

“...La visión estratégica que tengo es que en el campo de la propiedad social moderna está la gran apuesta social de los próximos veinte años”.

Dr. Juan Luís Londoño de la Cuesta.

EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LAS EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD



GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento de la Salud

CRÉDITOS

GESTARSALUD

Dirección:

Cra. 7 No. 32 - 33 oficina 2203 Bogotá / Colombia

Página Web:

www.gestarsalud.com

Correo Electrónico:

Gestarsalud@gestarsalud.com

Junta Directiva:

Carlos Yezit Carrillo Jaramillo

Presidente

Gustavo Aguilar Vivas

Vicepresidente

María Magdalena Flores

Secretaria

Galo Viana Muñoz

Carlos Fajardo Pabón

Jaime González

José Wadid Cure

Directora Ejecutiva:

Elisa Carolina Torrenegra



GESTARSALUD

Asociación de Empresas Gestoras
del Aseguramiento de la Salud

EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LAS EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD

Investigación, Redacción y Análisis:

Aura Marina Guzmán

Yolanda Rodríguez

Compilación:

Arleth Mercado Arias

Revisión y Corrección de Estilo

Martha Corcho Ramos

Diseño de Carátula y Diagramación:

Grupo Vector

www.grupovector.com

2687685

Impresión:

Grupo OP Gráficas S.A.

Prohibida la reproducción total o parcial sin previa
autorización por escrito de GESTARSALUD.
Derechos Reservados

Impreso en Colombia

Bogotá D.C., 2006

ÍNDICE

	Pag.	Capítulo
INTRODUCCIÓN	9	
HISTORIA DE LAS EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD	11	1.
Primera etapa: origen de las empresas solidarias de salud (ESS) e impulso desde el Estado	11	
Segunda etapa: se les autoriza como administradoras del régimen subsidiado	13	
Tercera etapa: organización gremial, regional y nacional (Confessalud)	17	
Cuarta etapa: crecimiento empresarial (Decreto 1804 de 1999)	19	
Quinta etapa: consolidación empresarial y organización gremial en Gestarsalud	21	
Acuerdo por la Transparencia y el Buen Gobierno	25	
LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LOS USUARIOS AFILIADOS A LAS ESS	27	2.
Resultados	28	
APORTES DESDE GESTARSALUD AL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS DE LOS USUARIOS DE LAS ESS	37	3.
CONCLUSIONES	39	4.
Marcar la diferencia	39	
Intercambio de experiencias y encuentros de usuarios	40	
Incidir en la construcción de políticas públicas	40	
Impulsar con mayor contundencia la capacitación en economía solidaria	41	
Seguimiento, sistematización y proyección del proceso en marcha	41	
ANEXO		5.
Guía de diagnóstico	43	

INTRODUCCIÓN

Las empresas solidarias de salud (ESS) fueron creadas en 1993 por el documento Conpes social 001, como una forma de organización empresarial comunitaria que permitiría a las poblaciones más pobres y vulnerables del territorio nacional disminuir las brechas existentes, en ese momento, en materia de cobertura de los servicios básicos de salud requeridos por dichas poblaciones, permitiéndoles de esta manera su incorporación en los procesos de gestión de la salud.

Con la definición de la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se reforma la seguridad social en Colombia, se incorpora a las empresas solidarias de salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como empresas promotoras de salud¹, con función básica de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan obligatorio de salud a sus afiliados²; esta disposición está fundamentada en el artículo 49 de la Constitución Política que define la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, que deben ser organizados con participación de la comunidad.

Adicionalmente, la ley define la solidaridad y la participación como dos de los principios que la rigen, permitiendo la ayuda mutua del más fuerte hacia el más débil y la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización del Sistema General de Seguridad Social³.

En consecuencia a lo dispuesto en la Ley 100, se expide el Decreto-Ley 1298 de 1994, que en el numeral 11 del artículo cuarto otorga a los ciudadanos y comunidades el derecho a participar en la planeación, gestión, evaluación y control de los servicios de salud; las formas de ejercer esta participación fueron definidas en el Decreto 1757 de ese mismo año y son la base que fundamenta el trabajo participativo desarrollado por las ESS asociadas a GESTARSALUD y que se relatarán en este documento.

Las empresas solidarias de salud han aportado desde su concepción a la construcción del tejido social y a la materialización del concepto de salud en el territorio nacional. Hace más de 10 años se

vislumbraron como un proceso de gestión comunitaria local que podía mejorar las condiciones de vida de las poblaciones más pobres y vulnerables de los municipios que acogieron el programa.

Sin embargo, los cambios gubernamentales y de política estatal han retado a convertirse en grandes empresas administradoras del aseguramiento en salud de las poblaciones beneficiarias de subsidios; las empresas solidarias no han sido inferiores a este reto, por el contrario, han aportado grandes avances en mejorar y garantizar la calidad en la prestación de los servicios de sus afiliados.

En este momento, frente a la crisis del sector, la experiencia acumulada por las empresas solidarias es de gran importancia en las diferentes propuestas, especialmente para integrar la percepción de los usuarios a la discusión que sobre el tema se da a nivel nacional. Además de los avances técnicos que les permiten competir en el mercado del aseguramiento, las ESS, por su origen, historia y características como empresas del sector solidario, cuentan con una serie de aprendizajes desarrollados mediante el trabajo con el actor más frágil del SGSSS: los usuarios.

Durante el año 2004 GESTARSALUD realizó un esfuerzo por recoger estos avances, mediante la aplicación de una guía de diagnóstico, dividida en cuatro capítulos, la cual fue respondida por seis de las empresas asociadas. Así mismo, desde mediados de ese mismo año y durante 2005, las empresas concretaron en los territorios donde tienen presencia, las prácticas propuestas dentro del Acuerdo por la Transparencia y el Buen Gobierno, asesorado por el Programa Presidencial de Lucha Contra la Corrupción y Dansocial, el cual, en general, apunta al fortalecimiento de los usuarios y del modelo solidario como garante de actuaciones transparentes, que permitan mostrar al país la diferencia entre las empresas solidarias de salud y otras empresas promotoras de salud que operan dentro del sistema como administradoras del régimen subsidiado de salud.

En el desarrollo del presente documento se dan a conocer los avances que el Acuerdo por la Transparencia ha generado en fortalecimiento de la participación social en salud.

1 Ley 100 de 1993, artículo 181.

2 Ley 100 de 1993, artículo 177.

3 Ley 100 de 1993, artículo 2 y 153.

HISTORIA DE LAS EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD ⁴

La historia de las empresas solidarias de salud es la historia de organizaciones comunitarias que pasando por diferentes etapas han logrado vivir y sobrevivir a una constante amenaza, la cual ha representado un reto para su desarrollo. Recoger esta historia permite entender el papel de las ESS en el desarrollo del SGSSS, la relación con sus afiliados y el potencial que guardan para alcanzar una eficiente gestión en salud.

Para reconstruir esta historia se identificaron cinco etapas. La primera de ellas referencia el inicio de las empresas impulsadas desde el Estado y el contexto nacional que les dio origen; la segunda, representada en la autorización como ARS, en el inicio de la implementación del SGSSS, momento en el que cambia la concepción del programa Empresas Solidarias en el Ministerio de Salud, truncando el apoyo al proceso de capacitación empresarial y social.

En la tercera etapa se alcanza un nivel de organización y autonomía (federaciones regionales y la Confederación Nacional). Durante la cuarta etapa, con la expedición del Decreto 1804, desaparecen muchas empresas al no cumplir con los requisitos exigidos en el mismo. Sin embargo, esta circunstancia constituye a su vez un salto: desde la empresa local a la generación y consolidación de grandes empresas, con mayor cobertura y desarrollo para llegar a la etapa actual de organización gremial en GESTARSALUD.

