto plazo, el autocuidado por ejemplo no es acción que genera respuesta inmediata, pues el cambio de conductas, modificación de hábitos, sólo se alcanza con un trabajo sostenido en todos los posibles escenarios donde la gente vive, trabaja, estudia y se divierte, en los diferentes puntos de encuentro como transporte, mercado, iglesia, fiestas, parques.

Pero estos conceptos aislados no dicen nada, es preciso que las modificaciones anteriormente enunciadas, se desarrollen mediante un esquema de trabajo basado en la formulación, implementación y evaluación de Políticas Saludables. Por tanto, la Salud Pública busca ahora integrar las preocupaciones de Salud en el proceso de toma de decisiones de sectores tales como educación, trabajo, ambiente, planeación, transporte, vivienda, servicios públicos.

La Política Pública es una guía para el actuar y se refiere a las decisiones políticas generadas por el Estado y que deben superar cualquier reforma o sistema, superar cualquier plan de beneficios.

Hablar de un Municipio Saludable es hablar de un municipio en el cual se impulsan políticas públicas por ejemplo en el sector de la justicia, educación, comunicación; utilizando la información, creando ambientes sanos, libres o con control de contaminantes, para reducción de accidentes en sectores como transporte, trabajo, educación etc.

Hablar de Salud Pública como posibilidad de desarrollo de un municipio y enmarcados en las estrategias declaradas en la Carta de Ottawa (Canadá, 1986) es hablar de:

- Construcción de políticas saludables
- Creación de ambientes favorables

Tabla 3.
La salud pública en el sistema general de seguridad social en salud

Orientación	Acciones	Objeto	Estrategias	Plan de Beneficios
Fomentar	Cultura	Información		Plan de
La Salud	de la salud	Educación		Atención Básica
Preservar	Prevención	Identificación e		
La Salud	de enfermedad	Intervención Fact. de Riesgo		
		Protección Específica		- P.A.B.-*
		Vigilancia en Salud		
		Pública		
*Pab Para Todas Las Acciones Colectivas, Pos Y Pos-S Para Las Individuales.				
Recuperar	Control de la	Intervención	Diagnóstico	Plan
La Salud	Enfermedad	de la enfermedad	Tratamiento	Obligatorio
			Rehabilitación	de Salud(Pos)
				Pos - S **
** Además de las Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito (ECAT) y de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP), en el Sistema General de Seguridad Social Integral. Fuente: Alzate, B. A.P. Agosto 1997				

- Fortalecimiento de la acción comunitaria
- Desarrollo de habilidades personales
- Reorientación de los servicios de salud

Posterior a esta carta y teniendo en cuenta las diferentes acciones de Salud Pública que desde el Municipio se emprendan, éstas deberán tener estrecha relación con las políticas que desde los niveles mundial y nacional se impartan.

Las prioridades que en el ámbito mundial se establecen para la Salud, quedan consignadas en la Carta de Jakarta (Indonesia, Julio 1997), en las que se hará especial énfasis en:

- Promover la responsabilidad social global
- Incrementar la inversión en Salud (en el concepto amplio, como desarrollo)

- Acelerar cambios a través de relaciones
- Crear más grandes responsabilidades individuales con la Promoción de la Salud
- Constituir infraestructura para Promoción de la Salud.

Las acciones de promoción y prevención, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo, dirigidas a la colectividad son responsabilidad del ente territorial y están contempladas en la Plan de Atención Básica (P.A.B.), el cual requiere formulación o dimensionamiento, ejecución, evaluación y control.

2.4.2 QUE ES EL PAB?

Es el Plan de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud que le permite al Alcal-

de cumplir con la función Constitucional de garantizar la salud pública. El PAB es el único plan de beneficios cuya dirección, administración y financiación es estatal y en consecuencia sus acciones son gratuitas para las personas y obligatorias para la autoridad Municipal.

El PAB actúa antes de la aparición de los problemas, se visiona eminentemente intersectorial tanto para la formulación, como para la ejecución, evaluación y control, todos los sectores del municipio(educación, ambiente, iglesia, fuerzas armadas, tránsito, obras públicas, salud, agricultura, bienestar social, gobierno, planeación) tienen que ver con la salud, es decir, con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población

El P.A.B. le permite al Alcalde cumplir con una de las funciones prioritarias del SMSSS cual es el de garantizar la Salud Colectiva

Para alcanzar municipios y departamentos saludables se deben definir estrategias articuladas e integradas, por lo que se hace necesario que el PAB haga parte del Plan Local de Salud y éste a su vez del Plan de Desarrollo Municipal, por definición.

QUE ACCIONES DESARROLLA EL PAB?

El Plan de Atención Básica Municipal, debe concentrar la mayor parte de sus actividades en el componente de vigilancia de la Salud Pública y control de factores de riesgo.

Se considera que en la estructura del Plan de Atención Básica, el 5% de sus acciones sean de promoción, el 15% de prevención y alrededor de un 80% de las acciones formuladas deben corresponder al componente de vigilancia de la Salud Pública y control de factores de riesgo que incluye:

- Vigilancia de eventos transmisibles y de fuente común : en este componente se vigilan las enfermedades sujetas a vigilancia estricta en el ámbito internacional como por ejemplo tétanos neonatal, sífilis congénita y sarampión.
- Vigilancia de la mortalidad evitable: el propósito es el de identificar los factores que determinan la presencia de las muertes evitables en

la población, como la mortalidad materna y perinatal entre otras.

- Vigilancia de cobertura de acciones de prevención primaria y detección temprana: Incluye como acciones de prevención primaria aquellas que tienen por objeto brindar protección a un individuo sano evitando que sufra una enfermedad específica, mediante la realización de una intervención individual efectuada por personal clínico y paraclínico de las IPS, que busca controlar o reducir la exposición a los factores de riesgo causales de tipo biológico, ambientales y de comportamiento como la vacunación.

Como acciones de detección temprana se definen aquellas dirigidas a la identificación de casos en las fases iniciales de la enfermedad, mediante la realización de una intervención individual de tipo diagnóstico efectuado por personal clínico y paraclínico de las IPS que permita orientar al individuo hacia un tratamiento oportuno y de esta manera reducir la morbimortalidad, como la toma de citología cérvico uterina y de la presión arterial.

- Vigilancia de Enfermedades crónicas no transmisibles: incluye los eventos de carácter crónico o no transmisible que por su impacto en la salud colectiva y por los altos costos de su atención, se considera de importancia en Salud Pública para el país, como la hipertensión, diabetes y algunos tipos de cáncer.
- Vigilancia de factores de riesgo del ambiente, del consumo y del comportamiento: Incluye aquellos hechos o situaciones relacionadas con el ambiente, con las formas de consumo de la población y con las alternativas de comportamiento de las personas frente a su entorno natural, artificial y social, cuya presencia afecta la posibilidad de concurrencia de eventos de enfermedad o muerte en la población, como el consumo de cigarrillo y alcohol y la vida sedentaria, la calidad del aire y los alimentos.

COMO SE FINANCIA EL PAB?

Con recursos de la Nación, el Departamento y el Municipio:

- Nación: por partidas asignadas a programas nacionales a través del Ministerio de Salud

- Departamento: mínimo el 5 ó el 10% del Situado Fiscal para Fomento y Prevención.
- Municipio: mínimo 5 ó 10% de Situado Fiscal para Fomento y Prevención.
- Recursos que el municipio asigne con cargo a los 10 puntos de las participaciones municipales en los ICN para programas de Salud.
- Si el municipio tiene cobertura por encima del 60% en agua potable y saneamiento básico puede destinar parte de los 20 puntos de ICN destinados para APSB.
- Otros recursos que pueden ser gestionados por cofinanciación, cooperación internacional o con organizaciones no gubernamentales.
- Recursos propios.

COMO CONSTRUIR Y FORMULAR EL PAB?

El PAB deberá tener una formulación explícita y sistemática de políticas, objetivos, metas, estrategias, programas y recursos que permitan tener un punto de referencia para su evaluación y control. Deberá ir acompañado de un sistema de información que permita ser seguimiento de sus alcances y determinar la eficiente asignación de sus recursos. La formulación incluye:

- Diagnóstico de la Situación de Salud de la Población: Incluye el perfil epidemiológico (principales causas de enfermar y morir y el estado de los factores de riesgo ambientales, sociales y biológicos) y la red de servicios de la localidad.
- Identificación de las áreas a intervenir: Con base en el diagnóstico y en las políticas de Salud nacionales, departamentales y municipales se identifican y establecen las prioridades para formular las acciones. La priorización de los eventos se realizará teniendo en cuenta: la magnitud del problema, gravedad, vulnerabilidad, trascendencia, costo y políticas internacionales y nacionales.
- Formulación de Acciones: Definición de Objetivos generales, Metas, Estrategias, Actividades, Costos unitarios, Fuentes de financiación, Responsables.
- Definir el presupuesto y financiación del PAB.

ELEMENTOS DE PROMOCION, PREVENCIÓN, VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO QUE DEBEN SERVIR DE GUIA PARA LA ELABORACIÓN DEL PAB

El P.A.B. es una función indelegable de los entes territoriales, es la forma como el estado direcciona las acciones de Promoción y Prevención.

