DECRETO 1270 DE 2023

(julio 31)

D.O. 52.473, julio 31 de 2023

por el cual se adoptan medidas en materia de salud en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica declarado en el departamento de La Guajira.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en el artículo 215 de la Constitución Política, en concordancia con la Ley 137 de 1994, el Decreto 1085 del 2 de julio de 2023, "por el cual se declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en el departamento de La Guajira", y

CONSIDERANDO:

Que en los términos del artículo 215 de la Constitución Política, el Presidente de la República con la firma de todos los ministros, en caso de que sobrevengan hechos distintos de los previstos en los artículos 212 y 213 de la Constitución Política, que perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública, podrá declarar el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

Que, según la misma norma constitucional, una vez declarado el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, el Presidente, con la firma de todos los ministros, podrá dictar decretos con fuerza de ley destinados exclusivamente a conjurar la crisis y a impedir la extensión de sus efectos.

Que estos decretos deberán referirse a materias que tengan relación directa y específica con

el estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, y podrán, en forma transitoria establecer nuevos tributos o modificar los existentes.

Que mediante el Decreto número 1085 del 2 de julio de 2023 se declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en el departamento de La Guajira por el término de treinta (30) días, con el fin de conjurar la crisis humanitaria que se estructura, fundamentalmente, en la falta de acceso a servicios básicos vitales, materializada en causas múltiples, tales como: i) la escasez de agua potable para el consumo humano; ii) la crisis alimentaria por dificultades para el acceso físico y económico a los alimentos; iii) los efectos del cambio climático acentuado por los climas cálido desértico y cálido árido que predominan en el territorio y que viene afectando profundamente las fuentes de agua; iv) la crisis energética y la falta de infraestructura eléctrica idónea y adecuada, en especial en las zonas rurales, a pesar de que La Guajira cuenta con el más alto potencial para la generación de energía eólica y solar del país; v) la baja cobertura para el acceso a los servicios de salud, en especial en zonas rurales; vi) la baja cobertura en el sector de educación, con altos índices de deserción escolar, infraestructura de baja calidad y malas condiciones laborales para los educadores; situaciones que son más notorias en la zona rural, en donde los pueblos indígenas, afrodescendientes y Rrom atienden clases en condiciones precarias, vii) así como otros problemas de orden social, económicos y políticos que inciden en la situación de emergencia humanitaria y que se describieron en el decreto referenciado.

Que el Decreto número 1085 del 2 de julio de 2023 precisó que la grave crisis humanitaria de La Guajira se viene intensificando a partir de junio de 2023 por. los eventos sobrevinientes e inesperados tales como, a) la llegada temprana de la temporada de ciclones tropicales, b) el Fenómeno de El Niño, y su potencial de pasar de categoría moderado a fuerte y c), la temporada Seca y el déficit de precipitaciones presentes en el primer semestre que de incrementarse agravarán las situaciones ya existentes en el departamento de La Guajira.

Que el artículo 49 superior eleva a la categoría de servicio público la atención en salud y establece en cabeza del Estado la organización, dirección y reglamentación del mismo a todos los habitantes, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así:

"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad".

Que de acuerdo al artículo 44 de la Constitución Política, son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión, y por tanto, gozan también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los

tratados internacionales ratificados por Colombia.

Que en el orden constitucional vigente, la salud es un derecho de carácter fundamental ello en virtud de las fuentes jurisprudenciales y legales del sistema jurídico colombiano, conforme a lo precedente del artículo 2° de la Ley 1751 de 2015 dispone: "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".

Que mediante la Ley 1751 de 2015 se garantizó el derecho fundamental a la salud y asimismo reguló y estableció sus mecanismos de protección, por ende se establecieron allí los elementos y principios que componen el mentado fundamental, estableciendo dentro de estos últimos los de: universalidad, Pro homine, Equidad, Continuidad, Oportunidad, Prevalencia de los Derechos, Libre elección, Sostenibilidad, Solidaridad, Eficiencia, Interculturalidad, Protección a los pueblos indígenas y Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Que el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de la Salud, señala que el Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.

Que dada la protección integral y el interés superior de los menores de edad, como consecuencia de su condición de sujetos de especial protección constitucional, la Corte Constitucional en Sentencia T 302 de 2017 expresó que tal reconocimiento: "significa que la satisfacción de sus derechos e intereses, debe constituir el objetivo primario de toda actuación (oficial o privada) que les concierna", y por tanto: "el reconocimiento de una "caracterización jurídica específica" para el niño, basada en la naturaleza prevalente de sus intereses y derechos, que impone a la familia, la sociedad y el Estado la obligación de darle un trato acorde a esa importancia "que lo proteja de manera especial, que lo guarde de abusos y arbitrariedades y que garantice el desarrollo normal y sano del menor desde los puntos de vista físico, psicológico, intelectual y moral y la correcta evolución de su personalidad".

Que dentro de las razones generales del Decreto número 1085 del 2 de julio de 2023, en virtud del cual se declaró el estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en el departamento de La Guajira, se incluyeron las siguientes consideraciones, en cuanto al presupuesto fáctico del mismo:

"1. PRESUPUESTO FÁCTICO

(…)

Que el Ministerio de Salud y Protección Social determinó que, frente al comportamiento de la mortalidad en niños y niñas menores de cinco años en el departamento de La Guajira, se mantienen desde el 2017 tasas de mortalidad por Desnutrición, Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años por encima de la tasa nacional, siendo en promedio 8 veces más alta para desnutrición, 3 veces más alta para Infección Respiratoria Aguda y 6 veces más alta para Enfermedad Diarreica Aguda.

(…)

Que el análisis a la semana epidemiológica 23, para el periodo 2017 2023, muestra que el departamento de La Guajira registra tasas por encima del nivel nacional y aumento en las tasas de mortalidad por desnutrición para los años 2022 y 2023 en comparación con los años anteriores de la serie y aumento para el último año en la mortalidad por EDA.

(…)

Que, ante la imposibilidad de poder atender, contener y superar los efectos de la situación de emergencia propiciada por la agravación repentina, sostenida, anormal e incontrolada de la crisis humanitaria desatada en el territorio de La Guajira, a través de los mecanismos ordinarios ofrecidos por el ordenamiento jurídico, el Gobierno nacional se ve en la necesidad de recurrir a la declaratoria de un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica (C. P. art. 215), que le permita contar con los recursos y medios suficientes y adecuados para enfrentar, atender y superar los efectos nocivos ocasionados por las condiciones de desigualdad, pobreza, corrupción y desnutrición a la que se enfrenta la población del departamento de La Guajira.

Que, para proceder a la declaratoria del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, el Gobierno nacional se acoge a los presupuestos sentados por la honorable Corte Constitucional, concretamente, en las Sentencias C-135 de 2009 y C-386 de 2017, en las que la Corporación explicó que la declaratoria del Estado de Emergencia puede tener lugar cuando se trate de un fenómeno que existe previamente pero cuya agravación repentina e imprevisible justifica la declaración de dicho estado de excepción; precisando que: “la agravación rápida e inusitada de un fenómeno ya existente puede tener el carácter de sobreviniente y extraordinario, por ocurrir de manera inopinada y anormal”.

Que, dada la grave crisis, se requiere en el sector tributos y de inversiones explorar la relevancia de establecer nuevos impuestos o modificar los existentes o incluso generar incentivos a las inversiones y el turismo en el departamento de La Guajira. Se evidencia, por

ejemplo, la necesidad de reactivar la economía y el turismo, como una forma de ofrecer una respuesta a la problemática evidenciada y promover la sostenibilidad y la función social y transformadora de las inversiones y el turismo, el fortalecimiento de los destinos turísticos y los planes estratégicos de inversión, y del impulso a la demanda de viajeros locales e internacionales en el departamento de La Guajira".