Primera etapa: origen de las empresas solidarias de salud (ESS) e impulso desde el Estado

Durante la década de los 90, Colombia vive una etapa de grandes transformaciones, las cuales están presionadas por las crisis económica, política y social de los años ochenta y la necesidad de afrontar los cambios acelerados a nivel mundial hacia las comunicaciones, el mercado, la competencia y la rentabilidad.

Se requería entonces pasar del Estado paternalista, benefactor, a un Estado más flexible, moderno, orientador, mas no ejecutor de

políticas públicas, que permitiera al sector privado asumir responsabilidades que usualmente estaban a cargo del Estado. Los programas sociales, vistos hasta entonces con un criterio asistencialista, adquirieron una filosofía de competitividad.

*“...La salud, la educación, la vivienda el agua potable, son negocios como cualquier otro y hay que procurar las condiciones para que esos negocios se puedan realizar, no vale la pena hacer esfuerzos propiamente del Estado, por el contrario este debería retirarse”.*⁵

Es en este contexto social, político y económico se da la apertura económica y los sectores sociales empiezan a transformarse para entrar en el mercado bajo la lógica de la eficiencia y la competitividad, principios de los nuevos modelos de desarrollo. Las comunidades, vistas hasta ese momento como un objeto para la asistencia del Estado, se conciben como un actor activo, capaz de participar, controlar y cuidar la calidad y eficiencia de los servicios.

*“...Mientras no seamos capaces de darles a los usuarios más poder en la estructura, van a quedar excluidos, no es solamente voz, sino participación, y la mejor forma de generar participación es transferirles poder de compra, los pobres son pobres, no son bobos, los burócratas siempre piensan que los pobres son quienes deben resolverles la vida, entonces hay que transferirles a los pobres capacidad de compra. Transfieran el poder de compra que ellos ejercen el poder económico en la materia, entonces se tiene la primera idea: empoderar al máximo al usuario con transferencias directas; la segunda idea es que el usuario individual es muy poco poderoso frente a una organización institucional que tiene su ejército, y probablemente esta pequeñez frente al hospital o frente al Seguro Social hace necesario agrupar al conjunto de usuarios”.*⁶

Este nuevo modelo requería reemplazar el esquema de auxilios por un sistema de contratación, en donde la modificación más importante en el manejo de los recursos del Estado es la transformación de subsidios de oferta por subsidio a la demanda,

⁴ GESTARSALUD. Consolidado y análisis de diagnóstico de las ESS asociadas a Gestarsalud, 2004.

⁵ LONDOÑO DE LA CUESTA, Juan Luís. Ministro de Salud. La política social del Gobierno.

⁶ LONDOÑO DE LA CUESTA, Juan Luís. Ministro de Salud. Discurso pronunciado en el Primer Congreso Nacional de Gestarsalud. Cartagena, Colombia, 2002.

es decir, dejar de financiar entidades con recursos cautivos que no tenían mayor incentivo para la eficiencia, para ubicarlos en cabeza de quien demanda el servicio.

Dentro de estos parámetros, desde el sector salud se propone un modelo que si bien pudiera jugar dentro del mercado, diera a las poblaciones más pobres y vulnerables la capacidad para enfrentar los nuevos cambios haciéndolas protagonistas de su desarrollo y de la gestión en salud.

*“...El sistema actual convierte a los individuos y comunidades en sujetos pasivos de sus actividades y no permite que esas comunidades ejerzan el derecho a cuidar de su salud y a recibir y exigir del sistema servicios oportunos y de buena calidad”.*⁷

*“...Se requiere entonces de acciones en salud para más de diez millones de colombianos que hoy no pueden tenerla en condiciones adecuadas, se precisan acciones de solidaridad que privilegien las acciones públicas hacia las poblaciones más pobres y se requieren formas de organización empresariales modernas que incentiven y potencien la participación directa de las comunidades en la resolución de sus problemas, a la vez que modernicen la gestión sanitaria y la prestación de servicios de salud asegurando el logro de resultados”.*⁸

Es así como se propone desde el Ministerio de Salud un novedoso programa para impactar los problemas de cobertura y calidad presentados en el Sistema Nacional de Salud, a través de la conformación de empresas comunitarias integradas por los mismos usuarios, que les permitiera adquirir servicios de salud con la financiación de un subsidio directo (subsidio a la demanda), el cual revolucionó todo el antiguo sistema de salud, incorporando a la comunidad demandante en procesos de gestión administrativa y autocuidado.

“Es una empresa porque los recursos presupuestales del Ministerio de Salud, convertidos en subsidios y destinados a ampliar la cobertura de servicios básicos de atención primaria se consideran como una inversión social y como un capital social en donde los beneficiarios del subsidio se constituyen en agentes gestores y propietarios de la Empresa Solidaria de Salud, en tal sentido, su manejo eficiente y la capitalización de la

*inversión social, como patrimonio de la comunidad es condición indispensable para el desarrollo progresivo de la empresa y para la creación de estructuras de servicios de atención eficientes y competitivas como garantes de sostenibilidad y beneficio social”.*⁹

Las empresas solidarias, concebidas entonces como una organización de usuarios de los servicios de salud de las comunidades más pobres y vulnerables, las cuales, una vez capacitadas fueran capaces de administrar un paquete de servicios básicos, que partiendo de un diagnóstico colectivo incidiera efectivamente en las condiciones de salud de las poblaciones, lo cual les permitiría cumplir una doble función: por una parte, generar capacidad para aprovechar las oportunidades en el modelo de mercado al conocer las necesidades reales de los usuarios, y por otra, fortalecer la atención primaria a través de la combinación del conocimiento en salud con la cultura y el lenguaje próximo de las comunidades.

*“... Se buscaba que la comunidad organizada fuera gestora de su propia salud, basándose en un esquema en el que importaba mucho la parte cultural, la homogeneidad cultural entre los dueños o gestores de salud, con los que iban a ser beneficiarios de ese servicio, o sea, tomaba mucho en cuenta que gestores y beneficiarios tuvieran las mismas costumbres, la misma cultura, era gente del mismo medio con el mismo léxico, el que podía llegar a impactar en esos beneficiarios de ese servicio que luego se llamaron usuarios, así se podía impactar en su calidad de vida promoviendo estilos de vida saludables. Era poder llegar con el mismo lenguaje a través de unas personas cercanas, con las persona del barrio, al vecino; al amigo; al familiar con un mensaje de auto cuidado”.*¹⁰

La propuesta requería de un gran esfuerzo por parte del Estado para generar esta capacidad en las poblaciones, la cual traería como resultado la construcción de capital social, tal como lo expresaba el ex ministro Juan Luis Londoño. *“...Esta capacidad de la gente la llamamos en términos generales capital humano, no hay mejor inversión para un país que invertir en la gente”.*¹¹

Es así como, mediante el documento Conpes 001 de 1993, se crea el programa de Empresas Solidarias en el Ministerio de Salud, al

7 CONPES SOCIAL 01. Bogotá, Colombia, 1993.
8 Ibid

9 MINISTERIO DE SALUD. Marco conceptual y operativo de las empresas solidarias de salud, 1993.
10 TORRENEGRA, Elisa Carolina. Directora ejecutiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.
11 LONDOÑO DE LA CUESTA, Juan Luis. Ministro de Salud. La política social del Gobierno.

cual se asignan recursos suficientes para contratar entidades expertas en gestión sanitaria y gestión empresarial que impulsen la constitución de empresas en las diferentes regiones.