Debe estructurarse un P.A.B. para comunidades indígenas teniendo en cuenta sus particularidades culturales.

Componente de Promoción de la Salud:

- Información y educación a la comunidad sobre: deberes, derechos y mecanismos de acceso al SGSS, uso racional de los servicios, importancia de la consulta precoz ante la presencia de manifestación de enfermedad, derecho a la vacunación de la población menor de 5 años, adolescentes embarazadas y mujeres en edad fértil, importancia de la lactancia materna, importancia de la puericultura, preparación y uso de sales de rehidratación oral, medidas de prevención para la IRA, importancia del cubrimiento de tanques y depósitos de agua para consumo y almacenamiento, para evitar su contaminación y la proliferación de zancudos, recolección y disposición adecuada de basuras y excretas, importancia de preservar el ambiente, prevención de la violencia intrafamiliar y el fomento de la convivencia pacífica, cuidados y prevención de las enfermedades visuales, necesidad de vacunar perros y gatos para protegerlos contra la rabia, prevención del tabaquismo y alcoholismo entre otros.
- Acciones de promoción sobre: Entorno ambiental saludable, fomento de la complementación alimentaria en mujeres gestantes, implementación y funcionamiento de cepilleros y dispensadores de seda dental en establecimientos educativos y hogares comunitarios.

Componente de prevención de la enfermedad:

- Identificación de la población no cubierta por acciones preventivas y de detección precoz para

su canalización a las IPS a que tienen derecho dentro del S.G.S.S.S

- Tamizaje en salud visual a menores de 12 años matriculados en establecimientos públicos y de beneficencia.
- Verificación de la atención de la población remitida para una atención preventiva.
- Ejecución de campañas nacionales o departamentales
- Implementar y fortalecer las unidades de atención comunitarias de las infecciones respiratorias agudas en los hogares comunitarios, jardines y guarderías.
- Implementar y fortalecer las unidades de rehidratación oral comunitaria en los hogares comunitarios, jardines, guarderías.
- Realización del censo de perros y gatos de la localidad.
- Jornadas de vacunación antirrábica de perros y gatos cada dos años
- Vacunación permanente a los perros y gatos que van naciendo.
- Detección precoz de los riesgos por el uso transporte y desecho de sustancias químicas potencialmente tóxicas

Componente Vigilancia de la Salud Pública y Control de Factores de riesgo

Acciones de obligatorio cumplimiento

- Dirigir, coordinar y evaluar los programas municipales de prevención y control de enfermedades priorizadas en Salud Pública
- Gerenciar el sistema de vigilancia epidemiológica municipal, para garantizar su operatividad
- Recolectar, procesar, analizar, notificar, evaluar y elaborar mapas epidemiológicos y definir información de los eventos e indicadores de salud-enfermedad asociados a la calidad del agua de consumo, residuos líquidos y sólidos, establecimientos públicos, calidad del aire, puertos, viviendas, espacio público, radiaciones ionizantes
- Realizar estudio post-mortem de interés epidemiológico de los casos que se notifiquen

al Sistema alerta acción y fallezcan como sospechosos probables.

- Integrar a la comunidad en acciones de vigilancia epidemiológica
- Aislamiento de animales responsables de accidentes rábicos
- Investigación de brotes y epidemias
- Realizar asesoría y asistencia técnica a los diferentes actores del SGSSS sobre los eventos priorizados en salud pública
- Realizar inspección y vigilancia a las ARS, EPS y ESE sobre el cumplimiento de las acciones de promoción y prevención
- Establecer el sistema de vigilancia y control sobre las coberturas de las acciones de prevención tales como: Vacunación, control prenatal, fluorización y aplicación de sellantes, citología cervicouterina, atención institucional del parto y examen físico de mama
- Vigilar y controlar los principales vectores transmisores de enfermedades
- Identificar factores de riesgo ambientales que estén afectando la salud de la población
- Vigilar la calidad del agua para el consumo humano.
- Efectuar visitas de inspección sanitarias para identificar riesgos para la salud y orientar las intervenciones.
- Notificación a las empresas de servicios públicos, superintendencia de servicios públicos domiciliarios y autoridades ambientales con responsabilidad en la prestación de los servicios públicos de agua, aseo, excretas, las condiciones de riesgo sanitario que se detecten.
- Vigilar la calidad sanitaria del aire en áreas que se consideren de importancia en salud pública en coordinación con las autoridades sanitarias
- Identificar, caracterizar y vigilar los factores de riesgo en espacios y establecimientos públicos
- Realizar inspección sanitaria, identificación y caracterización de riesgos para la salud pública en terminales portuarios, aeropuertos, terminales terrestres, puertos marítimos fluviales y fronteras

- Identificar, caracterizar y controlar los factores de riesgo a que esta expuesta los trabajadores del sector informal.
- Identificar y caracterizar los factores de riesgo asociados a la calidad sanitaria de las viviendas en áreas marginales urbanas y rurales y áreas prioritarias como asentamientos temporales.
- Vigilar que los procesos de producción almacenamiento y expendio de alimentos no generen riesgo para la salud de la población y verificar su calidad a través del análisis microbiológico y fisicoquímico
- Realizar la vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones ocasionadas por sustancias como plaguicidas y mercurio
- Ejercer vigilancia sobre el transporte, utilización y disposición final de sustancias potencialmente tóxicas.

APROBACION DEL PAB DIMENSIONADO

El PAB debe consignarse en un documento sencillo y ágil que se presenta al Alcalde y preferiblemente al Concejo Municipal, a la Comunidad y al Consejo Municipal de Seguridad Social para su aprobación y difusión en todos y cada uno de los actores.

MONITOREO Y EVALUACION DEL PAB

En Antioquia, cada Municipio tiene un facilitador para el PAB, quien además es el que realiza la interventoría en el caso de los municipios aún no certificados.

Para realizar el monitoreo y evaluación del PAB es importante definir por anticipado:

- Indicadores de Gestión: % de ejecución de las metas; % financiación lograda; Costo población cubierta; Número de investigación de brotes; Proporción de actividades de control de medicamentos, alimentos, aguas; cobertura de vacunación antirrábica, entre otros.
- Indicadores de Impacto: Proporción de incidencia de cada evento; análisis de mortalidad; co-

bertura por actividad; % de estudios de vigilancia epidemiológica realizados; Número de casos de cada evento diagnosticado en los tamizajes; análisis cualitativo de cambio de algunas condiciones.

2.5 ASEGURAMIENTO: GARANTIZAR EL ACCESO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El Alcalde como Director del Sistema de Seguridad Social en Salud, debe liderar el proceso de afiliación a la Seguridad Social, para tal efecto se requiere:

- Diferenciar dentro de la población del municipio dos categorías, identificar sus miembros y cuantificarlos:
- Población cubierta por el Régimen Contributivo
- Población cubierta por el Régimen Subsidiado
- Conseguir que una o varias E.P.S hagan presencia en el Municipio y afilien a la población que lo requiera o lo solicite en alguno de los dos regímenes
- Promover y vigilar el proceso de afiliación y la prestación de servicios de salud a la población
- Velar por que la población del Municipio tenga acceso a los servicios de salud tanto en IPS públicas como privadas.

La afiliación al Régimen Contributivo es obligatoria para todo empleado y es opcional para los trabajadores independientes, pero en ningún caso este último se podrá afiliarse por iniciativa propia al Régimen Subsidiado. Sin embargo, el Municipio podrá pagar por la afiliación al régimen subsidiado de trabajadores independientes que ganen menos de dos salarios mínimos.

Las acciones con respecto al aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en el municipio se resumen en:

- Promover y vigilar la afiliación de la población trabajadora al Régimen Contributivo

- Promover la participación de las Empresas Promotoras de Salud y Administradoras del régimen Subsidiado en la afiliación de la población al Sistema.
- Afiliar a la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado
- Afiliar a los empleados y trabajadores del Municipio al Régimen Contributivo
- Promover la integración funcional de la Dirección de Salud, las EPS, ARS, la ESE- Hospital y las IPS públicas y privadas
- Impedir otorgamiento de subsidios a población con capacidad de pago

2.5.1 REGIMEN CONTRIBUTIVO

Las acciones de promoción y el seguimiento a la afiliación al Régimen Contributivo, así como la aplicación de mecanismos de control de responsabilidad municipal, consisten en:

- Conocer el nivel de empleo existente en el Municipio
- Comparar el empleo con la afiliación
- Apoyar entidades afiliadoras en su control de afiliación
- Convocar empleadores y comunidades para cumplir con obligaciones laborales
- Informar a la población con capacidad de pago las ventajas económicas y de prestación de servicios de la afiliación al Régimen Contributivo
- Coordinar con las dependencias del Ministerio de Trabajo de su jurisdicción, a fin de promover y vigilar la afiliación al régimen contributivo y al Sistema General de Riesgos Profesionales (L100/93, Decreto 1295/94)
- Velar por la conformación y operación de asociaciones de usuarios en las EPS
- Seguimiento a las acciones de promoción y prevención contenidas en el POS que ofrecen las EPS
- Implementación de mecanismos de control a la evasión y elusión del Régimen Contributivo

La administración y la ciudadanía deben tener en cuenta que mientras más afiliados se tenga en el

régimen contributivo mayor será la disponibilidad de recursos para afiliar la población realmente necesitada de subsidios.

