

RECIBIDO HOY 22 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2017 SIENDO LAS 11:54 A.M


ALBERTO MARIO CASTAÑO MONTOYA

REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DE RISARALDA - ALCALDIA DE PEREIRA.

ACUERDO N°. 45 "POR MEDIO DEL CUAL SE FOMENTA LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

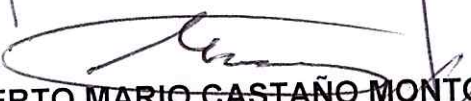
SANCIONADO 2 - ENE 2018

CUMPLASE

EI ALCALDE


JUAN PABLO GALLO MAYA

EL SECRETARIO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA


ALBERTO MARIO CASTAÑO MONTOYA

LA SECRETARIA JURIDICA


LILIANA GIRALDO GOMEZ

EL SECRETARIO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA
DE LA ALCALDIA DE PEREIRA


HACE CONSTAR

QUE EL PRESENTE ACUERDO CORRESPONDE AL ACUERDO N°. 45 "POR MEDIO DEL CUAL SE FOMENTA LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" FUE DISCUTIDO Y APROBADO POR EL HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL EN DOS SESIONES SEGÚN CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR LA SECRETARIA GENERAL DEL CONCEJO MUNICIPAL DE FECHA 16 DE DICIEMBRE DEL 2017 SANCIONADO POR EL ALCALDE EL CUAL SERA PUBLICADO EN LA GACETA METROPOLITANA.


ALBERTO MARIO CASTAÑO MONTOYA

Revisión Legal 



ACUERDO		 CONCEJO DE PEREIRA
VERSIÓN: 2	APROBACIÓN: Agosto 01 de 2011	

ACUERDO NUMERO CUARENTA Y CINCO (45) DE 2017

POR MEDIO DEL CUAL SE FOMENTA LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

El Concejo Municipal de Pereira, en uso de sus facultades legales y constitucionales, especialmente las conferidas por los artículos 311 y 313 numeral 1 de la Constitución Política de Colombia y la Ley 1551 de 2012

ACUERDA:


ARTÍCULO 1º. Declárese la **Semana de la Humanización de la Salud en Pereira**, con el propósito de promover la realización de diversas actividades multisectoriales, enfocadas en el fomento y la sensibilización social al respecto de una atención en salud de alta calidad, llena de valores y principios éticos, con calidez y sentido humano, enfocada en las personas más que en las cifras, para todos los habitantes del municipio de Pereira, en cualquier régimen en salud en el que se encuentren, y cualquiera que sea su condición socio económica, padecimiento o estado de salud, por cuenta de todos los actores del sistema general de seguridad social, incluyendo las entidades formadoras de talento humano en salud y a los usuarios mismos.

ARTÍCULO 2º. La administración municipal, adelantará acciones administrativas, educativas, pedagógicas, informativas, etc., necesarias, para fomentar la humanización de la salud con actividades basadas en la oferta institucional y sin afectar el presupuesto del municipio.

PARÁGRAFO. En el cumplimiento del presente acuerdo en el contexto de la normatividad vigente, brindará el apoyo logístico necesario para la articulación interinstitucional tendiente a la celebración de la semana de la humanización de la salud en el municipio de Pereira, todo lo cual será atendido con la oferta institucional.

ARTÍCULO 3º. Para los efectos del presente acuerdo la semana de la humanización de la salud en Pereira corresponderá a la última semana (lunes a domingo) del mes de Julio de cada año, a partir de la entrada en vigencia del mismo.

ARTÍCULO 4º. Durante la semana de la humanización de la salud, el Concejo Municipal de Pereira, por intermedio de la mesa directiva, haciendo uso de sus facultades legales, invitará año tras año a la corporación a las diferentes instituciones relacionadas con la humanización de la salud, con el propósito de realizar el "**Foro municipal de la humanización de la salud**", durante el cual se realizará socialización, análisis y debate al respecto de la situación real de la atención en salud en el municipio, así como la presentación de experiencias exitosas, propuestas y compromisos en materia de humanización de la salud de los diferentes actores del sistema

ACUERDO		 CONCEJO DE PEREIRA
VERSIÓN: 2	APROBACIÓN: Agosto 01 de 2011	

tales como las Secretarías de Salud (municipal y departamental), Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas y privadas, Organizaciones Médicas, Profesionales independientes, Organizaciones Sociales, Instituciones académicas (en especial las instituciones de educación superior con programas de formación técnica o profesional de talento humano en salud), Asociaciones de Usuarios, Agremiaciones Científicas, el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, el COPACO, las JAL, las JAC, entre otras.