*“El programa busca ampliar la cobertura y el acceso a un paquete básico de servicios de salud para la población más pobre, para lo cual se propone organizar un sistema moderno empresarial que permita, simultáneamente, incorporar a la comunidad en los procesos de gestión en salud. Todo ello potenciará las acciones de los entes territoriales en momentos en que ellos juegan un papel protagónico, al fortalecer su estrategia de atención primaria con modalidades institucionales más eficientes”.*¹²

Esta etapa de inicio es percibida por quienes hoy hacen parte de las empresas como un momento en el cual se ganó en organización comunitaria. Desde el comienzo fue claro y concreto el propósito como proyecto empresarial, donde se vive una relación con el Estado vinculante y de impulso a los procesos. Desde los diferentes niveles se cofinanció el proyecto, se dio asistencia técnica, hubo capacitación, capital semilla y mejoramiento en el acceso a los servicios de salud por ser gestionados y controlados por la misma comunidad.¹³

En esta etapa se describe una relación estrecha con los usuarios como asociados, en donde los beneficiarios del proyecto están comprometidos con su desarrollo, se generan liderazgos y potencialidades en las comunidades. Respecto de esta relación usuario asociado puede decirse que se cumplió con lo estipulado en el documento Conpes 001 cuando define las empresas solidarias.

“La organización de la comunidad para contratar servicios de salud es lo que se denomina empresa solidaria de salud (ESS). La ESS está conformada, entonces, por los usuarios de salud en comunidad, que se vinculan a ella mediante una cuota de afiliación o compra de una acción o participación en la empresa...” *“...La comunidad así organizada decidirá el tipo de operador que le va a proveer y/o administrar finalmente su servicio de salud”.*¹⁴

Por otra parte, siendo las ESS anteriores a la Ley 100, aportaron en la conceptualización del sistema de aseguramiento, desde lo que

debe ser el agenciamiento de la salud e incluso el paquete de servicios básicos que posteriormente se convirtió en el plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S).

“En las empresas solidarias existe un gran arsenal de información sobre cómo se gestó el sistema, ellas fueron quienes pusieron el granito de arena para que en Colombia se conformara el Sistema de Aseguramiento, como una entidad de carácter comunitario fundamentada en la autogestión y en el autocuidado.” *“... Fueron el eco de una megatendencia internacional que había en el momento para darle el poder al mismo usuario, a la misma comunidad; el poder y la responsabilidad de su propia salud”.*¹⁵

*“Estas empresas se crean como una experiencia para que la comunidad organizada administre los recursos de lo que se llamaba en esa época un plan básico. Ese plan básico finalmente viene siendo un año después el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado... fue el primer ensayo de la administración de la salud a través de un novedoso modelo, con la construcción de empresas de origen comunitario, que finalmente se convirtieron en empresas cooperativas o mutuales”.*¹⁶

Esta primera etapa termina con la inclusión de las empresas solidarias de salud en la Ley 100 de 1993, la cual, al definir las como empresas promotoras de salud comunitarias les otorga prelación en la contratación de los recursos del régimen subsidiado, según lo establece el numeral 1 del artículo 216 de dicha norma.

Segunda etapa: se les autoriza como administradoras del régimen subsidiado

Posteriormente, y ante los cambios gubernamentales, las ESS pierden importancia para el Ministerio de Salud; el momento de transición en la implementación del SGSSS marca el inicio del cambio en la concepción del programa, puede decirse que para este momento faltó visión por parte de quienes entraron a dirigir el sector salud frente a un proyecto tan ambicioso y de gran impacto en el desarrollo social. Fue así reducido a una estructura mínima dentro de la Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud.

“Nosotros alcanzamos en esa época que la Ley 100 les diera

12 CONPES SOCIAL 01. Bogotá, Colombia, 1993.

13 GESTARSALUD. Conclusiones formato de diagnóstico diligenciado por las ESS, 2004.

14 CONPES SOCIAL 01. Bogotá, Colombia, 1993.

15 TORRENEGRA, Elisa Carolina. Directora ejecutiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

16 Ibid.

*prerrogativas, porque las solidarias son la primera creación de ARS, se truncó el proceso demasiado joven. El cambio de Gobierno y por ende de política, vino cuando estas empresas apenas se estaban constituyendo. Nadie entendió por qué había que darle a la comunidad organizada la posibilidad de gestionar el régimen subsidiado, eso les parecía terrible y entonces se quedaron sin el sustento y el soporte técnico del Ministerio. Después de esto en el Ministerio finalmente la gente no creía en las empresas solidarias, les parecía algo demasiado utópico, que la gente organizada de las poblaciones más pobres del país pudieran llegar a administrar los recursos de salud, eso les parecía un pecado capital. Yo no creo que hoy exista en el Ministerio de la Protección Social mucha gente que haya cambiado esa visión”.*¹⁷

*“Se inicia un proceso en el cual se trata de dejar de lado esas empresas solidarias, porque no se consideraba que personas de la comunidad pudieran darle direccionamiento y orientación a las empresas que habían arrancado con todo un modelo, no sólo participativo, técnico, de conocimiento, sino un modelo que privilegiaba indudablemente la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, un modelo de salud familiar”.*¹⁸

Pero no solo faltó visión hacia el propósito de las ESS. La implementación del SGSSS constituía en sí mismo un reto para quienes dirigían el sector, de alguna manera se percibe que el país no estaba preparado para lo que implicaba el cambio estructural del sistema de salud propuesto en la Ley 100 de 1993, en donde el usuario es considerado como un actor fundamental para la operación del sistema, por su capacidad de escoger el prestador que más satisfaga su necesidad, lo cual implica un esfuerzo del oferente por garantizar la calidad de servicios.

Por el contrario, primó entonces el criterio de que lo público debe ser manejado exclusivamente por el Estado y se hicieron los primeros contratos de aseguramiento con las secretarías de Salud como EPS transitorias del orden departamental, limitando la participación del sector privado, tal como había sido concebido en la Ley.

“Del 96 son los primeros contratos de aseguramiento que se hacen con las secretarías como aseguradoras transitorias, no lo

*hicieron las empresas solidarias de salud que fueron las primeras aseguradoras, no lo hicieron las cajas, no lo hicieron las EPS; sino las secretarías de Salud de los departamentos, en los entes territoriales”.*¹⁹

Las empresas quedaron en un limbo ante la falta de asistencia técnica y el corte abrupto del programa. Habían adquirido para ese momento un buen nivel de información, capacitación y organización, que les permitió adelantar una serie de gestiones ante el Ministerio, afrontar la coyuntura y obtener la autorización como administradoras del régimen subsidiado. El Decreto 1895 de 1996 les otorga un tratamiento especial, pero las obliga a salir al mercado a competir para cumplir con el mínimo establecido de afiliados, que para el tercer año de operación debía ser de 5.000 e ir aumentando hasta llegar a 50.000.

Al forzar a las empresas a aumentar su número de afiliados se producen dos situaciones: por una parte se les obliga a ampliar su radio de acción en otros municipios, sin que medie un proceso organizativo ni de exigencia legal que lleve a las ESS a ampliar su base social, marcando diferencias entre asociados y afiliados; y por otra, es más complejo para las empresas tener rápidamente un conocimiento cercano y ordenado sobre el perfil epidemiológico y las necesidades reales de los usuarios nuevos que ingresaban.