2.5.2 REGIMEN SUBSIDIADO

El Régimen Subsidiado en salud, está representado por toda la población que por factores socioeconómicos o laborales no tiene la capacidad de cotizarle al Sistema el monto correspondiente al Régimen Contributivo. La cobertura de afiliación será progresiva y ascendente dependiendo del incremento de los recursos financieros previstos para cubrir su atención en salud.

Las responsabilidades del Municipio relacionadas con el proceso de afiliación e inscripción al régimen subsidiado de acuerdo con los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud y del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud son:

- Identificar a la población pobre a través del SISBEN, o mediante listados censales en caso de tratarse de población indígena.
- Identificar entre el potencial total de beneficiarios, aquellos a quienes se les subsidiará la afiliación a la Seguridad Social en Salud.
- Convocar a Entidades Promotoras de Salud (EPS) o Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) autorizadas (Si el Municipio está certificado).
- Permitir promoción de afiliación a las ARS (Los beneficiarios escogen).
- Financiar la afiliación de las personas identificadas en los niveles 1 y 2 de pobreza.
- Garantizar a los beneficiarios la libre escogencia de la ARS.
- Entregar a las ARS autorizadas para administrar los recursos del Régimen Subsidiado, el listado de la población beneficiada y afiliada
- Publicación de listados de población afiliada por ARS
- Mantener actualizados los listados de beneficiarios potenciales para afiliación al régimen Subsidiado
- Suscribir los contratos necesarios para la administración de los recursos del régimen subsidiado.

- Realizar el cruce de listados de los afiliados a las diferentes ARS
- Comprobar la entrega efectiva de los carnet de afiliación a los beneficiarios por parte de las ARS
- Hacer oportunamente el giro de los recursos del Régimen Subsidiado a cada una de las ARS con las cuales haya suscrito contrato.
- Vigilar la red de servicios de las ARS.
- Promover y permitir la Veeduría Ciudadana.
- Envío oportuno de la base de datos del sisben actualizada a la Dirección Seccional de Salud correspondiente.
- Velar por la operación de las Asociaciones de Usuarios.
- El total de la población identificada como potenciales beneficiarios de subsidios (SISBEN), la deben enviar a la DSSA los cinco(5) primeros días de cada mes.
- Administrar e implementar el SISBEN y mantener a disposición del público toda la información concerniente al resultado de su aplicación.
- Verificar el listado de afiliados por las respectivas ARS, e informarles a éstas el listado definitivo a más tardar dentro de los cinco(5) días calendario anteriores al inicio del período de contratación, para proceder a suscribir los contratos de administración de subsidios.
- Se podrán retener los carnets del régimen subsidiado, cuando verifiquen la afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado en forma simultánea, e informar del hecho a las respectiva Dirección Seccional de Salud, sin perjuicio de las demás acciones que ha de emprender para determinar las responsabilidades fiscales, disciplinarias o penales a que haya lugar.
- Tener actualizado el censo de novedades por: Inclusión de beneficiarios o retiro de beneficiarios (por nacimiento, por muerte, por afiliación al régimen contributivo, por cambio de municipio, cambio de dirección, etc.), también por ampliación de coberturas.
- Realizar el seguimiento e interventoría correspondiente a los contratos que suscriba.

La interventoría contempla los siguientes aspectos:

1. Garantía de acceso a los servicios de salud antes de la carnetización
2. Carnetización
3. Red prestadora de Servicios de salud
4. Sistema de Referencia y Contrareferencia
5. Sistema de atención e información al usuario
6. Póliza de alto costo
7. Medición de la satisfacción del usuario
8. Pago de las entidades territoriales a las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado
9. Pagos a la red prestadora de servicios de salud
10. Verificación del gastos mínimo en acciones de promoción y prevención

A nivel Municipal cada Alcalde debe sumar la totalidad de los recursos destinados al Régimen Subsidiado y dividirlos por el valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S), así se obtendrá el número de personas que puede afiliarse al Régimen Subsidiado con éstos dineros. Los recursos adicionales para la afiliación de las demás personas objeto del Régimen Subsidiado serán girados por el Fondo de Solidaridad y Garantía vía cofinanciación con los recursos propios del respectivo municipio.

SISTEMA DE IDENTIFICACION DE BENEFICIARIOS PARA LOS DIFERENTES PROGRAMAS SOCIALES DEL MUNICIPIO (SISBEN)

- El nivel nacional establece la política de focalización, los instrumentos (fichas, cartillas, software) y las formas de evaluación y control de cumplimiento de metas establecidas en los planes de desarrollo de los respectivos entes territoriales.
- El nivel departamental además de establecer la política, presta asistencia técnica a los municipi-

pios para el desarrollo e implementación del sistema y evaluar las metas.

- El nivel municipal, implementa y opera el sistema de beneficiarios y otros como la estratificación socioeconómica en la localidad.

COMO SE DEBE ORGANIZAR EL MUNICIPIO PARA ASUMIR EL SISBEN?

1. Crear un Comité Técnico de Administración del Sisben.
2. Designar un administrador del orden municipal, responsable de recolectar y mantener actualizada la base de datos.
3. Planificar el trabajo teniendo en cuenta:
 - Presupuestar todos los recursos necesarios (humanos, técnicos, financieros)
 - Disponer de un espacio físico apropiado para su funcionamiento
 - Elaborar un cronograma de actividades

El comité técnico del Sisben, se constituye en la instancia donde los diferentes organismos públicos, los entes de vigilancia y control y la sociedad civil debidamente representada, analizan, apoyan, evalúan y controlan que los programas de inversión social sean focalizados de acuerdo con lo estipulado en la norma. Los integrantes básicos de éste comité son:

- El Alcalde o su delegado quien lo preside
- El Personero Municipal
- Un funcionario del área social del municipio
- Un funcionario de planeación municipal
- Un representante de las organizaciones cívicas, gremiales, comunitarias o religiosas, que sean pobladores permanentes de la jurisdicción respectiva.

Las acciones del Comité Técnico están orientadas a:

- Velar porque la información registrada en la base de datos corresponda a la realidad socioeconómica de la población.

- Suministrar información a la población y a las entidades que lo requieran sobre los avances, diagnósticos, resultados y usos del SISBEN, sin detrimento de las obligaciones de la Administración Municipal.
- Programar y coordinar reuniones para escuchar consultas, sugerencias y quejas de la población relacionadas con el manejo y utilización de la información SISBEN
- Crear mecanismos que permitan dar respuestas claras y oportunas a las inquietudes, quejas y reclamos presentados por la comunidad.
- Velar porque los recursos lleguen a la población más pobre y vulnerable.
- Evaluar y realizar seguimiento al cumplimiento de los objetivos del SISBEN.
- Vigilar que las listas con los nombres de los beneficiarios de los diferentes programas sociales sean difundidas en lugares públicos como Alcaldía, Hospital, Iglesia, etc.
- Canalizar y estudiar solicitudes que sobre información SISBEN hagan entidades públicas y privadas, personas naturales o jurídicas con el fin de controlar el uso correcto de la misma.
- Orientar al Administrador sobre el tipo de información que puede suministrar y a quien.

UTILIDAD DEL SISBEN PARA EL MUNICIPIO

1. Estudio de la población de menores recursos, base para el plan de desarrollo social y planes sectoriales (salud, educación, agua potable, etc.)
2. Selección rápida y eficiente de beneficiarios pobres para programas de financiamiento a la demanda tales como:
 - Subsidios para la atención en salud a través de las ARS o ESS
 - Algunos programas de la red de solidaridad social: revivir, vivir mejor, recrear, talentos deportivos y artísticos.
3. Mantener un diagnóstico actualizado de la población y su dinámica.

El municipio puede contratar con empresas privadas u Organismos no Gubernamentales - ONGs - la aplicación de la encuesta, pero sigue siendo responsable directo de la información obtenida.

El Acuerdo 77/97 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, determinó que las comunidades indígenas no están obligadas a aplicar el SISBEN para identificar a la población beneficiaria del Régimen Subsidiado, éstas se identifican a través de un listado censal que expide el Gobernador del Cabildo (formulario único nacional MS-DGSS-01-98). Además la población infantil abandonada y la población indigente serán relacionadas en los formatos MS-DGSS-02-98 y MS-DGSS-03-98, expedidos por el ICBF y la alcaldía municipal respectivamente.

2.5.3 VINCULADOS

El acceso a la seguridad social en salud, se hace en calidad de afiliados, a través del régimen contributivo o régimen subsidiado. Quienes no puedan acceder al sistema como afiliados, y no tengan capacidad de pago, tienen el carácter de Vinculados al Sistema, sobre los cuales el municipio tiene la responsabilidad de garantizar su atención en salud en el primer nivel de atención, con cargo a los recursos del Situado Fiscal como subsidio a la demanda, lo cual realiza a través de contratos de prestación de servicios con las diferentes IPS pero principalmente con la Empresa Social del Estado de su jurisdicción.