Que dentro del presupuesto valorativo contenido en la parte motiva del Decreto Legislativo "Por el cual se declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en el departamento de La Guajira", se dispuso lo siguiente:

"Que el Ministerio de Salud y Protección Social, identificó que las condiciones de inequidad y de determinantes sociales de la población indígena contribuyen a que los niños y niñas que logran recuperarse de la desnutrición aguda puedan volver a padecer de esta situación de déficit nutricional, lo que podría generar una reducción en la capacidad de respuesta por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud por la alta demanda de niños y niñas con desnutrición aguda.

Que la anterior situación afecta el pronóstico de vida de los niños y niñas con desnutrición, por lo cual se hace de vital importancia poder identificarlos y tratarlos oportunamente, sin embargo, en ocasiones esto no ocurre debido a diferentes razones, entre ellas, el difícil acceso a los servicios de salud por la dispersión geográfica característica del territorio, la falta de estructura vial, los retos del sector salud frente al acceso efectivo de la población a los servicios de salud, la adecuación intercultural y el respeto de los usos y costumbres de las familias Wayúu.

Que pese al desarrollo de diversas medidas, esfuerzos, acciones y estrategias para la atención en salud a la población de La Guajira no ha sido posible superar los hechos que dieron origen a la declaratoria del ECI; por tal razón, y ante la no disminución de la mortalidad infantil y en menores de 5 años y la persistencia de condiciones relacionadas

con determinantes sociales y ambientales que conllevan a la agudización de esta problemática en la primera infancia, en especial de los municipios de Uribía, Manaure, Riohacha y Nazaret, se hace necesario adoptar medidas que le permitan al Gobierno nacional la expedición de decretos con fuerza de ley para superar las situaciones que se presentan en este territorio.

Que la vida es sagrada y que Colombia debe potenciar la vida y todos sus derechos conexos, por lo que es inadmisible que continúen las lamentables defunciones asociadas a Desnutrición, Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años, y siguiendo un suavizado exponencial de lo previsible desde 2021 a 2023, muestran que sin ninguna intervención adicional a las desarrolladas actualmente por el Estado, para dar cumplimiento a lo dispuesto por la Sentencia T-302 de 2017, se esperaría a diciembre de 2023, un promedio de 12 casos mensuales (los cuales pueden ascender a 24 casos por cada mes de 2023) de defunciones asociadas a estas tres causas, lo que acumularía 168 muertes adicionales a las observadas en el periodo enero-mayo de 2023, con un incremento del 26% (n=48) en las muertes esperadas frente a 2022.

Que con relación a la prevalencia de Desnutrición, los municipios de Maicao, Manaure, Riohacha y Uribia se encuentran por encima del valor de la prevalencia nacional y departamental.

Que la incidencia de enfermedad diarreica aguda en los niños y niñas menores de cinco (5) años en el departamento de La Guajira para el periodo 2017 a 2023 fue mayor a la incidencia nacional y los municipios de Riohacha, Uribia entre 2017 y 2023 se encuentran por encima de la incidencia nacional y departamental.

Que la consulta externa y la atención por urgencias por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en La Guajira, respecto a todas las causas, tienen en promedio una mayor demanda para la población de niños y niñas menores de cinco (5) años (30%), ubicándose por encima del

nivel nacional (14%). La hospitalización por IRA representa el 38% de hospitalizaciones por todas las causas en la población de los niños y niñas menores de cinco (5) años".

Que, a su turno, dentro del mentado decreto, se dispuso con relación al presupuesto de necesidad e insuficiencia de las medidas ordinarias, lo siguiente:

"a) Sector salud

Que se requieren medidas legislativas para reorganizar la estructura y funcionamiento del sistema de salud en La Guajira, en lo relacionado con la gobernanza y rectoría, el financiamiento, la administración y el flujo de recursos, con un modelo de salud propio e intercultural construido en acuerdo con las Autoridades Tradicionales Indígenas del pueblo Wayúu y de los demás pueblos indígenas, que permita la alineación de todos los actores del sistema de salud, garantice la atención en salud con cobertura territorializada, universal, sistemática, permanente y resolutiva, elimine barreras de acceso sociales, geográficas, económicas, culturales, asistenciales y administrativas en salud y garantice el goce del Derecho Fundamental a la Salud a la población del departamento.

Que se debe establecer un mecanismo administrativo y financiero en el que se dispongan los recursos excepcionales necesarios para atender, mitigar y superar las causas que dieron origen a la declaratoria de emergencia económica, social Y ecológica en el departamento de La Guajira y la intervención directa que garantice la adquisición y/o suministro de bienes, servicios e infraestructura en salud.".

Que conforme con el criterio de conexidad externa e interna, debe existir una relación directa y específica entre las medidas adoptadas en el respectivo decreto y las causas de la perturbación o amenaza que justificaron la declaratoria del Estado de emergencia. Así pues, la Corte Constitucional, en Sentencia C-466 del 19 de julio de 2017 expuso que "[…] la conexidad debe ser evaluada desde dos puntos de vista, a saber: (i) interno, o la específica relación entre las medidas adoptadas y las consideraciones expresadas por el Gobierno

nacional para motivar el decreto de desarrollo correspondiente, y, (ii) externo, es decir, la relación entre el decreto legislativo de desarrollo y la declaratoria de emergencia".

Que el artículo 1° de la Ley 137 del 2 de junio de 1994, "Por la cual se regulan los Estados de Excepción en Colombia" dispone que los mismos se regirán solo por las disposiciones constitucionales, los tratados o convenios internacionales sobre derechos humanos incorporados al ordenamiento jurídico nacional, y las leyes estatutarias correspondientes.

Que actualmente el modelo de atención en salud en el departamento de La Guajira presenta fallas consistentes en: (i) resultados en salud deficientes e inequitativos con presencia de morbilidad y mortalidad evitable en cifras superiores a las registradas en el país y bajas coberturas para la gestión del riesgo en salud especialmente en zonas rurales; (ii) oferta de servicios fragmentada y segmentada que impide la continuidad de la atención, con distribución insuficiente y desigual entre los ámbitos rural y urbano, que no responde a las condiciones socio-demográficas de la población ni a la dispersión geográfica del departamento; así como el deterioro de la infraestructura hospitalaria y disminución del número de prestadores de servicios de salud; (iii) baja disponibilidad de profesionales de medicina, enfermería y auxiliares de enfermería con densidades por debajo del promedio nacional y de la OCDE; y (iv) servicios de salud que no reconocen la salud propia e intercultural ni las particularidades de los pueblos indígenas que lo habitan.

Que esta situación afecta principalmente a la población perteneciente a los pueblos indígenas poniendo en riesgo la vida y la salud de los niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes y lactantes y personas mayores de estas comunidades.

Que a pesar de que con corte a abril de 2023, según cifras del aseguramiento en salud en el Departamento de La Guajira, se registra una cobertura del 100%, se evidencia débil gestión del riesgo por parte de las EPS para el acceso a intervenciones de detección temprana y protección específica como la valoración integral del desarrollo en la primera infancia que

tiene un cumplimiento en el departamento inferior al 56%. (Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral a la Primera Infancia (SSDIPI) Cálculo realizado por el Ministerio de educación nacional a partir de la información suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Septiembre 2022).