ARTÍCULO 5º. El concejo municipal de Pereira en el marco de la actividad mencionada en el artículo anterior, y haciendo uso de estrategias de marketing social, suscribirá con todas entidades y organizaciones participantes el "**Pacto Municipal por la Humanización de la Salud**", documento simbólico, sin ningún vínculo legal, con el fin de fomentar desde las diferentes instituciones y organizaciones sociales el compromiso con una atención en salud cada vez más humana.

ARTÍCULO 6º. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su sanción y publicación.

Dado en Pereira, a los dieciséis (16) días del mes de diciembre del año dos mil diecisiete (2017).

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE.


REYNALDO STEVEN CARDENAS ESPINOSA
Presidente


MARCO ANTONIO ECHEVERRI MAURY
Secretario General

CERTIFICO: Que el presente Acuerdo correspondió al Proyecto de Acuerdo No. 64/17, fue discutido y aprobado por el Concejo Municipal de Pereira en dos (2) Sesiones celebradas en las siguientes fechas: Primer Debate: Diciembre 12/17; Segundo Debate: Diciembre 16/17. Fue iniciativa del H. Concejal Mauricio Noreña Ospina y actuó como Ponente el Honorable Concejal Carlos Mario Gil Castañeda.

Pereira, diciembre 16 2017.


MARCO ANTONIO ECHEVERRI MAURY
Secretario General

CONCEJO MUNICIPAL DE PEREIRA
CALLE 14 - 100 - PEREIRA - ANTIOQUIA
TELÉFONO: 312 54 54 54
CORREO: concejo@pereira.gov.co

PROYECTO DE ACUERDO No. 64 DE 2017

CONCEJO MUNICIPAL DE PEREIRA
No. Radic.: 312-2017
Fecha Radic.: 31 de mayo de 2017
Flujo Radic.: 1
Código Dest.: Res. 64
Anexos:
Atendido: Alvaro González

"POR MEDIO DEL CUAL SE FOMENTA LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE PEREIRA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Tal vez en ningún otro momento de su existencia el ser humano se enfrenta de forma más intensa a su propia "humanidad" que cuando advierte amenazada su vida, su integridad o su salud, o la de un ser querido. Es por esto que también uno de los momentos más sensibles e íntimos por los que puede pasar una persona, corresponde al proceso de enfermedad y de dolor físico; (Arendt, 2009) en su libro "La Condición Humana" presenta el hecho de que el dolor físico agudo es la sensación más intensa que conocemos, siendo esta la única experiencia que no somos capaces de convertir en un aspecto adecuado para la presentación pública, y que además nos quita nuestra sensación de la realidad al extremo. En ese sentido, el comportamiento de cualquier individuo en el momento de angustia que representa la amenaza de su vida y su salud por una enfermedad y la susceptibilidad emocional que sobreviene a la misma, requiere ser considerado de manera especial por entidades y personas responsables de ofrecerle ayuda o atención en dicha situación¹, siendo igualmente el momento en el cual necesita más ayuda y atención. Además de los padecimientos agudos y del dolor intenso, también se presentan similares circunstancias para la persona que sufre de padecimientos crónicos, casi siempre producto de largas y penosas enfermedades asociadas a la necesidad de cuidados permanentes y consumo continuo de medicamentos, que de igual manera afloran la sensibilidad humana e intervienen sobre las diversas interacciones y procesos psicosociales de comportamiento denominados *conducta de enfermedad* (Galán, Blanco, & Pérez, 2000). Justamente como lo plantea Martha Liliana Correa Zambrano en su artículo (La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado, 2016) la complejidad de la atención en salud, radica en su naturaleza

¹ Todos los procesos de relación médico paciente (profesional de la salud-paciente) así como el entendimiento de las reacciones psicológicas del individuo enfermo, hacen parte fundamental de la formación académica de un profesional de la salud desde sus inicios y son requeridos antes de iniciar su práctica clínica con pacientes.

humana, en la comunicación y en la forma de interactuar de cada uno de los actores del sistema².