Los vinculados al sistema preferiblemente deben estar identificados con la herramienta Sisben, de no estarlo, la IPS debe hacer la correspondiente clasificación socioeconómica. Los vinculados identificados pueden acceder a los servicios de salud que sean posibles de acuerdo con los recursos financieros existentes previa determinación de la autoridad de salud del municipio, los vinculados no identificados en caso de requerir atención por urgencias, se atienden y se hace una clasificación socioeconómica por parte de la Empresa Social del Estado. Ya sean identificados o no, la población objeto de éstas atenciones es la clasificada en los niveles 1, 2 y 3 de pobreza.

Para la prestación de servicios de salud a la población vinculada, la red de servicios debe estar bien

definida, ya que al Departamento le corresponde asumir las atenciones de segundo y tercer nivel que requiera la población objeto.

Para garantizar la atención de servicios de primer nivel a la población vinculada el Señor Alcalde debe:

- Fortalecer la ESE, a través de su participación en la Junta Directiva, promoviendo su desarrollo institucional al cofinanciar proyectos de inversión.
- Promover la participación de las entidades privadas, comunitarias y sin ánimo de lucro en la prestación de los servicios de salud, según la oferta de servicios del municipio.
- Realizar la interventoría al contrato establecido para la atención de vinculados, y así garantizar el cumplimiento de las obligaciones del contratista.

2.6 GARANTIZAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO

Una de las funciones principales del Alcalde al ser un municipio certificado en salud, es la de garantizar el acceso a los servicios de primer nivel de atención en salud, para toda su población.

El Municipio como ente rector de la Salud debe garantizar que en cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se brinden servicios con calidad y eficiencia, para lo cual las Direcciones Locales de Salud deben impulsar en el ámbito de su territorio:

- Elaborar el censo de instituciones prestadoras de servicios de salud
- La actualización del Registro Especial de Instituciones de salud públicas y privadas
- La declaración y el cumplimiento de los Requisitos Mínimos Esenciales.
- Realizar visitas de verificación de requisitos mínimos esenciales declarados.
- Evaluar la satisfacción de los usuarios, a través de una instancia administrativa, grupo de trabajo o persona responsable del área de atención al usuario.

- Evaluar el sistema de referencia y contrarreferencia de la red de servicios en función de los respectivos planes de beneficios.

Se requiere entonces que la Dirección Local asuma las competencias de Vigilancia y Control asignadas por ley, para que los prestadores de servicios entre ellos, hospitales de cualquier nivel de atención, centros y puestos de salud, clínicas particulares, consultorios, etc., cumplan con los requisitos exigidos.

Para que la Dirección Local de Salud desarrolle ésta actividad puede remitirse a los Decretos 2174 /96, 2753/97, y las Resoluciones 14707/91, 4445/96 y 4252/97

En el decreto 2174 /96 por el cual se reorganiza el Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece en su artículo 4º. lo siguiente:

«A las Direcciones Territoriales de Salud les corresponde: cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las disposiciones establecidas en este decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud; adaptar las políticas de calidad a la situación y necesidades particulares de sus regiones, asesorar a las Entidades Promotoras de Salud y las entidades que se asimilan y a los Prestadores de Servicios de Salud en el desarrollo de sus Sistemas de Garantía de Calidad y cumplir con las tareas de Inspección, Vigilancia y Control en su jurisdicción, en los términos previstos en la ley y en el presente decreto»

Con respecto a la declaración de requisitos esenciales:

«Se establece el procedimiento de Declaración de Requisitos Esenciales para la prestación de Servicios de Salud, según el cual todos los Prestadores de Servicios de Salud, cada dos años y en forma obligatoria, deben presentar ante la Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud certificadas, un documento en el cual declaran cumplir con los requisitos esenciales para la prestación de cada uno de los servicios de salud que ofrezcan y se com-

prometen a cumplirlos por el tiempo que dure la prestación de servicios».

Es de anotar que el artículo 18 del Decreto 2174 de 1996, faculta a las Direcciones Municipales certificadas y autorizadas para que en desarrollo de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control impongan sanciones a las IPS por incumplimiento de las normas referidas al Sistema de Garantía de Calidad.

Las Direcciones Locales de Salud deben impulsar en el ámbito de su territorio:

- El cumplimiento de Requisitos Mínimos en cuanto a su infraestructura, dotación, recursos humanos, para una atención eficaz y eficiente al usuario. Para efectuar el montaje administrativo requerido se debe:
- Elaborar un completo listado de entidades cuya actividad se relacione con la Salud Pública entre ellas, hospitales de cualquier nivel de atención, Centros y puestos de Salud, Clínicas particulares, Centros Médicos y Consultorios particulares, Laboratorios Clínicos, Farmacias y Droguerías, Centros de Bienestar del anciano, Centros de Rehabilitación en drogadicción y alcoholismo y otras Instituciones que tengan que ver con el diagnóstico, tratamiento y recuperación de la Salud individual y colectiva.
- Conformar un equipo interdisciplinario que asuma la responsabilidad de efectuar visitas de verificación de cumplimiento de requisitos.
- Hacer seguimiento a los planes de mejoramiento presentados por los diferentes prestadores.
- La satisfacción de los usuarios es el conjunto de actividades necesarias que se realizan para conocer en forma técnica y objetiva la percepción que tienen los usuarios de la calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidez de la atención de los servicios que han recibido.

2.6.1 RED DE SERVICIOS

Con el objeto de garantizar a los usuarios la oportunidad, continuidad, integralidad en la prestación de los servicios de salud, se han constituidos las redes de prestadores de servicios, que son el con-

junto de Instituciones de los diferentes niveles de complejidad, articuladas funcionalmente y puestas a disposición del usuario, para que mediante el sistema de referencia y contrarreferencia pueda recibir los servicios asistenciales necesarios, en la IPS del nivel de complejidad requerido.

El Municipio debe tener claramente identificada la RED DE SERVICIOS establecida por cada Empresa Promotora de Salud y Administradora del Régimen Subsidiado, igualmente la de atención de los vinculados con recursos OFERTA DE SERVICIOS.

La Red de Servicios de Salud es un conjunto de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (I.P.S), relacionadas entre si y ubicadas en un espacio poblacional concreto, con diferente capacidad de resolución, apoyada en normas operacionales, en sistemas de información, comunicación, transporte, insumos y en recursos logísticos, de tal forma que en su conjunto proporcionen la respuesta adecuada a las necesidades de salud de la población.

Son prestadores de servicios de salud toda persona o institución pública o privada, que tenga como finalidad prestar servicios de salud; pueden ser puestos de salud, centros de salud, hospitales, farmacias, laboratorios, y profesionales de la salud.

La oferta de servicios de salud en los municipios debe obedecer a la demanda y necesidades de la comunidad, y a la capacidad que existe en la zona para atender los problemas de salud de acuerdo con las exigencias propias del entorno, acorde con las normas departamentales y nacionales.

Para organizar y poner en funcionamiento la red de servicios, debe ser:

- Planificada según competencias y recursos de los niveles territoriales.
- Sustentada en el ejercicio de los regímenes de referencia y contrarreferencia.
- Basada en los principios de subsidiariedad, complementariedad y concurrencia.
- Controlada y evaluada frente al cumplimiento de metas y mejoramiento de la calidad de los servicios.

Los resultados que se esperan lograr con una adecuada Red de servicios son:

- Permitir el acceso de toda la población a la atención de acuerdo a su necesidad o problema de salud.
- Brindar una atención oportuna y con calidad en el nivel de atención correspondiente de acuerdo con el problema de salud..
- Promover el uso apropiado de los diferentes servicios institucionales.
- Dar prioridad a los servicios de primer nivel de atención.
- Promover la coordinación intra e intersectorial, así como la participación de la comunidad para el mejoramiento de los servicios de salud.
- Ofrecer servicios de calidad y eficiencia a los usuarios.

Para conformar la Red de Servicios se debe tener en cuenta los siguientes requerimientos:

- Distribución de la población, características físicas, socioeconómicas y demográficas.
- Conocimiento de los problemas y necesidades de la población.
- Accesibilidad de la población a los servicios de salud en cuanto a la oferta, demanda, oportunidad del servicio.
- Conocimiento claro sobre las competencias de cada nivel de atención y el grado de complejidad correspondiente.
- Contratación de servicios especializados entre los hospitales y otros prestadores de servicios de sector salud.
- Integración entre todos los niveles de atención para que se produzca un flujo constante de información y de usuarios de un nivel a otro facilitando la referencia y contrarreferencia.

La evaluación de la red de servicios, **es útil porque permite:**

- Tener un diagnóstico de la oferta de servicios del Municipio
- Priorizar los problemas de salud

- Plantear proyectos
- Realizar planes de inversión

Responsabilidades de las IPS en la red de servicios

- Estar inscrito en el Registro Especial.
- Contar con el Recurso Humano calificado y tener los equipos y la dotación necesaria acorde con su capacidad resolutoria y a su responsabilidad dentro de la Red de Servicios.
- Prestar servicios con calidad y eficiencia.
- Sana competencia.
- No discriminación a los usuarios.