Que la mortalidad en niños y niñas menores de cinco años en el departamento de La Guajira, se mantienen desde el 2017 por encima de la mortalidad nacional, con una tasa ocho (8) veces más alta para Desnutrición, tres (3) veces más alta para Infección Respiratoria Aguda y seis (6) veces más alta para Enfermedad Diarreica Aguda y que además se evidencia un aumento en las tasas de mortalidad por Desnutrición para las vigencias 2022 y 2023 (Semana epidemiológica 23) en comparación con los años 2017 a 2021 y un aumento en el 2023 para la tasa por Enfermedad Diarreica Aguda con respecto al mismo periodo del año 2022 (Semana epidemiológica 23).

Que del total de muertes por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años (n=37), el 94,6% (n=35) de las muertes ocurridas entre el 1° de enero y el 30 de junio de 2023 se han presentado en niños y niñas afiliados a alguna EPS (Fuente: INS. SIVIGILA Power Bi. Datos Preliminares).

Que del total de muertes maternas (n=9), el 89% (n=8) de las muertes ocurridas entre el 1° de enero y el 30 de junio de 2023 se han presentado en mujeres afiliadas a alguna EPS (Fuente: INS. SIVIGILA Power Bi. Datos Preliminares).

Que el Gobierno nacional, a través de la Superintendencia Nacional de Salud, desconcentró el desarrollo de sus funciones en el departamento de La Guajira, desde el primer trimestre de 2023, con el objeto de atender las necesidades de salud que aquejaban a la población en el territorio, mediante el trámite de peticiones, quejas o reclamos relacionadas con la prestación del servicio de salud, constatándose durante la presente vigencia 2023 el registro de 5.201 reclamos en salud, de los cuales 1818 se clasificaron como riesgo de vida, 2.417

reclamos más que lo registrado en el mismo período del 2022; resultados que junto con los hallazgos de la inspección y vigilancia, llevaron a la Superintendencia a tomar medidas de control, incluyendo órdenes de cumplimiento inmediato para el departamento de La Guajira y los municipios de Uribia, Manaure, Maicao y Riohacha, así como para las EPS que operan en el departamento, por la no articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios.

Que durante el proceso de inspección y vigilancia se han llevado a cabo diversas acciones para garantizar una atención oportuna de la población. Sobre el particular, se han realizado mesas de trabajo, auditorías de seguimiento con los prestadores de servicios e implementación de medidas cautelares en IPS indígenas, evidenciándose entre otras, que la red de atención no cumple con las directrices para el manejo integral y seguimiento de mujeres gestantes con morbilidad materna, niños y niñas en riesgo de desnutrición y desnutrición aguda con importantes deficiencias en la gestión del riesgo en salud, lo que impide la detección oportuna y la prevención de muertes materno perinatales y en población menor de cinco años.

Que a la luz de lo anterior, para conjurar la crisis e impedir la extensión de sus efectos se hace necesario adoptar medidas en tres aspectos estructurales del sector salud: la gobernanza y rectoría, la prestación de servicios de salud y el financiamiento; con ello se pretende reorganizar la estructura y el funcionamiento del sistema de salud en el departamento de La Guajira propio e intercultural construido en acuerdo, con la participación de las Autoridades Tradicionales de los pueblos indígenas, afrodescendientes y Rrom, en donde a partir de la alineación de todos los actores se garantice la atención en salud con cobertura territorializada, universal, sistemática, permanente y resolutiva, eliminando barreras de acceso sociales, geográficas, económicas, culturales, asistenciales y administrativas en salud.

Que el funcionamiento del sistema de salud debe ser propio e intercultural y ejecutarse

sobre la base de un ordenamiento territorial, que permita la ejecución de las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad que impacte en los determinantes sociales de la salud, incluyendo el acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, así como la seguridad y soberanía alimentaria, para garantizar la accesibilidad y suficiencia de alimentos sanos y nutritivos, para una buena y adecuada nutrición en la población del departamento.

Que para la implementación de la protección en salud propia e intercultural es necesario equilibrar la oferta de servicios de salud buscando que haya suficiencia de capacidad instalada especialmente en zonas rurales e infraestructura diferenciada que reconozca las particularidades étnicas y culturales.

Que el modelo de salud propio e intercultural permitirá la alineación de todos los actores territoriales del sistema de salud, garantizará la atención en salud con cobertura territorializada, universal, sistemática, permanente y resolutiva; y por tanto, eliminará barreras de acceso sociales, geográficas, económicas, culturales, asistenciales y administrativas en salud, potenciando el goce del derecho fundamental a la Salud en el departamento. Adicional a ello, tendrá en cuenta la salud propia en todo el continuo del cuidado de la salud y la garantía de las prácticas de cuidado propio en la red integral e integrada territorial de salud tanto en el nivel primario como complementario.

Que la Ley 715 de 2001, dispone como competencias de la Nación en el sector salud, entre otras, la de "42.11. Establecer mecanismos y estrategias de participación social y promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud", norma jurídica que es indispensable desarrollar en el marco sistemático del modelo propio e intercultural de salud a implementar, a efectos de crear espacios adecuados y coordinados con la población del departamento de La Guajira.

Que la gobernanza en salud en el departamento de La Guajira se ejercerá por el Ministerio

de Salud y Protección Social en coordinación con la Secretaría de Salud del departamento, la Secretaría Distrital de Riohacha, las Secretarías de Salud Municipales, la participación directa y vinculante de las Autoridades Tradicionales de los pueblos indígenas, afrodescendientes y Rrom que habitan el departamento de La Guajira, a través de un Mecanismo Especial de Concertación en el marco del Diálogo Genuino que funcionará articuladamente con un Comité Coordinador.

Que la creación del comité coordinador anteriormente señalado, será un mecanismo efectivo de participación social, que por su carácter vinculante y participativo permitirá el ejercicio pleno de los deberes y derechos de la comunidad del departamento de La Guajira, y de esta manera, materializar el Modelo de Salud Propio e intercultural que se desarrollará en el respectivo territorio.

Que en igual sentido, teniendo en cuenta que la Honorable Corte Constitucional a través de la Sentencia T 302 de 2017 estableció que las acciones que se realicen para la superación del estado de cosas inconstitucional en el departamento de La Guajira, además de ser efectivas, deben ser legítimas ante los ojos de los miembros del pueblo Wayúu, en el contexto de un Estado social y democrático de derecho multicultural y pluriétnico, lo cual genera la importancia de un diálogo genuino entre las entidades públicas y las autoridades legítimas del pueblo referenciado, por lo tanto, se deberán establecer mecanismos de concertación especiales, en aras de lograr la implementación pronta y efectiva del modelo de salud propio e intercultural.

Que a su vez, es indispensable la creación de un Comité de Emergencia Nutricional y Materna para el departamento de La Guajira, que deberá sesionar de manera permanente y bajo un Puesto de Mando Unificado (PMU), como un espacio de coordinación, articulación y toma de decisiones necesarias, suficientes, eficaces y efectivas para superar la emergencia, mitigando los riesgos asociados a la desnutrición y a la morbilidad materna.

Que la Ley 1438 de 2011 establece la conformación de redes integradas de servicios de salud bajo el liderazgo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, los criterios determinantes para su conformación y la articulación de la red a cargo de aquellas en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud y que adicionalmente la Ley Estatutaria 1751 de 2015 señaló en su artículo 13 que "El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas".

Que actualmente según la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con corte a mayo de 2023, existen en el departamento de La Guajira 10 redes de servicios de salud por EPS y que de acuerdo con el comportamiento de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias en salud y solicitudes de información de la Superintendencia Nacional de Salud se registran para el referido departamento los siguientes motivos, a saber: falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada, falta de oportunidad en la entrega de medicamentos, demora de la programación de exámenes de laboratorio o diagnósticos, falta de oportunidad en la programación de cirugías, entre otros.