Siendo el ser humano la esencia y la razón de los servicios de salud, parecería innecesario y redundante entrar a plantear acciones tendientes a fomentar la humanización de la salud, pero como producto de múltiples factores como lo propone Carlos Édgar Rodríguez en su artículo en la revista Normas&Calidad (Humanización de la atención en salud y acreditación), la deshumanización es mucho más que un problema de la relación entre seres humanos, es un problema sistémico y debe ser visto en forma más global para ser entendido y atendido; factores como el alto uso de tecnologías en salud, que acarrearán consecuencias, entre otras, como unos costos crecientes, restricciones en el actuar del profesional de la salud (resolutividad), la restricción de intervención a menos que se cuenten con determinados requisitos tecnológicos. La aplicación de la tecnología se convierte en un factor de deshumanización, sumado a que (por diversas razones propias de la dinámica del sistema, que se presentarán más adelante) en muchas situaciones se da prioridad a los rendimientos económicos y al enfoque de costos, generando que en el ámbito de los trabajadores del sector salud, en los usuarios y en muchos de los demás actores del sistema, haga carrera la idea de que los aspectos económicos y los procesos administrativos de la salud están por encima de la atención.

Por otra parte, uno de los factores que ha venido aportado a la deshumanización, es que se ha ido generando una brecha de comunicación entre pacientes y profesionales de la salud, fundamentada tanto en las limitaciones en la comunicación propias de la vida moderna, como en el lenguaje técnico difícil de entender, así como en la fragmentación del cuidado que deja de ver al enfermo como una unidad total y lo atiende por las "partes" correspondiente a cada especialidad. Es vergonzoso el motivo de anécdota entre los usuarios de la salud sobre el hecho de que algunos profesionales de la salud dedican gran parte del tiempo de las consultas a chatear por el teléfono móvil, lo cual causa desconcierto y malestar en el paciente, y pone en riesgo diferentes atributos de la calidad y de la seguridad del paciente, como se afirma en un estudio realizado en México (El teléfono celular como distractor de la atención médica en un servicio de urgencias, 2013).

² Haciendo referencia a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud implementado por la ley 100 de 1993

donde se encontró que el teléfono celular es un factor distractor para el personal de urgencias, identificando que el 90% de los encuestados utilizó el celular de manera ocasional durante la atención médica en el servicio de urgencias, el 40% lo utilizó para envío de mensajes de texto, el 73% está de acuerdo en el que el uso del teléfono celular se asocia con errores médicos o distracciones, mientras que el 36% afirma que puede usarse con buen juicio y sentido común.

Se describe en el texto citado que otro factor que le aporta a la deshumanización lo constituyen las propias instituciones de salud, tanto por cuenta de su estructura y procesos que afectan el contacto entre los seres humanos, como porque las edificaciones en las que se atiende a los pacientes no cuentan con las comodidades y en cambio, en muchas de ellas, sus estructuras son hostiles y poco sensibles a las necesidades del paciente, con transgresiones frecuentes a la intimidad y la privacidad, tal y como lo plantea Carlos Édgar Rodríguez³. Y solo para mencionarlo sin profundizar en el momento, las condiciones de trabajo adversas, tanto en contratación como en remuneración, desempeño y derechos laborales a los que se enfrenta el personal de salud, con la subsecuente inestabilidad laboral, alta rotación del recurso humano, pérdida de la memoria institucional y las capacitaciones brindadas por las diferentes instituciones, son otro factor que desde mi óptica le aporta a este problema.

Es importante anotar que la deshumanización no es exclusiva del sector salud, vemos hoy en día como en todos los sectores sociales se enfrentan crisis relacionadas con la pérdida de vista del ser humano, la masificación y la "cosificación" del sujeto (Rodríguez C. E., 2012); tampoco es exclusividad del municipio de Pereira, o del departamento de Risaralda. Como se puede evidenciar corresponde a la confluencia de diversas situaciones que de la misma manera que otras problemáticas, cuenta con variables propias de cada región, incluso de las ciudades y las comunidades en una misma región, y dada la existencia de un amplio mercado de aseguradores y prestadores, con variables y dificultades propias a cada uno de ellos, se presentan factores individuales, pero las dificultades son casi que generalizadas con base en que el sistema es el mismo, igualmente Pereira como ciudad intermedia y en crecimiento, tiene problemáticas semejantes a las demás ciudades de similares características, contando con la ventaja