Frente a los usuarios, las IPS deberán optimizar sus procesos de acuerdo con su nivel de atención. En relación con la información se debe tener línea telefónica para información a sus usuarios las 24 horas. La atención de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las IPS, independiente de la capacidad de pago del usuario.

Responsabilidades de las EPS en la red de servicios:

- Organizar la Red de Servicios para que tanto afiliados como beneficiarios puedan acceder a todos los servicios en el territorio nacional.
- Atención integral, eficiente y oportuna.
- Establecer un régimen de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en caso de Urgencias, que podrá ingresar a cualquier servicio, de cualquier nivel.
- Cada EPS ofrecerá a sus afiliados varias IPS salvo cuando la restricción de la oferta se lo impida. Así mismo el afiliado podrá trasladarse a otra EPS después de un año de haberse afiliado.
- No podrá de forma unilateral terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrá negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando **garantice el pago de la cotización, salvo el caso de abuso o mala fe del usuario**

Deben organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan

acceder a la red de servicios existentes en todo el territorio nacional. Las EPS prestarán directamente los servicios del POS a sus afiliados o contratarán con las IPS o con profesionales independientes; el POS-S será garantizado por las ARS de igual forma que el anterior.

Responsabilidades del Municipio a través de la DIRECCION LOCAL en la red de servicios:

- Vigilar que las EPS y ARS tengan conformada la red de servicios para sus afiliados, de tal forma que den cumplimiento a los respectivos planes de beneficios.
- La Dirección Local de Salud coordinará y supervisará el desarrollo de la red de servicios en su respectiva jurisdicción, para lo cual deberán desarrollar labores de inspección, vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Financiará la construcción, ampliación y remodelación de obras civiles, la dotación y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud, la misma acción debe realizar con los centros de bienestar del anciano, para lo cual deben concurrir los Departamentos.
- En el principio de complementariedad los municipios pueden desarrollar la red de servicios en el segundo y tercer nivel de atención siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa lo permitan, previo acuerdo con el respectivo departamento.

La tarea del Municipio puede resumirse así: facilitar, propiciar, fomentar, garantizar que su población tenga acceso a una oferta de servicios de primer nivel de atención, pública y/o privada, capaz de resolver los problemas de salud y garantizar las acciones contempladas en los respectivos Planes de Beneficios del SGSSS

En el análisis de la red de servicios es necesario considerar la referencia y contrarreferencia:

Se habla de referencia cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud, remite sus usuarios a otra institución de mayor, o igual complejidad para la atención o complementación

diagnóstica, cuando los recursos de la institución no permiten dar respuesta a las necesidades de los usuarios. La referencia también puede iniciarse en el ámbito comunitario.

La contrarreferencia es la respuesta que las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud de mayor complejidad envían a una de menor complejidad, sobre el diagnóstico y tratamiento, o la conducta que toma esta institución en referencia al paciente que le fue remitido.

2.6.2 ACCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL MUNICIPAL EN SALUD

- **SOBRE EL PLAN DE SALUD**
Vigencia acorde con el período de gobierno del Alcalde
- Que haga parte del Plan de desarrollo municipal
- Inclusión de áreas prioritarias representadas en objetivos y metas
- Cumplimiento de objetivos y metas
- Evaluación del plan de salud
- **SOBRE LA SITUACION DE SALUD**
Diagnóstico del estado de salud
- Diagnóstico factores de riesgo
- Vigilar el comportamiento de indicadores del estado de salud (Perfil Epidemiológico) y enfermedades de notificación obligatoria
- Casos alto riesgo comunitario
- Ejecución de acciones promoción, prevención y salud pública en el municipio
- **SOBRE EL MEDIO AMBIENTE** Factores de riesgo del ambiente (Aire-Agua-Suelo)
- Factores de riesgo del consumo
- **SOBRE LA AFILIACION DE LA POBLACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL**
Nivel de empleo versus nivel de afiliación al Rég. Contributivo
- Convocar empleadores para cumplir con obligaciones laborales (Acuerdo 42 del CNSSS)
- Cobertura con instrumento Sisben
- Asignación de subsidios población pobre, contratación y su interventoría

- Número y características de afiliados
- Controlar afiliación y carnetización por parte ARS
- Novedades de los afiliados (empleo, edad, fallecimientos, etc.)
- Servicios prestados por EPS y ARS
- Red de servicios de IPS, EPS y ARS en coordinación con el Departamento
- **SOBRE LA OFERTA DE SERVICIOS**
Capacidad pública y privada real para la prestación de los servicios de salud según necesidades de usuarios
- Atención inicial de urgencias
- Servicios de salud acorde con el diagnóstico y demanda
- Referencia y contrarreferencia
- **SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS** Habilitación de oferentes (Registro especial, declaración de requisitos esenciales y verificación)
- Acreditación de servicios (opcional)
- Satisfacción de los usuarios
- **SOBRE EL USO DE LOS RECURSOS FINANCIEROS** Oportunidad de los recaudos y los giros
- Relación entre las fuentes de financiación y sus usos
- Operativización del Fondo Local de Salud
- **SOBRE LOS BIENES DE PROPIEDAD MUNICIPAL PARA SALUD** Inventarios
- Avalúos
- Estado y mantenimiento
- **SOBRE LOS PLANES Y PROYECTOS**
Cumplimiento de objetivos y metas
- Elaboración de programas y proyectos
- Evaluación del plan, dificultades, avances y retroalimentación
- Seguimiento, vigilancia y control
- **SOBRE USUARIOS Y PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD**
Organizaciones comunitarias
- Veedurías ciudadanas existentes
- Deberes y derechos de las personas que utilizan los servicios

2.6.3 SERVICIO DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD -SAC-

ESTRUCTURA TERRITORIAL DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO:

El servicio de atención al usuario está concebido para operar en los tres niveles territoriales: nación, departamento, distritos y municipios, con requerimientos en cada uno de ellos tanto a nivel institucional, como a nivel comunitario.

A nivel municipal, a través de la Dirección Local de Salud, el servicio de atención al usuario, denominado Servicio de Atención a la Comunidad SAC, desarrolla las siguientes actividades:

- Velar porque las IPS establezcan mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen sus peticiones
- Atender y canalizar veedurías ciudadanas y comunitarias
- Controlar canalización y resolución de peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes ante las EPS y ARS
- Exigir a EPS, ARS e IPS entregar información sistematizada periódicamente a la Oficina de Atención a la Comunidad
- Garantizar que EPS, ARS e IPS tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios
- Elaborar consolidados de inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones y/o dependencias responsables de resolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso, con el fin de retroalimentar al Servicio de Atención a la Comunidad

Como insumo fundamental del SAC se tiene el Servicio de Información y Atención al Usuario -SIAU-, el cual es una herramienta que contribuye al estudio del mercado en las IPS, cuyo punto de partida es la información proporcionada por los usuarios en las peticiones (demandas, quejas, reclamos o sugerencias) que sobre la prestación de los servicios, formule n a las instituciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El SIAU tiene como sustento legal la Constitución de 1991, el Decreto 1757 de 1994, reglamentario de la Ley 100 de 1993, el Decreto 2232 de 1995, la Ley 190 de 1995 Estatuto “Anticorrupción”, la Directiva Presidencial 05 de 1995 y la Circular 009 de 1996 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

El modelo SIAU contempla el análisis de la información por niveles, así el Municipio debe disponer de una información base a saber:

- Espacios vigentes de participación y concertación
- Carnetización de Subsidiados
- Metas del plan de descentralización
- Red de servicios

Debe obtener consolidados por IPS para hacer el análisis cuantitativo de la información del SIAU:

- Número de quejas
- Cantidad por categoría, grupo étnico, sexo, régimen de afiliación, institución, día o mes, procedencia, plan afectado, trámite, grado de resolución, otros.

Intervenciones y decisiones por niveles (en el SAC)

Ministerio de salud: Es la instancia decisoria donde se formulan las políticas desde la perspectiva de la demanda.

Dirección territorial de salud: Las dependencias de la Dirección Territorial intervienen en la solución de la petición de acuerdo con la complejidad del requerimiento, sustenta necesidades y problemas ante otras autoridades, determina estrategias para incorporar información en los procesos de toma de decisiones internos. El SAC planea asistencia técnica al SIAU; en esta instancia, los representantes de los usuarios y de las instituciones prestadoras formulan propuestas a mediano y largo plazo, además se elabora el Plan de Salud con información basada en el usuario.

Instituciones prestadoras de servicios de salud: Los usuarios conocen el alcance práctico de sus derechos y deberes. La gerencia toma decisiones de tipo técnico y administrativo; la Junta Directiva

decide y recomienda intervenciones a mediano y largo plazo. Los diferentes servicios y áreas incorporan correctivos y los usuarios, comunidad, prestadores e instituciones cualifican sus intervenciones y decisiones.