Que en virtud de lo anterior, se hace necesario endilgar la facultad antes relacionada en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, en aras de crear una única red integral e integrada territorial e intercultural de salud que permita dar respuesta a las necesidades en salud de los diferentes grupos poblacionales que habitan en el departamento, incluyendo los pueblos indígenas, afrodescendientes y Rrom, bajo los criterios de contigüidad, territorialización, continuidad, integralidad y respeto por los saberes propios, la cual permitirá resolver la problemática anteriormente planteada, mediante la fundamentación en la atención primaria en salud y la unificación de los criterios señalados.

Que a la luz de lo anterior, la prestación de los servicios de salud en el marco del modelo de salud propio e intercultural se realizará a través de una red integral e integrada territorial e intercultural de servicios de salud que supere la fragmentación y segmentación en niveles

de atención, entre intervenciones individuales y colectivas, de redes por asegurador, por prestadores públicos y privados y por población afiliada.

Que la red integral e integrada territorial e intercultural de servicios de salud se ordenará en territorios para la gestión en salud que potencian la transectorialidad al permitir lógica territorial de actuación del Estado y se organizará en un nivel primario y complementario fortalecidos con modalidades de prestación de servicios intramural, extramural, comunitaria y telemedicina y el apoyo de telesalud y estrategias de fortalecimiento de la oferta territorial. En este mismo sentido, se organizará el aseguramiento social en salud, posicionando el aprendizaje en administración de las Empresas Promotoras de Salud.

Que en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2022 2026 Colombia Potencia Mundial de la Vida, se busca hacer efectiva la Atención Primaria en Salud (APS), para lo cual es necesaria la creación de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), que permitan dar cumplimiento a los tres componentes de esta estrategia y generar una respuesta desde el primer nivel de atención con acciones universales, sistemáticas, permanentes, contiguas a los lugares de residencia de la población y territorializadas.

Que en virtud de ello, la operación de esta red integral e integrada territorial e intercultural de servicios de salud realizará el fortalecimiento del primer nivel de atención, como puerta de entrada y primer contacto con las personas, familias, pueblos y comunidades, con Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), constituidos como unidades de cuidado de base territorial con servicios que reconocen e integran los saberes propios e interculturales bajo un enfoque diferencial de salud pública, y equipos de salud territoriales, con agentes de salud propia, promotores, traductores y otros perfiles comunitarios, auxiliares, técnicos, tecnólogos, profesionales y especialistas para el cuidado de la salud con acciones continuas, cercanas a las personas y los territorios donde ellas habitan, de carácter resolutivo, respetando la diversidad poblacional, los saberes y prácticas de la salud propia.

Que para la implementación del modelo de salud propio e intercultural se requiere equilibrar la oferta de servicios de salud buscando que haya suficiencia de capacidad instalada especialmente en zonas rurales e infraestructura diferenciada que reconozca las particularidades étnicas y culturales.

Que en ese sentido, para la adecuada prestación de los servicios de salud es indispensable la creación de Instituciones de Salud del Estado (ISE), como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, con un carácter social, que serán financiadas por oferta con base en un presupuesto que considere costos y gastos de operación, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social, y de esta manera, poder conjurar las causas que dieron origen a la declaratoria de Emergencia Económica, Social y Ecológica en el departamento de La Guajira.

Que es necesario agilizar los trámites para la ejecución de proyectos de inversión en infraestructura hospitalaria o dotación de equipos biomédicos que vayan a realizar las entidades territoriales encaminados a la atención en salud en el departamento de La Guajira, por esta razón, es necesario eliminar el requisito de inclusión de los proyectos en el Plan Bienal de Inversiones Públicas en Salud establecido en el artículo 65 de la Ley 715 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Que con el fin de administrar de una manera eficiente los recursos y garantizar su correcta ejecución se hace menester gestionar los mismos por intermedio de patrimonios autónomos, en la medida que estos permiten ejecutar proyectos transversales de diferentes vigencias fiscales, garantizando el uso eficiente de los recursos a la par de la respectiva ejecución contractual. Asimismo, bajo la figura del patrimonio autónomo, estos podrán celebrar

contratos regidos bajo el derecho privado, lo cual permitirá garantizar agilidad y eficiencia en la ejecución de recursos para conjurar las causas que dieron origen a la emergencia sanitaria.

Que si bien la Ley 1438 de 2011 estableció los equipos básicos de salud, los mismos son insuficientes, pues solamente se centran en la realización de acciones de salud pública de tipo colectivo y de promoción y prevención de la salud. No obstante, y en el marco de la APS, se requiere la conformación de unos equipos de salud territoriales, que sean resolutivos y que puedan prestar la atención básica en salud ambulatoria.

Que en efecto, es indispensable dar cumplimiento a los tres componentes de la Atención Primaria en Salud y generar una respuesta con equipos de salud territoriales como parte de los CAPS en el primer nivel de atención con acciones universales, sistemáticas, permanentes, contiguas a la población creando equipos de salud territoriales resolutivos, para lograr superar las causas que dieron origen a la Declaratoria de Estado de Emergencia pluricitada.

Que a su turno, el ordenamiento jurídico colombiano no contempla la gestión en salud por territorios, lo cual dificulta en gran medida la eficiente prestación del servicio de salud, debido a la falta de planeación en las redes integradas e integrales conformadas por las EPS, entre otros factores, los cuales impiden la implementación y operación del modelo de salud propio e intercultural, orientado a la atención integral y continua en salud a personas, familias, pueblos y comunidades que reconozca y dé respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de los sujetos de derecho, contribuyendo así a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud en relación con el derecho fundamental pluricitado, alimentación y nutrición, en el territorio.

Que en virtud de lo anterior, se considera pertinente que el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con los demás actores del sistema, defina unos territorios para la

gestión en salud en el departamento de La Guajira, bajo criterios de contigüidad, territorialización, continuidad, integralidad y respeto por los saberes propios, posibilitando a través de la concentración de afiliados la asunción de costos administrativos que favorecen el acceso de la población a los servicios de salud y facilitando la labor de agencia de las EPS en cuanto a la representación del usuario, la gestión del riesgo, las auditorías de calidad y demás funciones de las EPS, con la finalidad de dar un abordaje integral y sistemático para la superación de las causas que justificaron la declaratoria de Estado de Emergencia, estableciendo la operación del aseguramiento, teniendo en cuenta la distribución de la población, la oferta de servicios de salud, el desempeño de las EPS y EPS indígenas, de manera tal que se garantice la accesibilidad, eficiencia y calidad.

Que para garantizar el acceso oportuno y pertinente a los servicios de salud en las zonas rurales y rurales dispersas donde se concentra la mayor proporción de población del departamento, se requiere contar con talento humano organizado en equipos de salud territorial, así como la dotación para realizar atención en salud en la modalidad extramural con carácter resolutivo.

Que en virtud del principio de solidaridad y de la cláusula del Estado Social de Derecho, es necesario acudir a la prestación de los servicios de salud de todo el talento humano en salud que estén en ejercicio y formación, para contener y mitigar la emergencia declarada. Asimismo, se considera necesario permitir que los profesionales de la salud que durante la emergencia sanitaria finalicen su servicio social obligatorio, puedan continuar prestando el servicio de manera voluntaria, siempre y cuando se cumplan las condiciones definidas en la normativa.