*“Al ampliarse en afiliaciones y no reproducir el esquema de organizar a los usuarios para que éstos, más avanzados, o los representantes de los grupos familiares se convirtieran en asociados en el momento en que se amplían a otros municipios y a otras regiones, se empieza a perder el proceso de vinculación a la base social, al conocimiento del perfil epidemiológico, al conocimiento de las necesidades sentidas y reales de esos usuarios o de esos afiliados en cuanto a la salud y en cuanto a sus necesidades de desarrollo integral”.*²⁰

“En el 95, 96, se volvió un problema más contratar el aseguramiento y subsistir en un medio lleno de incertidumbre; en ese momento se perdió el modelo inicial, lo más importante, que era que la empresa fuera de verdad de la comunidad y que tuviera suficiente participación de asociados, para que fuera una empresa de todos y no de una camarilla de 4 ó 5 que se adueñaban de la junta. Esa parte de trabajo continuó con los

17 AMAYA, Heidi. Consultora del Programa de Apoyo a la Reforma. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

18 BULA, Víctor. Asesor ESS. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

19 VIANA, Galo. Gerente general de Mutual Ser y presidente de la junta directiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Cartagena, 2004.

20 BULA, Víctor. Asesor ESS. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

asociados, para que hubiera educación, para que hubiera participación, eso se fue para el piso”.²¹

*“El hecho de ampliar el radio de acción de una empresa a cualquier parte del país, les hacía perder la esencia de la territorialidad que fue como se generó el programa, era la comunidad encargada de vigilar y velar por la salud de la gente de su municipio, de su región. Cuando ellas tienen que salir a buscar afiliados dentro de un proceso de mercado absurdo, pierden esa identidad y empiezan a afiliarse a todo el mundo, empiezan a cerrar la puerta para que la gente se asocie, o sea que empiezan a perder el sentido cooperativo, el espíritu solidario”.*²²

Esta situación afectó a la mayoría de empresas, sin embargo, no puede generalizarse, ya que algunas de ellas hicieron esfuerzos por aumentar su base social, capacitando y dando participación en la estructura de propiedad de las empresas a los afiliados de los municipios donde se abría un nuevo mercado.

*“Para nosotros, caso particular, los asociados frente al crecimiento de la empresa lo han visto y lo han sentido y lo asumen con mucha propiedad...” “...Nosotros teníamos 54.000 afiliados y de esos teníamos 7.000 asociados, uno por familia, era un número significativo. Desde ese momento hasta el momento actual, nosotros hemos pasado de 7.000 a 12.000 asociados”.*²³

Si bien la situación de las empresas ante el Ministerio no era la mejor, esto repercutió esencialmente en la relación de las ESS con los gobiernos departamentales y locales. A partir de los primeros contratos, muchas administraciones locales y regionales no veían con buenos ojos el manejo de recursos por parte de estas organizaciones, lo cual trajo como consecuencia interferencia en los pagos, intromisión con fines politiqueros o simplemente el establecimiento de una relación exclusivamente contractual, fueron muy pocas las que lograron mantener una relación de apoyo y concertación con los gobiernos locales.

“La persistencia de obstáculos como los cambios que sufre continuamente el Estado colombiano a causa de la política de descentralización, la ausencia de procesos de planeación en el nivel municipal, la escasez de espacios definidos en los entes

*territoriales para abordar intersectorialmente el desarrollo de la salud sector en el que han surgido las mayores y más diversas dificultades (políticas, socioeconómicas, étnico-culturales, etc.) en los procesos para su municipalización, el predominio de la informalidad en la interacción entre ESS, administraciones municipales, direcciones locales de salud y otros sectores, son asuntos que hacen muy complejo el reto de las ESS como agentes sociales de cambio y desarrollo”.*²⁴

La situación local estaba, además, afectada por los cambios normativos. De hecho, el modelo de aseguramiento, como ya se dijo, era un modelo que traía consigo muchos interrogantes, incluso para quienes estaban encargados de trazar la política en el sector. La urgencia por salirle al paso a cada dificultad que se presentaba en lo local se reflejaba en un nuevo acuerdo o decreto. Sumado esto a la pérdida de visión sobre el deber ser del programa, hizo que la realidad de las empresas fuera cambiando respecto de su objetivo inicial.

*“Cada vez que hacíamos una pregunta sacaban un decreto, así que yo opté por no preguntar”.*²⁵

*“Con toda la normatividad que hubo, y toda la presión para la contratación con lo público, se fue perdiendo el modelo de atención y el modelo de prestación de servicios; que estaba hecho exclusivamente para las solidarias, el POS subsidiado fue hecho para ese modelo con base comunitaria, con agentes educativos, con un modelo extramural”.*²⁶

Por otra parte, la favorabilidad que existía en esta misma normatividad hacia las solidarias, abrió la puerta para que en los territorios se pensara en la creación de empresas como una posibilidad de negocio y de administrar recursos públicos. Estas nuevas empresas no estuvieron enmarcadas en procesos de formación y capacitación hacia las comunidades usuarias, de allí que muchas de ellas fracasaran o se convirtieran solamente en la posibilidad de unos pocos.

“En el país se vio que era muy fácil crear una empresa solidaria y todo el mundo empezó a crear empresas solidarias de garaje, de cualquier tipo, otras ni tan de garaje, otras constituidas o desarrolladas desde el mismo Ministerio, pero sin los pasos y los

21 AMAYA, Heidi. Consultora del Programa de Apoyo a la Reforma. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.
22 RAMÍREZ, Patricia. Profesional Min. de la Protección Social. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.
23 VIANA, Galo. Gerente general de Mutua Ser y presidente de la junta directiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Cartagena, 2004.

24 CIMDER. Estudio del Ministerio de Salud, 1998.
25 VIANA, Galo. Gerente general de Mutua Ser y presidente de la junta directiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Cartagena, 2004.
26 AMAYA, Heidi. Consultora del Programa de Apoyo a la Reforma. Entrevista realizada por las investigadoras. Btá., 2004.

*procesos que se habían estipulado desde el principio, se empezaron a desarrollar cantidades, la gente con ganas de administrar los recursos de salud”.*²⁷

Mientras el número de ESS crecía, la capacidad del Estado para vigilar y controlar se veía cada vez más limitada, el desconocimiento del sistema por parte de los organismos de control, la restringida operatividad de la Superintendencia Nacional de Salud, la centralización de las sanciones y la falta de capacidad de los niveles territoriales para apoyar y vigilar a las ESS, hizo que se presentara un desarrollo irregular de las empresas, quedando casi al buen criterio de los dirigentes de las organizaciones el apostarle o no a un modelo participativo de gestión en salud.

*“Adicionalmente a ello la Superintendencia o el sistema de control de este país, no tenía la prioridad del control de estas empresas solidarias, que en su momento fueron cerca de 170 empresas las que se lograron conformar con apoyo del mismo equipo del Ministerio, pero no se les hizo ningún seguimiento durante muchos años, eso causó la falta de seguimiento y de apoyo técnico en la parte administrativa gerencial y conllevó a un desarrollo irregular de las diferentes empresas dependiendo de quienes estaban en los equipos gerenciales, había unos equipos gerenciales muy buenos, había unos equipos no tan buenos, habían otros que no tenían una claridad ni de su razón de ser”.*²⁸

*“Las directivas de salud tienen teóricamente un papel fundamental en la gestión de la salud y de la organización del régimen subsidiado. De acuerdo con la evaluación sólo dos Direcciones Departamentales de Salud cuentan con planes formales de asesoría y control sobre las ESS. De manera convencional se llevan a cabo las tareas obligatorias del sistema, como verificar el cumplimiento de requisitos y solicitar información sobre afiliados y cobertura. A esto se suma que las gerencias y Juntas Directivas de las ESS aprecien las relaciones con las Alcaldías y las Direcciones de Salud como un factor limitante para el desarrollo de la organización”.*²⁹

A pesar de esta situación, las empresas seguían siendo locales y en la mayoría de ellas se mantenía la concepción de salud y saneamiento básico alcanzada durante el período de capacitación de la etapa inicial, gracias a esto marcaban una significativa

diferencia con otras administradoras de carácter nacional; la cercanía con los beneficiarios del régimen subsidiado les permitió incidir en algunos casos de manera efectiva en el desarrollo local y alcanzar a manejar el 30% del total de afiliados en el país.