Como soporte comunitario y/o social, el servicio de atención al usuario del municipio cuenta con:

- Un representante de la Asociación de Usuarios en el Consejo Territorial de Seguridad Social
- Las veedurías
- Un representante de cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias y de los programas de salud en el Copaco

Como soporte institucional de vigilancia y control el municipio cuenta con la Personería.

3. ESPACIOS DE PARTICIPACION SOCIAL

3.1 Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud

Reglamentado por el Decreto 1877 de Agosto 3 de 1994 y modificado por el acuerdo 57 del 21.03.97 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS- (Este último acuerdo modifica a su vez el Acuerdo 25 del 4.01.96, del cual deroga el artículo 3^a. En este documento haremos referencia al Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud del cual puntualizamos aspectos tales como la conformación y sus funciones.

- El CMSSS es creado por el Alcalde
- Conformado por:
 1. Director Local de Salud quien lo preside; si no hay DLS preside el alcalde o su delegado que deberá ser funcionario de nivel directivo de las entidades de salud.
 2. Funcionario de mayor jerarquía de Ministerio de trabajo en la jurisdicción o su delegado
 3. Secretario de Hacienda o su equivalente
 4. Un representante de organismos de salud (elegido por el DLS).

5. Dos representantes de empleadores: Uno pequeña y mediana empresa y el otro de las demás formas asociativas.
6. Dos representantes de los trabajadores: uno de los activos (Seleccionado por alcalde de terna de sindicatos), y otro de pensionados (seleccionado de terna de asociación de pensionados)
7. Un representante del I.S.S.
8. Un representante de EPS ó de ESS (Escoge el alcalde).
9. Un representante IPS (Elegido por el alcalde si hay varios)
10. Un representante profesionales del área de la salud (Seleccionado de terna, por el alcalde).
11. Un representante de Asociación de Usuarios de ESS o Asociación o Alianza de Usuarios de la jurisdicción.
12. Un representante de la DLS.
13. Un representante Comunidades Indígenas
14. Invitados Permanentes: Alcalde , quien preside la reunión cuando asiste.
15. Presidente de red de Solidaridad Social Territorial Representante de Veedurías Ciudadanas.
 - Todos los representantes se posesionan ante el Alcalde, para un período de dos (2) años.
 - Los integrantes designados no tienen suplentes ni delegados.
 - Quienes asisten en calidad de Asesores , lo hacen con voz pero sin voto.
 - La Conformación la hace el Alcalde mediante convocatoria pública. La Inscripción se realiza ante la Dirección Local de Salud.
 - Se realizan reuniones ordinarias dos veces por año (Enero y Julio), con quórum mínimo de 7 miembros para deliberar y mitad más uno de deliberantes para decidir.
 - Los actos que genera el CMSSS son ACUERDOS que deben ser firmados por el presidente y por el secretario técnico (éste último es el di-

rectivo de Seguridad Social de la DLS, o sino lo designa el Alcalde).

Funciones del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud

- Asesorar a las Direcciones de Salud en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud y en la orientación de los sistemas territoriales de Seguridad Social en Salud para que se desarrollen las políticas definidas por el CNSSS.
- Recomendar ante la dirección de salud la adecuación y el alcance del P.A.B. al territorio de su jurisdicción.
- Asesorar a la DLS en el desarrollo del SMSSS.
- Promover los planes de descentralización y ajuste institucional que deban hacerse para dar cumplimiento a las disposiciones legales.
- Promover la transformación y constitución de los hospitales en ESE, e impulsar para ellas la adopción de políticas de desarrollo gerencial.
- Formular las recomendaciones pertinentes que conduzcan al fortalecimiento de las rentas propias como fuente de financiación del sector salud a nivel territorial.
- Velar por la participación comunitaria mediante el impulso a la Alianza o Asociación de Usuarios y comités de participación, que hagan congruente la política nacional a nivel territorial.
- Velar por la constitución de las ESS cuando estén dadas las condiciones para su funcionamiento.
- Impulsar el programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud reproductiva, especialmente entre la población más pobre.
- Velar por el cumplimiento de las medidas necesarias para evitar la selección adversa en 'detrimento de la población más pobre y vulnerable.

3.2 Veeduría ciudadana

La Constitución Política Colombiana de 1991 consagra que es responsabilidad y necesidad de los ciudadanos vigilar los recursos de la nación, pues éstos han salido de sus contribuciones directas o indirectas. Dice en su artículo 270: "La ley organi-

zará las formas y los sistemas de participación ciudadana que permitan vigilar la gestión pública que se cumpla en los niveles administrativos". Además, afirma en el artículo 369: "La ley determinará los deberes y derechos de los usuarios, el régimen de su protección y sus formas de participación en la gestión y fiscalización de las empresas estatales que presten el servicio".

El artículo 103 de la Constitución Nacional respalda la creación de las Veedurías Comunitarias. El Decreto No.1757 del 3 de Agosto de 1994, organiza y establece las modalidades y formas de participación social en la prestación de los servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 15 del artículo 4o. del Decreto Ley 1298/94.

Las veedurías ciudadanas impulsadas por el sector salud son espacios de participación social, para la vigilancia y control de la gestión del servicio público de salud en el municipio, corregimiento, vereda o barrio, sobre proyectos de inversión, programas y acciones definidas y financiadas en el Plan Local de Salud.

Funciones de la veeduría ciudadana:

- Contribuir a una gestión adecuada de los organismos de salud.
- Propiciar decisiones saludables por parte de las autoridades, la empresa privada, las entidades públicas y la comunidad.
- Fomentar el compromiso de la colectividad en los programas e iniciativas en salud.
- Velar por una utilización adecuada de los recursos.
- Coordinar con todas las instancias de Vigilancia y Control, la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas.
- Impulsar las veedurías como un mecanismo de educación para la participación.

Características generales del ejercicio de la veeduría

Los veedores deben ser habitantes de la localidad en la cual se ejecuta el proyecto, para que puedan ejercer permanentemente vigilancia y control sobre éste, no debe requerirse de desplazamientos o incurrir en gastos para vigilar el desarrollo del proyecto.

La comunidad de la localidad elige los veedores democráticamente, en asamblea comunitaria amplia, con la presencia del Alcalde, el Personero y funcionarios de salud. El número mínimo de integrantes es de tres (3) y máximo el que la comunidad elija. El comité de veeduría opera durante la ejecución del proyecto al cual se está haciendo vigilancia y control, así, cada proyecto nuevo, exige la conformación de un nuevo grupo de veedores.

Para el sector salud todos los veedores son igualmente importantes, esto es, que no hay presidente, vicepresidente, secretario, vocal o coordinador permanente.

Para ser veedor ciudadano del sector salud se requiere:

- Desear trabajar en los proyectos en beneficio de la comunidad.
- No ser pariente o empleado de los contratistas de los proyectos a los cuales se está haciendo veeduría.
- No ser funcionario público de ningún sector del estado.
- No tener cargos de elección popular como Alcaldes o Concejales.

Los programas y proyectos objeto de la veeduría ciudadana en salud son:

- Proyectos de infraestructura y dotación tales como construcción o remodelación de hospitales, centros o puestos de salud, compra de una ambulancia, adquisición de dotación para puestos, centros de salud u hospitales.
- Focalización para identificación de beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud.
- Inversión en aseguramiento para la afiliación al régimen subsidiado.
- Inversiones para la ejecución de programas y acciones contenidas en el PAB.

Conformados los Comités de Veeduría Ciudadana en Salud, comienzan su gestión, la cual puede sintetizarse así:

1. El Comité de Veeduría del proyecto solicita por escrito a la administración municipal informa-

ción relativa a la acción o proyecto objeto de la veeduría (copias del contrato, listado de beneficiarios para régimen subsidiado, entre otros).

2. El Comité de Veeduría, puede sugerir por escrito al señor Alcalde, al Personero y a los funcionarios de salud, algunos aspectos particulares frente al proyecto, de acuerdo con las inquietudes recogidas de la comunidad.
3. El Comité de Veeduría puede recomendar medidas específicas que contribuyan a la buena marcha del proyecto.
4. El Comité de Veeduría por medio de comunicación escrita a la autoridad competente, debe denunciar hechos irregulares que se puedan comprobar y sugerir las alternativas de solución.
5. Los comités al terminar su gestión deberán informar a las autoridades locales, a las Direcciones Departamentales y Municipales de salud y a la Comunidad, el resultado de su ejercicio de Vigilancia y Control.

El comité de Veeduría ciudadana inicialmente se debe acudir a la búsqueda de soluciones a nivel municipal y en caso de no obtener apoyo, a las instancias Departamentales y Nacionales.

A nivel municipal: Alcaldía, Personería Municipal, Dirección Local de Salud, o quien haga sus veces..

A nivel departamental: Dirección Seccional de Salud y las entidades de Control del estado tales como la Procuraduría, Contraloría y Defensoría del Pueblo.

A nivel nacional: Procuraduría, Defensoría, Contraloría, Superintendencia Nacional de Salud y Ministerio de Salud, Subdirección de Participación Social.