³ El Doctor Carlos Edgar Rodríguez es el Director de Acreditación en Salud del ICONTEC

estratégica de que Pereira posee una amplia red pública de centros, puestos de salud y 3 grandes hospitales de baja complejidad, los cuales no son suficientes para satisfacer los servicios demandados en el municipio, caso similar presentado para la red privada. Con base en esta situación y considerando que la actuación de las entidades territoriales es fundamental en el ámbito de aplicación del nuevo modelo de atención integral en salud propuesto por la (Resolución 429, 2016)⁴ y teniendo en cuenta que se requiere la implementación de medidas que mejoren el servicio público de la salud, surge entonces la necesidad de plantearnos la inquietud de: **¿de qué manera se pueden articular acciones para mejorar la humanización de la salud?**

La problemática del sistema de salud en Colombia, ha sido diagnosticada, debatida y discutida por diferentes actores y en diversos escenarios, y es claro que la humanización (o deshumanización), aún sin tener establecido en nuestro medio cuál es su peso estadístico real, no es el único foco problemático del sector salud, pero si uno de los más relevantes. Se ha identificado que existen como base de la crisis de la salud diversos grupos de problemas multicausales, con unos antecedentes que datan desde antes de la implementación de la ley 100, como se plantea en el libro: Estudio de factibilidad técnica y económico para la toma en operación de la ESE hospital "Ana María Rodríguez" en el departamento de Bolívar (Scott-Jervis, Orozco-Africano, & Olivares-Cerpa, 2011); sin embargo factores como la falta de preparación de las entidades para los cambios normativos, los problemas estructurales administrativo de las entidades de salud, entre otros, fomentaron que desde la puesta en marcha del nuevo sistema se diera una estocada mortal para muchos hospitales, y que muchos otros quedaran en "cuidados intensivos", con los sobrevivientes cambios y en especial en lo que respecta al flujo, destinación y marcada reducción de recursos financieros. La deshumanización al no ser el único problema multicausal del sistema de salud, se ve afectado y de alguna forma propiciado por demás tropiezos, especialmente los de índole administrativo y económico del sistema.

⁴ La Política Pública de Atención Integral en salud (PAIS) implementada por medio de la resolución 429 de 2016, propone un nuevo modelo de atención integral en salud (MAIS) el cual a partir de las estrategias definidas, pretende adoptar herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.

Colombia ha vivido una categórica transformación en la prestación de los servicios de salud, y aunque su principal origen se basa en la reforma del sistema que fue puesta en marcha hace casi 23 años, después de ser decretada la ley 100 el 23 de diciembre de 1993, su implementación tuvo un período de transición importante, en especial sobre los prestadores de servicios de salud públicos y privados, obligando a la reorganización de los servicios, a la agrupación de profesionales y la búsqueda de alternativas de venta y facturación, pero específicamente afectó a las instituciones hospitalarias del estado, que antes se denominaban "hospitales públicos" y actualmente Empresas Sociales del Estado (ESE), generando una crisis progresiva con el consecuente impacto sobre la calidad de la prestación, así como sobre la percepción de calidad de los servicios de salud por parte de los pacientes. En este sentido es importante resaltar que si bien esta crisis se puede constituir en una de las causas de que la salud esté cayendo en deshumanización, no puede convertirse esta en su excusa o en la justificación de su perpetuidad, y aun cuando humanizar los servicios no va a arreglar los problemas de flujo de recursos, considero que una atención más humana impacta de forma importante el proceso de atención y el resultado del mismo, ya que fortalece el vínculo médico(cuidador o profesional de la salud)-paciente, y debido a que el enfoque de atención humanizada requiere que se fortalezcan todos los atributos de la calidad. Cito textualmente a Carlos Andrés Andino:

"En este mundo deshumanizado, por los avances científicos, tecnológicos y actitudes negativas, es urgente que la bioética inspire métodos de humanización en la asistencia de los servicios de la salud. Así, no solo se tratará de sanar las heridas del cuerpo y de la mente, sino también las llagas del alma, del corazón y del espíritu, que juntamente hacen más vulnerable a la persona cuando padece una enfermedad" (Andino Acosta, 2015)

Y como lo plantea en su artículo (Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud), aunque siempre existirán crisis, cada crisis exige superarla buscando otros medios y métodos que permitan volver a la persona, su humanidad, su humanismo y su humanización.