*“Las empresas que sí tuvieron visión y de pronto una claridad de cuál era su rol dentro del Sistema, vinieron mostrando evidencias de real gestión comunitaria y avances en los procesos, sobre todo en las zonas geográficas de más difícil acceso por parte de la red pública, incluso la hospitalaria. Ellos tuvieron que obviar en muchas ocasiones la red pública porque no tenían esa maniobrabilidad o capacidad resolutive para desplazarse hacia las comunidades y llevar salud. Ellos, en cambio, con esos gestores comunitarios podían hacer lo que llamaban las penetraciones rurales, llegar a donde estaba la gente, en zonas geográficas de muy difícil acceso”.*³⁰

Este desarrollo irregular de las empresas, su mayor o menor incidencia en lo local y su papel en el agenciamiento de la salud, fueron evaluadas en el estudio realizado por Cimder y patrocinado desde el Ministerio de Salud, en donde se mostró que a pesar de que los procesos de planeación y el desarrollo empresarial eran en su mayoría débiles. El 23% de ellas contaba con un plan de desarrollo efectivo, en donde se planteaban programas y proyectos encaminados a mejorar la calidad de vida de los afiliados bajo el criterio de salud, como un componente fundamental en un desarrollo integral que les permitía incidir positivamente en la gestión local.

Este mismo estudio recomendó al Ministerio definir el carácter de las solidarias como empresas comunitarias, ya que esta falta de claridad dificultaba el desarrollo de las empresas y su incidencia en lo local.

A pesar de este desarrollo irregular, las ESS habían logrado dar un paso hacia su consolidación empresarial y demostrar que las comunidades organizadas y capacitadas eran capaces de administrar recursos y garantizar una apropiada gestión en salud a diferencia de otras ARS que operaban en ese momento en el mercado.

“Se logró garantizar, para el incipiente proyecto empresarial, una unidad de negocio próspera en la medida en que acreditaron

²⁷ Ibid.

²⁸ TORRENEGRA, Elisa Carolina. Directora ejecutiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

²⁹ CIMDER. Estudio del Ministerio de Salud, 1998.

³⁰ TORRENEGRA, Elisa Carolina. Directora ejecutiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

*condiciones ante los entes territoriales para administrar el régimen subsidiado”.*³¹

Como conclusión de esta etapa, podemos decir que debido a la coyuntura presentada durante la implementación del sistema, las ESS se vieron abocadas a modificar su propósito inicial, que si bien les permitió fortalecerse empresarialmente y entrar en el mercado con una connotación diferente a la de simples administradoras del régimen subsidiado, también frustró muchas de las expectativas generadas. Queda la pregunta de cómo hubiera sido el desarrollo del sistema con unos usuarios fortalecidos a través de su organización empresarial.

*“La falta de visión, al cambiar el Gobierno en el 94, lo que era un programa tan ambicioso como éste y cambiarle el rumbo, cambiar el objetivo de las empresas, cambiar la legislación transitoriamente. Fue el obstáculo más grande para que estas no se pudieran desarrollar y llegaran a lo que deberían ser. De ser así, en este momento serían las mejores ARS, con el mejor modelo de atención, a través de la contratación y sobre todo con un modelo de participación de la comunidad en todos los aspectos”.*³²

Tercera etapa: organización gremial, regional y nacional (Confessalud)

Si bien los cambios gubernamentales generaron una serie de situaciones adversas para que el proyecto ESS pudiera consolidarse tal como fue concebido, también es cierto que el grado de capacitación y organización de las comunidades les permitió obrar en su defensa y buscar generar organizaciones gremiales que las agrupara y les permitiera enfrentar en bloque la coyuntura por la cual estaban pasando.

Este proceso de organización regional se dio igualmente de manera irregular en las diferentes zonas, debido en gran parte a la diversidad organizativa y a los grados de desarrollo de las ESS. Esta era una experiencia innovadora, por el origen y el carácter mismo de las solidarias y porque los procesos participativos resultaban más complejos para su fortalecimiento y desarrollo.

“En la medida que se progresa en esa escala, el proceso

*participativo se hace más complejo y exigente pues implica para los participantes llenar una serie de requisitos y condiciones de muy diversa índole (conocimiento, liderazgo, capacidad de gestión, capacidad financiera, etc.) y hacer uso de diferentes instrumentos, especialmente capacidad de convocatoria, manejo de conflictos e identificación de estrategias”.*³³

Simultáneamente con las propuestas de organización regional, en abril de 1997 se definió la conformación de la Confederación Nacional de ESS (Confessalud), apoyada por 13 federaciones regionales.

*“Ese proceso de organización y de respuesta ante un cambio de la actitud del Ministerio, fue para mí una de las razones que ha permitido que las empresas solidarias hayan avanzado y subsistido a todo el proceso posterior. A nivel regional, las mismas empresas se fueron transmitiendo sus avances, sus conocimientos, sus experiencias positivas, sus experiencias negativas y después, se avanzó hacia conformar organizaciones regionales y una organización nacional. Todo ese proceso permitió una respuesta nacional ante los organismos que tomaban las decisiones, como era el CNSSS, la Superintendencia de Salud y el mismo Ministerio. Organizados regionalmente, se demandaban las respuestas, las exigencias, las peticiones que permitían que el proceso no se desarticulara”.*³⁴

Las empresas, actualmente consideran un logro el paso que se da hacia una asociación a nivel nacional, lo cual generó representatividad, espacios de encuentro e intercambio, les permitió conocer las diferentes experiencias y un primer reconocimiento de la gestión de las ESS ante diferentes estamentos del Estado. Pero también opinan que faltó compromiso de las organizaciones de base y sus representantes, no se logró generar suficiente confianza en el proceso, faltó retomar los resultados positivos así como promocionarlos suficientemente ante la opinión pública y se gastaron recursos innecesariamente en reuniones de carácter gremial.

A pesar de las dificultades para la consolidación de estas organizaciones, la actitud como gremio les permitió aparecer de manera unificada ante las instancias estatales, ganando desde el Ministerio de Salud asistencia técnica de beneficio para todas las

31 ECOOPSOS. Formato de diagnóstico, 2004.

32 AMAYA, Heidi. Consultora del Programa de Apoyo a la Reforma. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

33 LEÓN FORERO, Olga; BULA GUTIÉRREZ, Víctor. Participación social de los usuarios en las empresas solidarias de salud. Tesis de grado para optar el título de magister en política social. Universidad Externado de Colombia, 2004.

34 BULA, Víctor. Asesor ESS. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

ESS. Es así como se logra la asesoría del Departamento Nacional de Planeación (Misión Social) y de la Subdirección de Participación Social del Ministerio de Salud para elaborar participativamente los planes estratégicos bajo la metodología de marco lógico tanto de la Confederación como de las federaciones regionales y de las empresas de base. Los resultados se combinan entre la defensa gremial y política y el fortalecimiento de los desarrollos empresariales.

*“Ese trabajo con todas las federaciones, pretendió fortalecer el nivel regional y departamental de las empresas solidarias de salud, a través de un proceso de planeación por marco lógico, para que ellas se unieran regionalmente, se hicieron 15 talleres en conjunto con el Departamento Nacional de Planeación”.*³⁵

Sin embargo, el esfuerzo por dejar de ser empresas de carácter local, aisladas y débiles no fue entendido ni dimensionado por la mayoría de empresas que operaban en ese momento en el país, de hecho en 1998 la mayoría de ellas no se sentía representada ni entendía la importancia de la unidad como gremio.