Que para el fin previsto, ante la ausencia de normas efectivas para la disponibilidad y distribución del talento humano en salud para el territorio de La Guajira, debido a que se requiere planificar y gestionar el talento humano en salud (técnico, tecnólogo y profesional) de las instituciones de salud, de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y de los

equipos de salud territoriales, de acuerdo con las prioridades y necesidades de la población, en diálogo con el modelo de salud propio e intercultural, a partir de la concertación con los pueblos indígenas, afrodescendientes y Rrom que habitan el territorio y en diálogo de saberes, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Secretarías de Salud del departamento, realizará la planificación y gestión del talento humano en salud de acuerdo con las características, prioridades y necesidades del territorio.

Que la actual normatividad en salud, en especial la Ley 100 de 1993 referencia como modelo de financiamiento el valor per cápita traducido este en la denominada Unidad de Pago por Capitación UPC, sin embargo, el mismo se encuentra atado a las Entidades Promotoras de Salud, lo que genera la imposibilidad de crear modelos de salud propios e interculturales que se requieren en el territorio de La Guajira para el desarrollo de acciones universales, sistemáticas, permanentes, cercanas a los lugares de residencia de las comunidades y pueblos que garanticen la prestación de tecnologías y servicios de salud a través de equipos de salud territoriales adscritos a centros de atención primaria en salud para garantizar toda la atención disponible según capacidad instalada y servicios habilitados en los mismos.

Que en ese mismo sentido, el modelo de UPC se encuentra limitado para situaciones logísticas y requerimientos propios de la cultura territorial del departamento de La Guajira, por lo que es importante establecer otras fuentes de financiación diferentes a los recursos de la UPC, así como una flexibilización en la destinación de estos últimos, dirigiéndose no solamente a tecnologías y servicios en salud, sino que además, generando cobertura de los saberes propios e interculturales y del talento humano requerido para atender la emergencia declarada en el departamento pluricitado.

Que por consiguiente, para superar las causas de la declaratoria de emergencia, se hace menester modificar la lógica de sostenimiento del sistema de salud, basada en la venta de servicios de las Instituciones Prestadoras de Salud para transitar hacia el reconocimiento y

pago de manera directa de un presupuesto per cápita para el financiamiento de la Atención Primaria en Salud, con consideración de variables geográficas, poblacionales, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes. Por tanto, todos los recursos del sistema serán manejados por la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), con los debidos controles.

Que la Ley 1438 de 2011 prevé el mecanismo del giro directo en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, únicamente para la administración del régimen subsidiado, situación jurídica que impide el recaudo y giro directo a los prestadores de servicios de salud de las redes integrales e integradas que hacen parte de las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo.

Que el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013 "Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud", establece la posibilidad de realizar giro directo, únicamente a Empresas Promotoras de Salud que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo competente.

Que el artículo 150 de la Ley 2294 del 19 de mayo de 2023, "por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida", permitió a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que en nombre de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar, realizar el giro directo de los recursos de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) de los regímenes contributivo y subsidiado, destinados a la prestación de servicios de salud, a las instituciones y entidades que presten dichos servicios y que provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios, a los proveedores, así como para girar directamente los recursos de presupuestos máximos por los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC.

Que a pesar de haber permitido el giro directo para los regímenes contributivo y subsidiado, tal facultad quedó limitada únicamente para las EPS que no se encuentran adaptadas al Estado y aquellas que en su desempeño financiero no cumplan con el patrimonio adecuado.

Que el nivel de recaudo de las Empresas Sociales del Estado-ESE de La Guajira, durante el periodo 2019 a 2022, en promedio fue del 76% de lo facturado al régimen subsidiado y el 41% de lo facturado al régimen contributivo, viéndose especialmente afectadas las ESE de segundo nivel de atención ya que durante el mismo periodo recaudaron en promedio el 64% y el 41% de lo facturado al régimen subsidiado y al contributivo, respectivamente. En lo que atañe al primer nivel de atención, si bien ha venido recaudando en promedio el 88% del régimen subsidiado, las EPS del régimen contributivo le han cancelado el 42% del valor facturado por la atención a la población afiliada a dicho régimen.

Que lo anterior viene impactando la sostenibilidad de la operación corriente de la red pública hospitalaria del departamento de La Guajira, máxime si se tiene en cuenta, que dichos regímenes financian el 69% de los gastos operacionales de estas entidades, como prueba de ello, se encuentra entre otros el déficit operacional con recaudo que ha venido presentando la red, en donde los ingresos recaudados por ventas de servicios de salud cubren en promedio el 70% de los gastos operacionales de las ESE y adicionalmente por las medidas adoptadas dado el riesgo financiero presentado por seis (6) de las dieciséis (16) Empresas Sociales del Estado del departamento, en las que se encuentra que dos de las tres ESE de segundo nivel de complejidad, se hallan en intervención forzosa administrativa para administrar o en acuerdo de reestructuración de pasivos y las demás deberán adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero por haber quedado categorizado en riesgo alto.

Que el régimen jurídico de las actuales Empresas Sociales del Estado, y en particular, el régimen presupuestal basado en un sistema de reembolso contra prestación de servicios ha

llevado a estas instituciones a tener una permanente crisis financiera que pone en riesgo la prestación del servicio público esencial a cargo del Estado.

Que, la red pública de prestación de servicios de salud en el departamento de La Guajira y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud informan de situaciones que evidencian la falta de oportunidad en el pago de la prestación de los servicios y tecnologías en salud, lo cual, pone en riesgo la continuidad en la prestación de los servicios de salud en el departamento de La Guajira y la sostenibilidad financiera de los prestadores.

Que, con corte al 31 de marzo de 2023, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES informó que, en virtud del mecanismo actual de giro directo, durante la presente vigencia se ha girado aproximadamente el cincuenta y uno por ciento (51%) de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado correspondiente al departamento de La Guajira; y que, uno de los retos es el pago oportuno de los servicios y tecnologías en salud prestados, siendo necesario implementar medidas que permitan mitigar los riesgos en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que a la luz de lo anterior, si bien en el ordenamiento jurídico actual se prevé el mecanismo de giro directo, el mismo es insuficiente, ya que se encuentra condicionado a una serie de eventos financieros y/o administrativos que prácticamente impiden su aplicación en el régimen contributivo, por ende, al observarse que tal medida genera una serie de beneficios para el sistema de salud, respecto del flujo de recursos, la prestación eficiente y efectiva del servicio, entre otros; se hace necesario extender el referido dispositivo a todas las Entidades Promotoras de Salud que operan el aseguramiento en el departamento de La Guajira, con el fin de mejorar, fortalecer y agilizar el flujo de los recursos a la red prestadora de servicios de salud en el departamento, tendiente a garantizar la prestación de los servicios de salud de la población.

Que se hace indispensable utilizar los saldos que no puedan ser ejecutados del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud FONSAET y que se encuentren en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para conjurar las causas que dieron origen a la declaración de Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en el departamento de La Guajira, de conformidad con los criterios que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que como medida urgente que contribuya a superar la emergencia se debe mejorar la infraestructura, equipamientos, dotación y tecnología en salud del departamento, para favorecer el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud; lo cual exige inversiones y ajustes administrativos que permitan mayor celeridad y eficacia en la ejecución de proyectos.

Que si bien es cierto la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, la Ley 1882 de 2018, el Decreto 1082 de 2015, entre otra normatividad en materia de contratación estatal, permiten a la Administración Pública realizar procesos contractuales tendientes a adquirir bienes, servicios e infraestructura hospitalaria, en aras de materializar los fines esenciales del Estado; las mismas y dada la Emergencia Económica, Social y Ecológica, según las condiciones jurídicas desde el aspecto temporal y apremiante, son insuficientes para conjurar la crisis referenciada.