3.3 Comité de participación comunitaria

La participación social se ha desarrollado como un complemento del sistema de salud y como un medio para obtener la cooperación comunitaria en apoyo a programas. El Decreto 1216 de junio 12

de 1989, y el Decreto 1416 de julio 4 de 1990, reglamentario de la Ley 10/90, establecen la participación comunitaria, pero ésta fue limitada a lo local, a lo sectorial, y en cuanto al proceso de toma de decisiones, puede decirse que fue incipiente.

La Constitución Nacional de 1991, justifica la necesidad de establecer una política que oriente el ejercicio de la participación social en el nuevo escenario de la democracia participativa y el principio municipalista para la prestación de servicios públicos.

Con el Decreto 1757 del 3 de Agosto de 1994, se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud. Es importante resaltar la necesidad que los entes territoriales evalúen las propuestas de participación social, las adecuen a sus necesidades y las enriquezcan con sus aportes de tal manera que permitan la construcción conjunta de la política, orientada a fortalecer la participación ciudadana en el sector salud.

De acuerdo con el artículo 7o. del Decreto 1757/94, en todos los municipios se conformarán los Comités de Participación Comunitaria en Salud, como un espacio de concertación entre los diferentes sectores sociales y el Estado, integrados así:

1. El Alcalde municipal, distrital o metropolitano o su respectivo delegado, quien lo presidirá. En los resguardos indígenas el comité será presidido por la máxima autoridad indígena respectiva.
2. El Director Local de Salud Municipal.
3. El Director o Gerente de la entidad de servicios de salud del Estado más representativa del lugar, quien presidirá el comité en ausencia de la autoridad administrativa. Su asistencia es indelegable.
4. Un representante por cada una de las formas organizativa sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del municipio, tales como: Urocs, uairas, cove, madres comunitarias, gestores de salud, empresas solidarias de salud, ente otras; Juntas Administradoras Locales, organizaciones de la comunidad de carácter veredal, barrial

o municipal, asociaciones de usuarios y/o gremios de la producción, la comercialización o los servicios, legalmente reconocidos; el sector educativo, la iglesia.

Los representantes ante los Comités de Participación Comunitaria serán elegidos para períodos de tres años; podrán ser reelegidos máximo por otro período y deberán estar acreditados por la organización que representen.

Cuando la composición de los comités sea muy numerosa o cuando sus funciones lo requieran, podrán organizar comisiones o grupos de trabajo de acuerdo con las áreas prioritarias identificadas.

Funciones de los comités de participación comunitaria en salud:

- Intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo atinente al sistema general de seguridad social en salud en su respectiva jurisdicción.
- Participar en el proceso de diagnóstico, programación, control y evaluación de los servicios de salud.
- Presentar planes, programas y prioridades en salud a la Junta Directiva del organismo o entidad de salud, o a quien haga sus veces.
- Gestionar la inclusión de planes, programas y proyectos en el Plan de Desarrollo de la respectiva entidad territorial y participar en la priorización, toma decisiones y distribución de recursos.
- Presentar proyectos en salud ante la respectiva entidad territorial, para que bajo las formalidades, requisitos y procedimientos establecidos en las disposiciones legales, sean cofinanciados por el Fondo de Inversión Social, FIS, u otros fondos de cofinanciación a nivel nacional.
- Proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extrahospitalaria y de control del medio ambiente.
- Concertar y coordinar con las dependencias del sistema general de seguridad social en salud y con las instituciones públicas y privadas de otros sectores, todas las actividades de atención a las

- personas y al ambiente que se vayan a realizar en el área de influencia del comité con los diferentes organismos o entidades de salud, teniendo en cuenta la integración funcional.
- Proponer a quien corresponda la realización de programas de capacitación e investigación según las necesidades determinadas en el Plan Local de Salud.
 - Elegir por y entre sus integrantes, un representante ante la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado de la respectiva entidad territorial, conforme a las disposiciones legales sobre la materia.
 - Consultar e informar periódicamente a la comunidad de su área de influencia sobre las actividades y discusiones del comité y las decisiones de las Juntas Directivas de los respectivos organismos o entidades de salud.
 - Impulsar el proceso de descentralización y la autonomía local y departamental y en especial a través de su participación en las Juntas Directivas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o de Dirección cuando existan.
 - Elegir un representante ante el Consejo Territorial de Planeación, en la Asamblea General de representantes de los Comités de Participación Comunitaria o “Copacos” de la respectiva entidad territorial.
 - Verificar que los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento se administren adecuadamente y se utilicen en función de las prioridades establecidas en el plan de salud de la comunidad del área de influencia del respectivo organismo o entidad.
 - Velar porque los recursos de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, destinados a la gestión social de la salud, se incluyan en los planes de salud de la entidad territorial y se ejecuten debidamente, conforme a las disposiciones legales sobre la materia.
 - Solicitar al Alcalde y/o Consejo municipal, la convocatoria de consultas populares para asuntos de interés en salud, que sean de importancia general o que comprometan la reorganización del servicio y la capacidad de inversión del municipio y/o el Departamento, conforme a las disposiciones de la ley.
 - Adoptar su propio reglamento y definir la periodicidad y coordinación de las reuniones, los responsables de las actas y demás aspectos inherentes a su organización y funcionamiento.
 - Evaluar anualmente su propio funcionamiento y aplicar los correctivos necesarios.
- Los servidores públicos o los trabajadores que laboren en el sistema general de seguridad social en salud en el ámbito de la respectiva jurisdicción territorial, bien sean de empresas públicas, mixtas o privadas, podrán asistir y ser convocados a las sesiones de los Comités de Participación Comunitaria a fin de que aclaren o expliquen aspectos que el comité considere indispensables. Los servidores públicos o trabajadores citados podrán delegar a otro que estimen tenga mayor conocimiento del tema y/o capacidad de decisión sobre el asunto requerido.
- Los Comités de Participación Comunitaria o “Copacos”, tendrán Asambleas Territoriales, municipales, departamentales y nacionales, para la planeación, concertación, evaluación y elección democrática de sus representantes ante los organismos donde deban estar representados conforme a las disposiciones legales pertinentes.

3.4 Comité de Emergencias

El desarrollo de un municipio y los efectos adversos que los desastres provocan en las personas y los bienes, llegan a alterar el funcionamiento normal de las comunidades, por lo cual cada municipio debe crear una entidad que organice y coordine las actividades en caso de emergencias y desastres, para atenderlas y prevenirlas, manteniendo alerta a su población. Este organismo sería el encargado de identificar las amenazas, hacer su evaluación social y física y elaborar un mapa de zonas de riesgo del municipio con el ánimo de formular y ejecutar proyectos de mitigación de riesgos, a la vez incorporarlo a los planes de desarrollo municipal, con el concepto de prevención y atención de desastres.

El sustento legal para la creación de dicho comité se encuentra el decreto nacional 919 de mayo 1989 y la ordenanza 41 de agosto 1995.

Funciones del comité de emergencias

- Prevenir las amenazas y/o desastres.
- Implementar un sistema de información sobre amenazas y vulnerabilidad que sirva para la toma decisiones .
- Identificar y evaluar las amenazas sobre los asentamientos humanos y su vulnerabilidad.
- Determinar las zonas de alto riesgo para los asentamientos humanos y formular las medidas necesarias para su manejo y definir los programas de solución para los habitantes de dichas zonas.
- Educar e informar a la población sobre los riesgos y propiciar la participación de la comunidad para concertar sobre prevención y atención en casos de emergencias y desastres.
- Coordinar la integración de esfuerzos públicos y privados encaminados a la adecuada prevención y atención de las situaciones de emergencia y desastres .
- Garantizar el manejo oportuno y eficiente de los recursos humanos, técnicos, administrativos y económicos que sean indispensables para la atención de situaciones de amenazas ó desastres.
- Definir albergues transitorios para las familias afectadas.
- Coordinar mecanismos para captar y distribuir ayudas a las familias afectadas .
- Estructurar mecanismos para adelantar programas de recuperación y mitigación con destino a personas y familias afectadas.

INTEGRANTES DEL COMITE (COME)

- El Alcalde Municipal
- El Director Local de Salud
- El Secretario de Gobierno
- El Secretario de Hacienda ó tesorero
- El Secretario de Obras Públicas
- El Secretario de Planeación
- El Director de la Defensa Civil ó Cruz Roja
- El Comandante de la Policía

- El Comandante del cuerpo de bomberos si existe en la localidad.

En caso de ser necesario se llamará a otras instancias del orden municipal, mientras dure la emergencia.

El comité podrá buscar asesoría de otras personas ó entidades que tengan experiencia e idoneidad para prestar su colaboración en los diferentes tipos de emergencias .

Como coordinador del comité actuará la persona de mayor experiencia en atención de desastres y emergencias .

Este comité es responsabilidad del municipio y no de la dirección local de salud.

3.5 Alianza o Asociación de Usuarios

Es una agrupación de afiliados al régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario. Su objetivo principal es el de representar a todos los afiliados del régimen contributivo y subsidiado ante las Empresas Promotoras de Salud, públicas, privadas y mixtas.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), sean públicas, privadas o mixtas deberán convocar a los afiliados del régimen contributivo y subsidiado, para la constitución de la asociación de usuarios. El decreto 1757 del 3 de agosto 1994, determina un plazo de 6 meses para la convocatoria y posterior conformación de dichas asociaciones.