*“La representación de las federaciones de ESS está cuestionada, en tanto que el 89% de las empresas manifiestan que no las representan o las representan parcialmente”.*³⁶ *“Este mecanismo de apoyo de las ESS debe fortalecer las habilidades y destrezas en gerencia social a fin de modernizar la gestión de las organizaciones solidarias. Su papel no puede pasar desapercibido; hoy más que nunca se requiere que el trabajo en red de las federaciones impulse la administración del régimen subsidiado”.*³⁷

El esfuerzo por alcanzar unidad gremial aunque incipiente, permitió sentar las bases para los procesos que posteriormente debían vivir las ESS, de hecho varias de ellas mencionan que este proceso regional facilitó la posterior integración de las empresas. Igualmente se sentaron las bases para implementar planes de desarrollo participativos y procesos de garantía de la calidad que hoy han sido desarrollados de manera efectiva y más avanzada que las demás ARS que operan en el país.

“Una de las cosas que se ganó también en ese proceso de organización gremial, de organización social de defensa de sus

*intereses, fue que permitió en un momento determinado que ante las evaluaciones, ante las presiones por responder administrativa, financiera y técnicamente por el manejo del aseguramiento, por el manejo de los recursos, las empresas ya organizadas fueron capaces de avanzar en propuestas administrativas como acoger el modelo de gerencia social que había planteado Planeación Nacional y el Ministerio. Fueron muy técnicas en ese proceso de planeación estratégica, que después se convierte en un proceso de desarrollo de todos los sistemas de garantía de la calidad”.*³⁸

*“A la dirección de Calidad de la Superintendencia llegaban para mostrarnos los avances en calidad que estaban logrando las empresas, en algunos documentos que estaban haciendo; desde la Federación se trataba de apoyar en ese momento a las empresas, pero obviamente ellos tenían la dificultad que no todas las empresas estaban asociadas a la Federación y no todas las que estaban asociadas tenían interés en el tema y de pronto no había una ingerencia muy clara de la Federación, no había un liderazgo muy claro... estaban en esa fase inicial de diseñar documentos”.*³⁹

Si bien esta experiencia gremial no alcanzó a madurar ni a consolidarse, su incidencia puede verse desde tres aspectos: los avances de las ESS en planeación y gerencia social, los inicios de procesos de garantía de la calidad y comprender la importancia de constituir una organización que las aglutine para incidir de manera organizada en las políticas públicas en salud.

Este proceso termina con la implementación del Decreto 1804 de 1999, que forzó a las empresas a fusionarse para no desaparecer.

*“En la última Asamblea General Ordinaria de 2000, Confessalud, al constatar la existencia de sólo 4 organizaciones de segundo grado y dada la aplicación del Decreto 1804, llevó a la disolución de la mayoría de las federaciones regionales de ESS, para fusionarse en grandes empresas nacionales de primer grado. Se decide iniciar el proceso de disolución y liquidación para transformarse en una organización de integración gremial nacional de segundo grado con las empresas que sobrevivieron a los procesos de integración”.*⁴⁰

35 RAMÍREZ, Patricia. Profesional Ministerio de la Protección Social, 2004.

36 CIMDER. Estudio Ministerio de Salud, 1998.

37 Ibid.

38 BULA, Víctor. Asesor ESS. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

39 TORRENEGRA, Elisa Carolina. Directora ejecutiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

40 LEÓN FORERO, Olga; BULA GUTIÉRREZ, Víctor. Participación social de los usuarios en las empresas solidarias de salud. Tesis de grado para optar el título de magister en política social. Universidad Externado de Colombia, 2004.

Cuarta etapa: crecimiento empresarial (Decreto 1804 de 1999)

*“En materia de desarrollo institucional había dos realidades: la forma como se montó el programa de empresas solidarias fue buscando en todo el país dónde había base social cooperativa y base social solidaria, y donde hubiese, tratar de montarlo en el tema de salud. Esto nos condujo a utilizar lo que había, que era mucha base social dispersa en todo el país, y ellos desarrollaron las iniciales empresas solidarias; se hizo por razones políticas simples, puesto que se trabajaba con lo que se tenía, y por un error técnico mío, pues pensé que el tamaño podría ser muy pequeño, tenía el pensamiento de que al inicio, alrededor de 50 mil personas eran suficientes para tener empresas sostenibles, por tal motivo hubo un desarrollo de multiplicación espontánea que condujo a una enorme dispersión que posteriormente llevó a poco control, de lo cual surgió la politización del régimen subsidiado, y en esta politización se corrompió enormemente, y al meterle la mano, la base social no estaba suficientemente firme para repeler la politiquería sencilla, y se inició un proceso de selección natural donde no necesariamente los buenos comenzaron a sobrevivir”.*⁴¹

El Ministerio de Salud, durante 1998, financió el estudio sobre las empresas solidarias diseñado y realizado por Cimder. En él se evaluaron diferentes aspectos como estructura, eficiencia empresarial, participación social y satisfacción del usuario, entre otros.

Si bien el estudio demostró que el nivel de desarrollo de las empresas en su gran mayoría era débil en ese momento, también definió que éstas podrían incidir de manera positiva en la gestión en salud, si se daba por parte del Estado una redefinición y orientación del papel que debían cumplir las empresas al interior del sistema y su importancia para el desarrollo local.

“Es pertinente que se capitalicen socialmente las experiencias relevantes como una de las bases desde las cuales se intente una redefinición de ESS, que pueda ser acogida y enunciada, a través de eventos que permitan revelar y compartir sus fortalezas específicas y generar espacios de reflexión sobre los marcos conceptuales y los mecanismos de operación; para profundizar

*en asuntos tales como el papel de las ESS en la vigilancia epidemiológica, sus contribuciones al PAB (Decreto 806/98), el diseño y la ejecución de acciones de fomento y protección específica y la importancia de los procesos de planeación y toma de decisiones”.*⁴²

Esta evaluación concluía que las empresas con mayor número de afiliados reportaban mayores ganancias, empresas con un número promedio de entre 8.000 y 9.000 también les reportaban y que se requerían estudios más elaborados para definir el tamaño ideal de una empresa. Así mismo, expresaba que el aumento en número de afiliados debía establecerse de manera diferencial de acuerdo con las condiciones de los territorios.

*“Respecto del progresivo aumento en el número de afiliados cubiertos sería conveniente estudiar y definir nuevos topes que tengan un carácter diferencial considerando que en términos demográficos y sociopolíticos existe gran variabilidad de contextos en el país y por lo mismo un tope de 50.000 afiliados, por ejemplo, no será alcanzable en varios de ellos. Es distinta, por ejemplo, la situación de una ESS-ARS que funciona en un solo municipio que la de otra que funciona en varios simultáneamente, siendo otros factores claves la categoría de los municipios que se incluyan en esta cobertura y el tipo e intensidad de competencia que enfrente cada empresa con otras ARS”.*⁴³

“De la experiencia del desarrollo institucional, el Gobierno, de forma equivocada, forzó una consolidación apresurada, no fue capaz de controlar el conjunto de empresas solidarias ni de ver un desarrollo gradual de este proceso e impuso una consolidación de la cual se tiene como consecuencia las ocho entidades que ustedes hoy en día están sintiendo; esto es un hecho, nunca debemos mirar hacia atrás, siempre debemos mirar hacia adelante y preguntarnos qué ventajas y desventajas tiene esta consolidación obligada. La desventaja normal es que cuando uno crece muy fuertemente a la fuerza se burocratiza y se distancia de las comunidades, no me sorprende que con el crecimiento del tamaño ustedes tengan cada vez más deudas, y estén en riesgo de perder el sentido de participación popular, porque es más fácil hacer participación popular en entidades pequeñas