Que por tanto el sistema contractual Colombiano actual no permite conjurar la crisis anunciada, siendo entonces necesario, establecer un régimen jurídico especial que coadyuve a la eficiencia, economía y eficacia en el marco de compras y obras; sin dejar de lado los principios generales de la contratación estatal.

Que dado la anterior, es necesario permitir al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y al Instituto Nacional de Salud (INS), que puedan adelantar procedimientos de contratación

ágiles y expeditos, a través de la modalidad de contratación directa ante la urgencia en adquirir bienes, obras o servicios para conjurar las causas que dieron origen a la declaratoria de emergencia pluricitada, máxime cuando la escasez de dichos bienes y/o servicios requieren procedimientos rápidos o inmediatos que habilitan su adquisición para proteger los derechos a la salud y la vida.

Que por lo expuesto anteriormente y a pesar de las gestiones de las entidades del orden nacional, departamental y municipal, no se ha logrado garantizar de manera efectiva el derecho fundamental a la salud en el departamento de La Guajira, por el contrario, se presenta actualmente una situación de emergencia relacionada con la muerte de niños y niñas en dicho territorio, asociado a factores de desnutrición y demás, que requiere de medidas en materia de salud urgentes y extraordinarias respecto de gobernanza y rectoría, modelo de salud y financiamiento y flujo de recursos, a efectos de conjurar las causas que dieron origen a la declaratoria de Emergencia Económica, Social y Ecológica, contenida en el Decreto número 1085 de 2023.

Que, en mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1°. Dirección y coordinación del Sector Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, ejercerá la dirección y coordinación del sector salud en el departamento de La Guajira en articulación con la Secretaría de Salud del departamento, las secretarías de salud municipales y la participación de las Autoridades Tradicionales de los pueblos indígenas, incluyendo al pueblo Wayú; afrodescendientes y Rrom, que habitan el departamento, a través de las instancias que para el efecto sean definidas y reglamentadas por esta cartera ministerial.

Las disposiciones contenidas en este decreto legislativo que afecten recursos del Presupuesto General de la Nación, deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales,

al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Artículo 2°. Mecanismos Especiales de Concertación en el marco del Diálogo Genuino para la formulación, adopción e implementación del Modelo de Salud Propio e Intercultural. El Ministerio de Salud y Protección Social en acuerdo con las Autoridades Tradicionales de los pueblos indígenas, incluyendo al pueblo Wayú; afrodescendientes y Rrom, que habitan el departamento de La Guajira, establecerán Mecanismos Especiales de Concertación en el marco del Diálogo Genuino para la formulación, adopción e implementación del modelo de salud propio e intercultural, para lo cual se tomará en cuenta lo avanzado en procesos previos de concertación entre las Autoridades Indígenas y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Los resultados que se obtengan en materia del modelo de salud propio e intercultural, como producto de los Mecanismos Especiales de Concertación en el marco del Diálogo Genuino en el departamento de La Guajira, tendrán carácter vinculante, a efectos de garantizar su pleno cumplimiento.

Artículo 3°. Modelo de Salud Propio e intercultural. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la Secretaría de Salud Departamental, las Autoridades Tradicionales de los pueblos indígenas, incluyendo al pueblo Wayú; afrodescendientes y Rrom, que habitan en el departamento y el resto de los actores del Sistema de Salud, organizarán la respuesta integral, resolutiva y de calidad a las necesidades en salud de la población a través de un modelo de salud que integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad, bajo un ordenamiento territorial, diferencial que tenga en cuenta condiciones geográficas, epidemiológicas, organizativas y culturales, que permita la ejecución de las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para lo cual los actores del sistema de salud podrán ser transformados, reorganizados o adecuados administrativa, técnica y financieramente de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 4°. Territorios para la gestión en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los territorios para la gestión y operación en salud en el departamento de La Guajira para la respuesta a la emergencia.

La territorialización en los territorios indígenas, afrodescendiente y Rrom para la implementación del modelo de salud propio e intercultural se concertará con las Autoridades Tradicionales de los pueblos indígenas, incluyendo al pueblo Wayú; afrodescendientes y Rrom, que habitan en el departamento. Los resultados del ejercicio serán vinculantes para el conjunto de actores Sistema de Salud para lo pertinente.

Artículo 5°. Operación del aseguramiento por territorios para la gestión en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con la Secretaría de Salud Departamental, las Autoridades Tradicionales de los pueblos indígenas, incluyendo al pueblo Wayú; afrodescendientes y Rrom, que habitan en el departamento y demás actores del Sistema de Salud, adaptará la operación del aseguramiento por territorios para la gestión en salud, que permita la implementación del modelo de salud propio e intercultural.

Esta adaptación incluirá las condiciones de habilitación y permanencia, de las Empresas Promotoras de Salud o quien haga sus veces y la reorientación de su rol en el departamento de la Guajira, según reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1°. En los territorios indígenas, afrodescendiente y Rrom en el marco de los mecanismos de concertación previstos en el presente decreto, se establecerá el proceso de transformación de las Empresas Promotoras de Salud.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social teniendo en cuenta condiciones adicionales de dispersión poblacional y diferenciales, podrá incrementar el valor de la UPC en municipios del departamento de La Guajira, en función de la implementación del modelo de salud propio e intercultural.

Artículo 6°. Creación de la Red Integral e Integrada territorial e intercultural de salud para el departamento de La Guajira. El Ministerio de Salud y Protección Social creará sobre la base de un enfoque diferencial y el derecho a la participación, la red integral e integrada territorial e intercultural de salud para el departamento de La Guajira en coordinación con la Secretaría de Salud Departamental, las Autoridades Tradicionales de los pueblos indígenas, incluyendo al pueblo Wayú; afrodescendientes y Rrom, que habitan en el departamento y demás actores del Sistema de Salud, para la implementación del modelo de salud propio e intercultural.

La red será habilitada por el Ministerio de Salud y Protección Social y tendrá un componente primario de atención territorializado que garantice servicios de salud de calidad, resolutivos e interculturales, bajo las modalidades de prestación intramural, extramural, telemedicina y comunitaria a través de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y equipos de salud territoriales, los cuales se constituyen en el primer contacto y puerta de entrada de la población al sistema de salud; así como un componente complementario con servicios de mediana y alta complejidad.

El Gobierno nacional garantizará la disponibilidad de recursos financieros y técnicos adicionales incluyendo las operaciones de empréstito o donaciones de organismos multilaterales, para la estructuración de proyectos y la ejecución de la infraestructura, equipamiento fijo, dotación biomédica, tecnologías, transporte multimodal y el apoyo logístico para la operación del modelo de salud propio e intercultural en el departamento, atendiendo el marco fiscal de mediano plazo y las disponibilidades presupuestales.

Parágrafo 1°. Los proyectos de infraestructura, dotación o equipos biomédicos que el Ministerio de Salud y Protección Social determine que son de control especial y los que se financian directamente con recursos del Ministerio de Salud y Protección Social, no requerirán estar incluidos en el plan bienal de inversión en salud durante el tiempo que se requiera para conjurar las causas que dieron origen a la declaratoria de emergencia en el

departamento de La Guajira.

Parágrafo 2°. Se autoriza transitoriamente el funcionamiento de los servicios de salud de baja y mediana complejidad, que se requieran para conjurar las causas que dieron origen a la declaratoria de emergencia en el departamento de La Guajira, dicha autorización estará a cargo de la Secretaría Departamental de Salud previa solicitud de los prestadores de servicios de salud inscritos en el Registro de Servicios de Salud (REPS) para: 1. Adecuar temporalmente un lugar no destinado a la prestación de servicios de salud, dentro o fuera de sus instalaciones. 2. Reconvertir o adecuar temporalmente un servicio de salud para la prestación de otro servicio no habilitado. 3. Ampliar la capacidad instalada de un servicio de salud habilitado. 4. Prestar servicios en modalidades o complejidades diferentes a las habilitadas. 5. Modificar un servicio para prestar otros servicios de salud no habilitados. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá lineamientos al respecto.