La asociación de usuarios se constituirá con un número plural de usuarios, quienes serán reconocidos como tales por la autoridad competente.

Las alianzas ó asociaciones de usuarios elegirán sus representantes en asamblea general para un período de dos (2) años.

Funciones de la asociación de usuarios:

- Asesorar a sus asociados en la libre elección de la entidad promotora de salud ,instituciones y

- profesionales que prestan servicios de salud, dentro de las opciones ofrecidas .
- Participar en la junta directiva de las empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud ,sean públicas ó mixtas, en caso de las privadas, se podrá participar ,conforme a lo que dispongan las disposiciones legales sobre la materia
 - Vigilar que las decisiones que se tomen en las juntas directivas ,se apliquen según lo acordado.
 - Informar a las instancias que correspondan y a las instituciones prestadoras de servicios de salud y empresas promotoras, si la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de sus afiliados.
 - Proponer a la junta directiva de los organismos ó entidades de salud los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad.
 - Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones socioeconómicas de la comunidad y se apliquen de acuerdo a normas establecidas.
 - Atender las quejas que los usuarios presenten sobre la deficiencia de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso
 - Elegir democráticamente sus representantes ante la junta directiva de las empresas promotoras de salud (EPS), las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter hospitalario para periodo de dos (2) años .
 - Elegir sus representantes ante los comités de ética hospitalaria y los comités de participación comunitaria para período máximo de dos (2) años

Las asociaciones de usuarios deben tener representantes en las siguientes instancias:

- Un (1) representante ante la Junta Directiva de la respectiva Empresa Promotora de salud pública ó mixta.
- Un (1) representante ante la Junta Directiva de la institución prestadora de servicios de salud de carácter hospitalario, pública ó mixta.

- Un (1) representante ante el Comité de Participación Comunitaria respectivo.
- Un representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, elegido conforme a las normas que regulen la materia.
- Dos (2) representantes ante el comité de ética hospitalaria, de la respectiva institución prestadora de servicios de salud, pública ó mixta.

4. ANEXO: SIGLAS MAS UTILIZADAS

A.R.S.: Administradora de Régimen Subsidiado

APSB: Agua potable y saneamiento básico

ARP: Administradora de riesgos profesionales

C.N.: Constitución Nacional

C.N.S.S.S: Consejo nacional de seguridad social en salud

COME: Comité municipal de emergencias

CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social

COPACO: Comité de Participación comunitaria

COVE: Comité de vigilancia epidemiológica

D.L.S.: Direcciones Locales de Salud

D.S.S.A: Dirección Seccional de Salud de Antioquia

E.P.S.: Empresa Promotora de Salud

E.S.E.: Empresa Social del Estado

E.S.S: Empresa solidaria de salud

FIS: Fondo de inversión social

FLS: Fondo Local de Salud

I.C.N.: Ingresos Corrientes de la Nación

I.P.S.: Instituciones prestadoras de servicios de salud

INVIMA: Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

ONGs: Organizaciones no gubernamentales

OPS: Organización Panamericana de la Salud

P.A.B.: Plan de Atención Básica

PDI: Plan de desarrollo Institucional

PDM: Plan de desarrollo municipal

POA: Plan Operativo anual

POS: Plan Obligatorio de salud

POS-S: Plan obligatorio de salud subsidiado

S.G.S.S.S.: Sistema General de Seguridad Social en Salud

S.M.S.S.S.: Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud

S.N.S: Sistema Nacional de Salud

SAC: Servicio de Atención a la Comunidad

SIAU: Servicio de Información y atención al usuario

SISBEN: Sistema de Identificación de Beneficiarios para programas sociales

UPC: Unidad de pago por capitación

UPC-S: Unidad de pago por capitación subsidiada

5. FUENTE DE DATOS

1. Documento "Metodología para la recopilación y racionalización de los procesos". Santafé de Bogotá, Diciembre de 1994.
2. DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Planeación Estratégica y Desarrollo Institucional de las Instituciones Prestadoras de Servicios. Documento elaborado por **Orfilia Martínez Ruiz, Enfermera M.S.P.** Medellín 1994.
3. **DAVID Fred R.** La Gerencia Estratégica. Fondo Editorial Legis, Mayo de 1992.
4. MINISTERIO DE SALUD, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Recursos Financieros del Sector Salud. Santafé de Bogotá, Septiembre de 1996.
5. MINISTERIO DE SALUD, PROGRAMA DE SISTEMAS MUNICIPALES DE SALUD, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. El presupuesto municipal y el sistema general de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá, Enero de 1996.
6. MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. Decreto 111 de 1996, Estatuto Orgánico de Presupuesto.
7. CONTRALORIA GENERAL DE ANTIOQUIA. Boletín Fiscal No. 65. Medellín, Junio de 1997.
8. MINISTERIO DE SALUD. Organización de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud en Colombia. Santafé de Bogotá, 1995, 353 p.
9. DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Elementos conceptuales de la red de servicios. Documento elaborado por **Mery Barragán A., Gilma Stella Vargas P., Beatriz Y. Lopera.** Medellín, 1994.
10. DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Análisis de la red de servicios. Documento elaborado por **Mery Barragán A.** Medellín, Mayo de 1993.
11. DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Guía para el análisis de la red de servicios de salud municipal y departamental. Documento elaborado por **Gilma Stella Vargas P.** Medellín, 1997.
12. Documento Conpes Social No. 26.
13. DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Plan Estratégico de Sistemas de Información 1994-1996, Hospitales de 1 y 2 Nivel. Medellín, 1994.
14. MINISTERIO DE SALUD, PROGRAMA SISTEMAS MUNICIPALES DE SALUD. Como organizar el sistema municipal de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá, Junio de 1995, 62 p.
15. **CHARRY RODRIGUEZ, Jorge Alirio.** Los indicadores de gestión y resultados en las entidades del Estado. Diseño, elaboración, aplicación, monitoreo y evaluación. Bogotá, 1997.
16. MINISTERIO DE SALUD, PROGRAMA SISTEMAS MUNICIPALES DE SALUD. Cómo elaborar el Plan Local de Salud. Santafé de Bogotá, Agosto de 1995, 181p.
17. MINISTERIO DE SALUD. El Componente Salud en el programa de gobierno municipal. Guía para candidatos a Alcaldes. Santafé de Bogotá, 1997.
18. MINISTERIO DE SALUD. Manual Específico de Funciones y Requisitos Subsector oficial-Sector salud. Lineamientos y guía para su elaboración. Santafé de Bogotá.
19. MINISTERIO DE SALUD. Dirección de Recursos Humanos. Manual de Selección y Escalafonamiento en Carrera Administrativa -Régimen de Personal-. Santafé de Bogotá, Abril de 1993, 143 p.
20. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General para el desarrollo de Servicios de Salud. Modelo Servicio de Información y Atención al Usuario -SIAU- Santafé de Bogotá, Noviembre de 1996, 39 p.

21. Documento "Metodología para la recopilación y racionalización de los procesos". Santa Fe de Bogotá, Diciembre de 1994.
22. DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Planeación Estratégica y Desarrollo Institucional de las Instituciones Prestadoras de Servicios, Documento elaborado por **Orfilia Martínez Ruiz, Enfermera M.S.P**, Medellín 1994.
23. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 05165 de agosto 1994, define criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de planes sectoriales y de descentralización de la salud en los departamentos y distritos.
24. MINISTERIO DE SALUD. Cómo organizar las Direcciones Territoriales de Salud. Programa Sistemas Municipales de Salud (PSMS), 1995.
25. MINISTERIO DE SALUD. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Santafé de Bogotá, 1992.
26. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdos números 23 y 57: conformación consejos territoriales de seguridad social en salud.
27. DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Metas departamentales en Salud Pública. Medellín, Marzo 1997.
28. DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Lineamientos generales para Políticas de Salud Pública, Medellín, Marzo 1997.
29. DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Grupo de Régimen Subsidiado y Contributivo, taller de actualización para administradores del SISBEN. Medellín, Marzo 1998.
30. **ALZATE, B. A.P. et al.** Dimensionamiento PAB 1997.
31. **ALZATE, B. A.P.** La Salud Pública en la Seguridad Social. Medellín, 1997.
32. Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Desarrollo Social - SISBEN - Santafé de Bogotá, Noviembre de 1994.
33. DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Acciones de Inspección, Vigilancia y Control en la Dirección Local de Salud. Documento elaborado por **Rosa Elena Restrepo Correa, Enfermera Epidemióloga**. Medellín, 1998.
34. **MEJÍA G., BRAULIO.** Gerencia de Procesos: Para la organización y el control interno de empresas de salud. Santafé de Bogotá, D.C., 1998.
35. DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Dirección de Epidemiología y Promoción de la Salud. Lineamientos técnicos para la construcción del Plan de Atención Básica municipal. Octubre de 1998.
36. **ABAD ARANGO, Dario.** Metodología para diseñar, validar e implementar sistemas de control de gestión en entidades del sector público. Santa fe de Bogotá, 1996.