41 Discurso Dr. Juan Luis Londoño De la Cuesta, congreso Nacional de Gestarsalud 2002.

42 CIMDER. Estudio Ministerio de Salud, 1998.

43 Ibid.

*que en entidades muy grandes. Las entidades grandes tienen un enorme riesgo de que sean los administradores, es decir, ustedes, quienes tengan todo el poder, esto no es bueno, la gracia del movimiento solidario es que tenga base popular profunda y permanente, este es el primer riesgo que veo en la evolución pendular de un sistema popular a un sistema organizado”.*⁴⁴

Sin embargo, en 1999 se expidió el Decreto 1804 que obligaba a las ARS, incluidas las ESS, a contar con 200.000 afiliados y 10.000 salarios mínimos como patrimonio. Este Decreto, emitido con la intención de disminuir el número de ARS a vigilar, presionó a que las empresas, una vez más obrando en su defensa, buscaran la manera de agruparse para no desaparecer, se generaron esfuerzos de concertación, pero el crecimiento forzado y exigido en una carrera contra el tiempo hizo que muchos procesos locales importantes se perdieran por el camino.

*“Entonces, ese proceso de incorporaciones y fusiones fue muy duro en el sentido que era el reto de lograr los números, lograr 200.000 afiliados y 10.000 salarios mínimos, lograr 200.000 era aparentemente una suma de afiliados, que conllevó a una serie de concertaciones entre las diferentes empresas que se incorporaron y se fusionaron y los 10.000 salarios mínimos también era igual, una suma de números”.*⁴⁵

*“... Muchas de las pequeñas que se habían desarrollado en el municipio, que eran realmente una alternativa bonita, tuvieron que tomar una decisión de con quién me voy, a quién le doy mis afiliados o en quién confío. Y por otro lado, las más grandes, las mejores, las más desarrolladas, también estaban mirando a quién recibo; entonces, esas decisiones fueron complicadas. Cómo conseguir los requisitos que les exigían para ese entonces, de dónde sacaban la plata, eso fue bastante dramático”.*⁴⁶

La dificultad para las empresas estuvo representada no sólo en el cumplimiento de los requisitos exigidos por el 1804, sino, además, en cómo adaptar sus estructuras para responder al reto de atención de un número mayor de afiliados.

“... Lo realmente dificultoso de ese proceso que se desarrolló fue el pasar de esos números a procesos, o sea, el pasar de atender

*40.000 afiliados a atender 200.000 significó una reorganización interna de esas empresas que de pronto ha sido la ganancia más grande de todo este tiempo, el poder adaptarse a un crecimiento exigido, no a un crecimiento buscado, pausado”.*⁴⁷

Si lo sucedido en 1995 generó cambios en el modelo, el propósito y la concepción de las ESS, la etapa marcada por el 1804 pasó por encima de muchos procesos locales y obligó a las empresas a entrar en negociaciones difíciles respecto de la participación de sus bases sociales, de los modelos adaptados y del desplazamiento a otras regiones. Esto trajo consigo choques culturales y la ruptura de una relación todavía cercana de las empresas con la mayoría de sus usuarios.

*“Cuando se hace la fusión después con el 1804, algunas sí retoman como ese modelo, yo no digo que todas lo hayan perdido, algunas lo conservaron, pero con el 1804 se debatió mucho también eso, cómo logran participar entonces los asociados de los que se van fusionando y toda esa discusión y qué tanta participación le doy, y si dejo entrar gente que financia”.*⁴⁸

*“Eso tuvo muchas dificultades porque para crecer de 50.000 que era el promedio a 200.000 significó desplazarse en áreas geográficas, de una empresa en la costa ir a tener afiliados en el Casanare o en el suroccidente o en el oriente. De una forma que incluso el impacto cultural de la salud con el que habían nacido se rompió, porque la identidad cultural de una persona del llano no es similar a la de la meseta Cundi-boyacense, ni la de un pastuso, ni la de un costeño, entonces la sola esencia como tal comunitaria de gestión ahí se empezó a romper”.*⁴⁹

Este proceso de adaptación fue de gran complejidad, no sólo por los afiliados y su sentido de pertenencia a las empresas que conocían, sino, también, por el ajuste a las formas administrativas de las diferentes empresas, los procesos laborales y los mayores costos de operación.

“Por otro lado, el obligarnos a crecer ameritó que nosotros buscáramos afiliados en cualquier parte, en cualquier parte, no era la esencia principal nuestra el estar en una ciudad capital,

44 LONDOÑO DE LA CUESTA, Juan Luis. Ministro de Salud. Discurso pronunciado en el Primer Congreso Nacional de Gestarsalud. Cartagena, Colombia, 2002.

45 TORRENEGRA, Elisa Carolina. Directora ejecutiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

46 AMAYA, Heidi. Consultora del Programa de Apoyo a la Reforma. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

47 TORRENEGRA, Elisa Carolina. Directora ejecutiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

48 AMAYA, Heidi. Consultora del Programa de Apoyo a la Reforma. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

49 TORRENEGRA, Elisa Carolina. Directora ejecutiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

*incluso aquí en el distrito capital. Eso va de la mano con que uno se enfrenta a una gran oferta de servicios que hay ahí y la oferta genera demanda, entonces la operación del régimen subsidiado en esas ciudades capitales es muy costosa, desde el punto de vista de costos de servicios. Nos vimos obligados a afrontar unos costos curativos, o sea diagnósticos y tratamientos. Fue disminuyendo mucho el enfoque de promoción y prevención, por esa incidencia de crecer en ciudades capitales”.*⁵⁰

Este proceso de adaptación fue sin duda uno de los más severos e importantes vivido por las ESS, ya que alrededor de 183 que operaban en 1998 fueron perdiendo la autorización por no cumplir los requisitos o por sanciones impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud, quedando en 1999 80 empresas, de las cuales 61 se unieron mediante procesos de incorporación, cesión o fusión para terminar consolidando las ocho que existen en la actualidad.

*“Las empresas líderes de los procesos locales se incorporaron y fusionaron, logrando mejores procesos administrativos en su interior y cumplir el 1804. En esos momentos existían 80 empresas en liquidación, de las cuales hoy, ocho están funcionando reuniendo 61 empresas de las que estaban operando en ese momento”.*⁵¹

Al hacer la comparación entre los municipios de origen de las ESS, los municipios a los que se vieron obligados a entrar y la cobertura actual, se aprecia que en el 90% de los casos las empresas se expandieron a sitios distantes de sus zonas de origen, excepto en el caso de Emssanar en donde las empresas integradas corresponden a una zona geográfica cercana.

La mayoría de las empresas se unieron bajo diferentes parámetros e intereses. Algunas tenían estructuras fuertes que les permitieron decidir con quién unirse y mantener su razón social y negociar las condiciones en que las demás debían adherirse. Otras debieron recurrir a la conformación de entidades nuevas que agrupaban varias empresas. Sin embargo, ninguna escapó a las dificultades y los choques culturales tanto al interior de la empresa como las diferencias entre los afiliados.