Se ha procurado por el legislativo realizar algunas reformas al sistema (Santa-María, 2011) con diversos impactos en aspectos puntuales, sobre todo en las variables administrativas y operativas del mismo, y obviamente existe un sinnúmero de iniciativas normativas que no han superado su trámite parlamentario; y aun cuando existe el marco

normativo para el sistema obligatorio de garantía de la calidad, opino que no se ha visto un amplio impacto suficiente sobre la satisfacción de los usuarios y su percepción sobre servicios humanizados. Para el caso de Pereira por ejemplo (Betancur-Melchor & Rodas-Marín, 2010) encontraron que los usuarios de la E.S.E. Salud Pereira, tienen la percepción de que las quejas interpuestas no generan programas o planes de mejoramiento al interior de la institución, por lo que la gran mayoría no hacen uso de los elementos dispuestos para ello. Según la última encuesta de percepción ciudadana, Pereira Cómo Vamos⁵ (IPSOS, 2017), el 68% de los encuestados piensa que la Administración debe prestarle más atención a la Salud, ocupando el primer lugar del interés ciudadano, por encima incluso del Empleo 54%, la Educación 47%, la Pobreza 30% y la Vivienda 29%. En la misma encuesta se encuentra que solo el 48% de los encuestados no siente que en su ciudad se le está garantizando el derecho a la salud, y solo el 39% se encuentra Satisfecho con los servicios de salud recibidos.

También se puede apuntar que los controles procurados por la Superintendencia de salud y el Ministerio de Salud y Seguridad Social, así como las acciones provenientes del sistema judicial (por medio de las acciones de tutela), aun cuando cumplen su función de defender los derechos de los usuarios vulnerados o que se encuentran amenazados, resuelven básicamente problemas puntuales, observándose que siguen presentándose cada vez más dificultades y generándose aún más tutelas. Según cifras de la (Defensoría del Pueblo) para el estudio presentado al 2015, en solo 5 años el número de acciones que tutela relacionadas con los servicios de salud en Colombia se incrementó en 25,2%, encontrando que el 70% de ellas está relacionado con solicitudes ya incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS). También reporta la Defensoría que durante el (2015) aproximadamente cada 4 minutos fue presentado ante los jueces un recurso de amparo constitucional para invocar el derecho fundamental a la salud, y resaltan que en el 46% del país (506 municipios), la salud se constituyó en el derecho

⁵ Según su página web (<http://www.pereiracomovamos.org/>) Pereira Cómo Vamos es un programa que nace en el 2011 como una iniciativa ciudadana, del sector privado y la academia, con el objetivo de estudiar e incidir en políticas públicas que mejoren la calidad de vida; fomentar ciudadanos informados, responsables y participativos; y contribuir a la construcción de capital social en la región. Realiza seguimiento a la calidad de vida en la ciudad por medio del Informe de Calidad de Vida, que analiza indicadores técnicos objetivos suministrados por fuentes oficiales; y la Encuesta de Percepción Ciudadana, que permite conocer lo que sienten, piensan y opinan los habitantes de la ciudad sobre las distintas áreas que componen la calidad de vida, tales como: salud, educación, mercado laboral y economía del hogar, seguridad ciudadana, vivienda y servicios públicos, movilidad, medio ambiente, cultura, recreación, comportamiento ciudadano y gestión pública.

municipio de Pereira, en cualquier régimen en salud en el que se encuentren, y cualquiera que sea su condición socio económica, padecimiento o estado de salud, incluyendo en este grupo las entidades formadoras de a talento humano en salud y a los usuarios mismos, ya que los usuarios juegan un papel fundamental, al momento de reclamar sus derechos, como en el campo de generar sensibilidad sobre la importancia del respeto hacia el profesional que con dedicación y entrega le brinda los servicios.