Parágrafo 3°. Los recursos podrán ser transferidos directamente a los patrimonios autónomos que se constituyan para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social y en ellos podrán concurrir como aportantes las entidades de orden nacional, departamental y municipal del departamento de la Guajira. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá celebrar directamente contratos de fiducia mercantil en los que cualquier persona natural o jurídica podrá ser aportante de bienes o recursos a título gratuito. Tanto la selección del fiduciario, como la celebración de los contratos para la constitución de los patrimonios autónomos y la ejecución y liquidación de los proyectos por parte de los referidos patrimonios, se regirá exclusivamente por las normas del derecho privado. Las transferencias de recursos de los patrimonios autónomos se tendrán como mecanismo de ejecución presupuestal.

Los patrimonios autónomos que se constituyan de acuerdo con el presente artículo, podrán adelantar todos los procesos precontractuales, contractuales y post contractuales que sean instruidos y se regirán por el derecho privado. El Ministerio de Salud y Protección Social

definirá las condiciones y criterios para las convocatorias, así como los parámetros de evaluación, selección, seguimiento y control tanto a los proyectos como a los recursos invertidos en ellos. Con cargo a los recursos administrados por los patrimonios autónomos se asumirán los costos en que se incurra para la administración de los recursos, para gastos de operación y para los contratos necesarios para la estructuración, desarrollo e implementación de los proyectos viabilizados que cuenten como mínimo con financiación o cofinanciación de recursos del Presupuesto General de la Nación.

Artículo 7°. Instituciones de Salud del Estado (ISE). La prestación de servicios de salud públicos en el departamento de la Guajira se realizará a través de Instituciones de Salud del Estado (ISE) que se constituyen como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometidas al régimen jurídico previsto en este decreto. En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado (ISE)". El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) son Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en el nivel primario y en el nivel complementario de mediana y alta complejidad. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán financiados por oferta con base en un presupuesto que considere costos y gastos de operación según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para las Instituciones de Salud del Estado (ISE) del nivel complementario se estructurará un presupuesto integral, que garantice el cierre financiero del presupuesto anual, integrando

los recursos de venta de servicios con los recursos territoriales y nacionales que cofinanciarán dicho presupuesto.

En materia contractual se regirán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.

La dirección y administración, estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director(a). El Consejo Directivo estará integrado por: el jefe de la administración departamental, distrital o municipal, o su delegado, quien la presidirá, el director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado, un (1) representante de la comunidad designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, dos (2) representantes de los trabajadores de la salud de la institución, uno administrativo y uno asistencial. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el período inmediatamente siguiente.

En el caso de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) ubicadas en territorios indígenas, afrodescendientes y Rrom, el representante de la comunidad será designado por las Autoridades Tradicionales respectivas, según corresponda.

La designación del director(a) de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se efectuará por la respectiva autoridad nominadora, de la lista de aspirantes que publique el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los tres (3) meses siguientes al inicio del período del respectivo alcalde municipal o distrital o gobernador, para un período institucional de cuatro (4) años. Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado transformadas en ISE continuarán en el cargo hasta la terminación de su periodo, en caso de cargos vacantes se

realizará el nombramiento por el nominador hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social publique la lista correspondiente. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el procedimiento para conformar la lista de aspirantes.

En el caso de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) ubicadas dentro de territorios indígenas, afrodescendientes y Rrom, la lista de aspirantes a director(a) de estas instituciones se conformará en concertación con las Autoridades Tradicionales respectivas, según corresponda. Cuando en el municipio existan varios territorios indígenas, la conformación de la lista de aspirantes deberá garantizar la participación de todas las Autoridades Tradicionales Indígenas respectivas.

Parágrafo. Los requisitos para el cargo de director son los establecidos en el Decreto número 785 de 2005. En los términos de la normatividad vigente los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley o pactadas con las organizaciones sindicales, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.

Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado presentes en el departamento de La Guajira, a la vigencia del presente decreto, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado (ISE), sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales. Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia del presente decreto, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado (ISE). En ningún caso, habrá desmejoramiento de las condiciones laborales.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá la reglamentación que sea necesaria para la implementación de lo definido en el presente artículo.

Parágrafo 2°. Dentro de los dos (2) meses siguientes a la expedición del presente decreto, se debe iniciar el proceso de transformación de las Empresas Sociales del Estado en Institución de Salud del Estado (ISE).

Parágrafo transitorio. Hasta tanto se culmine el proceso de transformación referenciado de Empresas Sociales del Estado (ESE) a Instituciones de Salud del Estado (ISE), las primeras podrán recibir recursos diferentes a la venta de servicios, para el financiamiento de la Atención Primaria en Salud (APS).

Artículo 8°. Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Confórmese los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) que constituirán la unidad de cuidado de base territorial de la Red Integral e Integrada territorial e intercultural de Servicios de Salud para el departamento de La Guajira. Los servicios de los CAPS serán universales, territoriales, sistemáticos, permanentes y resolutivos e integrarán los saberes propios e interculturales, conforme con un enfoque de salud pública y de determinantes sociales en el marco del modelo de salud.

En los territorios indígenas, afrodescendientes y Rrom el Ministerio de Salud y Protección Social y las Autoridades Tradicionales Indígenas concertarán la cantidad, ubicación, tipología, gobernanza y funcionamiento de estas unidades de atención, sobre la base de los principios del enfoque diferencial y el derecho a la participación.

En los territorios indígenas, afrodescendientes y Rrom, las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas o interculturales, que previo cumplimiento de requisitos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, se conformen como Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) tendrán tratamiento de Instituciones de Salud del Estado (ISE) del nivel primario para efectos de su financiación y podrán recibir transferencias. La creación de nuevos Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se hará previa evaluación de la necesidad de creación de nueva oferta de servicios, según los parámetros que al

efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1°. Todos los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán financiados por oferta; de acuerdo con reglamentación que para ello expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios de operación de los CAPS en el marco de la Red Integral e Integrada territorial e intercultural de salud.

Parágrafo 3°. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública se organizarán como Instituciones de Salud del Estado (ISE) del nivel primario, podrán tener y operar sedes en el ámbito de su territorio y población adscrita para garantizar el acceso a servicios de salud y podrán ser una unidad funcional de otra Institución de Salud del Estado, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 9°. Equipos de Salud Territoriales. Confórmese los equipos de salud territoriales resolutivos, los cuales incluirán de manera interdisciplinaria e interinstitucional agentes de salud propia, promotores, traductores-guías bilingües y otros perfiles comunitarios, auxiliares, técnicos, tecnólogos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias, pueblos y comunidades, quienes operarán de manera permanente, sistemática, continua y contigua en territorios determinados, respetando la diversidad poblacional, los saberes y las prácticas de la salud propia. Estos equipos deberán contar con los medios necesarios y suficientes en términos logísticos, tecnológicos y sociales para adelantar adecuadamente su actividad.

En los territorios indígenas, afrodescendientes y Rrom los equipos de salud territoriales podrán contar con todos los criterios enunciados en el presente artículo y aquellos que se definan de manera concertada con las Autoridades Tradicionales Indígenas del pueblo Wayú y de los demás pueblos indígenas que habitan en el departamento de La Guajira.