Es fundamental aclarar que las actividades que se realicen tendientes a fomentar la humanización de la salud pueden ejecutarse con base en la oferta institucional de la administración municipal, resaltando que pueden enfocarse acciones en pro de este propósito durante toda la vigencia anual, e igualmente se pueden dar énfasis y especial atención a diferentes actividades académicas, educativas, de sensibilización social durante una semana especial destinada para tal fin, que se denomine "**Semana de la Humanización de la Salud en Pereira**", tanto desde la administración local, como desde el concejo Municipal de Pereira, por medio de un foro académico y social denominado "**Foro municipal de la humanización de la salud**", sin afectar los presupuestos de ninguna de las dos entidades por cuenta de las diferentes actividades, ya que para el caso del concejo se fundamentaría en actividades de carácter académico y de debate, y para la administración local, como se dijo, se realizaría con base en la oferta institucional.

Contexto normativo

La Constitución Política Nacional (1991), por una parte en su título II, capítulo 1, determina en el sentido de los derechos fundamentales como son la vida y por otra la Ley 1751 (2015) el derecho fundamental a la salud, los cuales deben ser garantizados por el estado, y brinda la posibilidad de que sean apoyados por los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, quienes deben buscar una atención humanizada donde los ciudadanos puedan acceder a una atención brindada con calidez. Específicamente en referencia a la seguridad social como servicio público en el artículo 48 se establece

"Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a

todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante."

Al respecto se establece por en la ley 1752 en su artículo primero que:

"El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado."

También se cita la **Constitución Política** desde su artículo 313, en el número 1° en el cual se establece dentro de las correspondientes funciones de los concejos municipales:

"Reglamentar las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del municipio."

La **Ley 100** (Congreso de Colombia, 1993) determina en su Artículo 152, como objetivos del Social en Salud *"...regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención..."*

Por otra parte establece dentro de los principios o fundamentos del servicio público de la salud la atención humanizada, determinada en el ARTÍCULO 153, dentro del numeral 10:

*"...10. Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, **humanizada**, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia..."* (La negrilla no hace parte del texto original)

Por otra parte con base en los artículos 186 y 227, se fundamentan las bases para el sistema obligatorio de garantía de la calidad y acreditación en salud, con el propósito de

mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertenencia y continuidad.

La **Ley 715** (2001) se determina al respecto de las competencias de las entidades territoriales en el sector salud, específicamente de los municipios (Artículo 44) corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, y en esta materia se cita el numeral 44.1.4.

"Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud".

Por otra parte, el **Decreto 1011** (Ministerio de la protección social , 2006) establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud y entrega las características de evaluación y cumplimiento de la calidad de la atención en salud en Colombia.

Desde los principios básicos que rigen las empresas sociales del estado que fueron establecidos en el artículo 2° del **Decreto 1876** (1994), modificado por el decreto 1621 de 1995, menciona el primero de ellos como "la eficacia", definida como la mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida, en segundo lugar "La calidad", relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada, continua, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos científico-técnicos y administrativos y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y de las normas vigentes sobre la materia.

El ministerio de salud y seguridad social adoptó durante el presente año la Política de Atención Integral en Salud **Resolución 429** (2016) en el cual se establecen:

"Artículo 3°._ Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS la PAIS establece un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas. La implementación del modelo de atención exige poner a disposición de los integrantes un

conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los del SGSSS, orientan la respuesta del Sistema y alinean su regulación,”

Por otro lado al respecto de la competencia de los municipios:

“Artículo 4°._ Ámbito de aplicación El presente resolución se aplicará a la población residente en el territorio y su implementación es responsabilidad de las Entidades Territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta; entidades del sector salud y de otros sectores, responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna.”

En el marco del **Plan de desarrollo “Pereira Capital del Eje”** aprobado por el Honorable (Concejo Municipal, 2016), se encuentra en el Eje 3 Desarrollo social, paz y reconciliación, en los dos programa 3.1 y 3.2 (Todos con aseguramiento en salud y Salud pública y social), la propuesta de acuerdo es coincidente, y transversal a todos los subprogramas, teniendo coherencia con el plan de desarrollo.

Por los motivos expuestos quiero presentar ~~la~~ honorable concejo, en uso de las facultades constitucionales y legales de la corporación y en concordancia de la legislación vigente, y siendo congruentes con el plan de desarrollo municipal, a bien consideren la evaluación, discusión y aprobación del siguiente articulado del proyecto para brindar nuestra contribución al fomento de la humanización de la salud en el municipio de Pereira.

Aterntamente



MAURICIO NOREÑA OSPINA

Honorable Concejal