Artículo 10. Disponibilidad y distribución del talento humano en salud para la atención de la emergencia en el departamento de La Guajira. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Secretarías de Salud del departamento, realizará la planificación y gestión del talento humano en salud de acuerdo con las características, prioridades y necesidades del territorio.

Parágrafo 1°. En coordinación con las Autoridades Tradicionales de los pueblos indígenas, incluyendo al pueblo Wayú; afrodescendientes, Rrom, las comunidades campesinas y urbanas, según corresponda, que habitan en el departamento de La Guajira, se realizará la nominación y vinculación de líderes y lideresas u otros miembros de la comunidad o pueblo, la formación intercultural y el desarrollo del programa de formación, a través del perfil de promotor, que será reconocido como una ocupación auxiliar del área de la salud y vinculado a los equipos de salud territoriales. El Gobierno nacional contribuirá en el proceso de formación de los promotores.

Parágrafo 2°. Para la atención intercultural y propia en salud, los equipos de salud territoriales incluirán y/o vincularán a los agentes comunitarios de la salud propia (sabedores y sabedoras ancestrales), según autorización de las Autoridades Tradicionales de los pueblos indígenas, incluyendo al pueblo Wayú; afrodescendientes, Rrom, que habitan en el departamento.

Artículo 11. Financiación de la Atención Primaria en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), definirá el valor del financiamiento de los servicios de la estrategia de Atención Primaria en Salud realizada a través de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), que incluye la operación de los equipos de salud territoriales, como una proporción de la UPC, y realizará el reconocimiento y pago de manera directa con esta proporción, a través de un presupuesto per cápita para el financiamiento de la Atención Primaria en Salud.

En el evento en que el mencionado reconocimiento exceda la proporción previamente definida, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público dispondrá los recursos suficientes, que garanticen la atención integral a la población del departamento de La Guajira.

El Ministerio de Salud y Protección Social determinará las variables requeridas para definir el valor relacionado en el presente artículo, este valor se ajustará en el giro a los prestadores de servicios de salud dependiendo de la garantía de la oferta de servicios.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales de La Guajira en caso de ser necesario efectuarán transferencias directas de recursos, diferentes a los de la UPC, mediante actos administrativos de asignación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, destinados a la prestación de servicios de salud, para la financiación de la operación o para inversión en estructuración de proyectos y la ejecución de proyectos de infraestructura, equipamiento fijo, dotación biomédica, tecnologías, así como transporte multimodal y apoyo logístico para la operación del modelo de salud propio e intercultural en el departamento según sea el caso en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Así mismo se podrá transferir recursos a las organizaciones y asociaciones de autoridades tradicionales, con el fin de que brinden apoyo en la operación del modelo de salud propio e intercultural en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2°. Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) Salud Pública y los provenientes de otras fuentes podrán concurrir en la financiación de la atención primaria en salud.

Parágrafo 3°. Los saldos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet) depositados en la cuenta “Otros Gastos en salud-Inversión” de las entidades territoriales que no puedan ser ejecutados serán devueltos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El Ministerio de Salud y Protección Social

determinará cuáles recursos se considera que no han podido ser ejecutados.

Los recursos referenciados en el presente parágrafo que se encuentren en la ADRES, podrán ser distribuidos entre las Instituciones Prestadoras de Salud Públicas, con el fin de conjurar las causas que dieron origen a la declaratoria de emergencia en el departamento de La Guajira.

Artículo 12. Giro Directo. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en nombre de las Entidades Promotoras de Salud, girará recursos de manera directa a los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de los regímenes contributivo y subsidiado de la población asegurada del departamento de la Guajira, una vez descontados los gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud del régimen correspondiente.

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), informará a las Entidades Promotoras en Salud, prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud, los valores reconocidos. Para el caso de la Atención Primaria en Salud, informará los valores a reconocer.

Parágrafo. El giro de estos recursos incluirá el presupuesto per cápita destinado a la Atención Primaria en Salud, de la población adscrita a cada uno de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

Artículo 13. Modalidad de contratación directa para la adquisición de bienes, servicios e infraestructura en salud. Durante el término de seis (6) meses contados a partir de la vigencia del presente decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y el Instituto Nacional de Salud (INS), podrán contratar a través de la modalidad de Contratación Directa cualquier tipo de bienes, servicios y/o infraestructura en salud, cualquiera sea su monto,

requeridos para superar las causas que dieron origen a la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada por el Gobierno nacional.

Las restricciones en materia contractual y de convenios interadministrativos contenidas en la Ley 996 de 2005 no aplicarán para el desarrollo de lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 14. Comité de Emergencia Nutricional y Materna para La Guajira. Créese para el departamento de La Guajira el comité de emergencia nutricional y materna el cual sesionará de manera permanente, como un espacio de coordinación, articulación y toma de decisiones sectorial, intersectorial y comunitario. En este espacio se realizará el reporte, seguimiento y toma de acciones inmediatas para garantizar la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años de edad, identificados con riesgo de desnutrición, desnutrición aguda y gestantes con morbilidad materna, así como la mortalidad evitable por estas causas. En este espacio participarán el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar familiar, el Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías de Salud departamental y municipal, las Secretarías de Educación departamental y municipal, representantes de las Entidades Promotoras de Salud, representantes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud municipales y departamentales, Autoridades Tradicionales de los pueblos indígenas, incluyendo al pueblo Wayú; afrodescendientes, Rrom, representantes de la comunidad y demás que sean convocados.

Artículo 15. Inspección, vigilancia y control con enfoque intercultural. La Superintendencia Nacional de Salud en el marco de sus competencias supervisará de manera permanente la implementación de las medidas previstas con razón de la emergencia y velará para que en su aplicación se preserve el enfoque intercultural y diferencial de la garantía del derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluyendo al pueblo Wayú; afrodescendientes y Rrom que habitan en el departamento de La Guajira.

Artículo 16. Reglamentación. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de las funciones contenidas en el artículo 2° del Decreto 4107 de 2011, será la entidad encargada de reglamentar las disposiciones contenidas en el presente decreto, a efectos de garantizar su adecuada aplicación en el departamento de La Guajira.

Artículo 17. Vigencia. El presente decreto rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado a 31 de julio de 2023.

GUSTAVO PETRO URREGO.

El Ministro del Interior,

Luis Fernando Velasco Chaves.

El Ministro de Relaciones Exteriores,

Álvaro Leyva Durán.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Ricardo Bonilla González.

El Ministro de Justicia y del Derecho,

Néstor Iván Osuna Patiño.

El Ministro de Defensa Nacional,

Iván Velásquez Gómez.

La Ministra de Agricultura y Desarrollo Rural,

Jhenifer María Mojica Flórez.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

La Ministra de Trabajo,

Gloria Inés Ramírez Ríos.

La Ministra de Minas y Energía,

Irene Vélez Torres.

El Ministro de Comercio, Industria y Turismo,

Darío Germán Umaña Mendoza.

La Ministra de Educación Nacional,

Aurora Vergara Figueroa.

La Ministra de Ambiente y Desarrollo Sostenible,

María Susana Muhamad González.

La Ministra de Vivienda, Ciudad y Territorio,

Martha Catalina Velasco Campuzano.

El Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones,

Óscar Mauricio Lizcano Arango.

La Ministra de Transporte (e),

María Constanza García Alicastro.

El Ministro de Cultura (e),

Jorge Ignacio Zorro Sánchez.

La Ministra de Ciencia, Tecnología e Innovación,

Ángela Yesenia Olaya Requene.

La Ministra del Deporte,

Astrid Bibiana Rodríguez Cortés.

La Ministra de Igualdad y Equidad,

Francia Elena Márquez Mina.