“Nosotros tuvimos una fusión, choque cultural que nos heredó

*una crisis enorme, eran dos empresas cuya fusión no se hizo con las angustias del 1804 porque ya nosotros habíamos cumplido. Lo hicimos por una posición estratégica, los líderes de Mutual Montes de María veíamos que necesitábamos llegar a Cartagena, nuestro competidor estaba cerca y preferimos aliarnos. Terminamos discutiendo por cultura, imagínense lo que ha sucedido con empresas que les tocó hacer incorporaciones de 9 ó 10 empresas, eso es muy duro”.*⁵²

A pesar de las circunstancias y de lo que significó para estas organizaciones y sus comunidades la modificación y desmonte del modelo inicial, la unificación de requisitos con las demás ARS y la desvinculación de la tutoría y direccionamiento por parte del Estado, sin mediar procesos planeados y ordenados que les permitieran consolidarse. Una vez más las empresas solidarias cumplieron las condiciones impuestas y alcanzaron su permanencia dentro del modelo de aseguramiento.

Quinta etapa: consolidación empresarial y organización gremial en Gestarsalud

Luego del impacto generado por el Decreto 1804 y una vez se conocen las empresas que logran cumplir con los requisitos exigidos, viene para las nuevas empresas un reto mucho más complejo: unificar sus estructuras y los procesos empresariales en los territorios donde habían incursionado e intensificar las acciones para su consolidación empresarial.

A este respecto es indudable que las empresas solidarias dieron un salto en el crecimiento empresarial pero esta circunstancia no planeada llevó un tiempo de adaptación al interior de las mismas para lograr la consolidación empresarial; alcanzar esta consolidación ha sido uno de los pasos más significativos.

*“Cuando las empresas se fusionaron e incorporaron, para poder hacer eso, hubo algunos acuerdos internos de las mismas que condicionaron una forma de operar muy conveniente. Algunas se siguieron manteniendo como islas administrativas y de operación en diferentes zonas, lo cual no era una verdadera consolidación empresarial”.*⁵³

50 TORRENEGRA, Elisa Carolina. Directora ejecutiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

51 Ibid.

52 VIANA, Galo. Gerente general de Mutual Ser y presidente de la junta directiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Cartagena, 2004.

53 TORRENEGRA, Elisa Carolina. Directora ejecutiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

*“...Creo que en esta etapa histórica perdimos de pronto relaciones afectivas de cercanía, sensibilidad; en cambio, creo que en la administración externa hemos ganado muchísimo en tecnología, en gerencia social, en aspectos administrativos, en generar un sistema de garantía de calidad, que creo que es una de las ganancias enormes y esta cantidad de normas que nos han exigido a nosotros ser cada vez mucho mejores, más eficientes, creo que hace ocho años a nadie se le ocurría, era necesario el tema de garantía de calidad, hoy lo tenemos, también pactamos filtros como el que se hizo y nos dio todo el soporte documental de una empresa moderna...”*⁵⁴

Se puso a prueba el modelo socioempresarial para lograr adaptarse a un crecimiento exigido, no buscado, lograr reconocimiento, posicionamiento regional, sino preparar sus estructuras para el manejo financiero y administrativo de grandes empresas.

*“...El poder adaptar la organización a ese tipo de crecimiento, para mí es lo más valioso que han podido hacer las empresas en todos los tiempos, esa ganancia en mejoramiento y consolidación organizacional creo que ninguna empresa en el sector salud lo puede mostrar, ni de prestación de servicios, ni EPS, porque estas empresas no planificaron el crecimiento. Fue un crecimiento excesivo, exigido en 16 meses y en ese tiempo no se logra consolidar empresa. Después de esos 16 meses se tenían números y unos procesos de consolidación incipientes. Es invaluable lograr que después de una consolidación numérica, se diseñen, estructuren y operen procesos, para que las organizaciones despegaran y garantizaran los servicios a todos los usuarios.”*⁵⁵

En este momento prima la responsabilidad de responder al fortalecimiento empresarial pero se afecta de manera significativa el sentido local, la participación y el crecimiento de la base social de asociados.

“El 1804 las obliga a mirarse como unas empresas mucho más grandes y con mucha más solidez financiera, pero no se hace en todas las formas de participación de los asociados por municipios. Algunas tienen muy poquitos asociados para una

*empresa tan grande. La vida de las solidarias es finalmente sus asociados, eso es en últimas lo que las diferencia con una EPS privada o una caja de compensación. Si las solidarias no se diferencian por ser una propiedad común, que además invierte en sus asociados pues no tendrían como mucha razón de ser ni todo el modelo, ni toda la inversión social que se ha hecho en todo este tiempo”*⁵⁶

*“En el momento en que son forzadas a avanzar en grandes empresas sin ninguna discriminación y que las aíslan de la parte local, y de la parte regional. Las empresas pierden esa ligazón con la comunidad, para mí pierden una cosa más importante y es el gran sentido, la misión o la función social de la salud con que las empresas solidarias están concebidas. Entonces se avanza mucho técnicamente, para responder al aseguramiento; pero como desafortunadamente presiona el Sistema a un aseguramiento que privilegia la administración financiera y no privilegia el agenciamiento de los intereses de los usuarios. Entonces gana por un lado en los avances técnicos y administrativos, pero se pierde en la misión de fondo de las empresas y en la respuesta a ser agentes de los usuarios y avanzar políticamente en la defensa de sus intereses”*⁵⁷

Esta doble condición, por una parte la consolidación empresarial y por otra la pérdida del modelo inicial, nos permite concluir dos situaciones: una de ganancia para las empresas y otra la diferencia o no que existe entre una ESS y las demás ARS.

La primera se desprende de la gran experiencia acumulada por las empresas, a partir de los diferentes momentos por los cuales han pasado desde sus inicios, llegando a tener grandes avances empresariales, técnicos y gremiales, dándoles una posición de ventaja en el negocio del aseguramiento, ya que no sólo lo conocen, sino que además han sido parte de su construcción y desarrollo.

Así mismo, las condiciones impuestas llevaron desde el inicio a las empresas a buscar formas organizativas que les permitieran defenderse, este proceso que no fue muy consciente o claro para todas las empresas al comienzo, hoy refleja unos niveles de avance significativos. Desde la etapa, ya comentada, de

⁵⁴ VIANA, Galo. Gerente general de Mutual Ser y presidente de la junta directiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Cartagena, 2004.
⁵⁵ TORRENEGRA, Elisa Carolina. Directora ejecutiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

⁵⁶ AMAYA, Heidi. Consultora del Programa de Apoyo a la Reforma. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

⁵⁷ BULA, Víctor. Asesor ESS. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

integración en las federaciones regionales y en Confessalud hasta hoy en GESTARSALUD, existen mayores niveles de compromiso entre las empresas, mayor posicionamiento como gremio y unidad de respuesta, especialmente en los momentos en que se plantea una profunda crisis en el aseguramiento y especialmente en el régimen subsidiado.

*“...Con la creación de GESTARSALUD, cuando ya la Confederación no es posible por la aplicación de normas que disolvían las empresas locales. Esa es una ganancia inmensa, para poder plantear la defensa y la construcción de la política social y de participación en un determinado nivel de unos actores nuevos que antes no existían en el sistema”.*⁵⁸

“Hoy en día me da mucho menos temor, estoy seguro que esas ocho empresas tienen fortalezas para soportar lo que están diciendo, lo que pasa es que los ataques son constantes y no nos hemos recuperado plenamente de uno cuando se viene el otro, entonces no hay manera de decir que en este momento se va saliendo...”

*“Hoy en día somos más reconocidos, el esfuerzo porque la ley no nos atropelle ha sido mucho menor del que nos ha tocado en otras circunstancias. Hoy en día nosotros defendemos proyectos ante cualquiera, por lo técnico, por lo político. Hoy nos manifestamos como gremio, y en ningún momento entramos en calma, la guerra es permanente”.*⁵⁹

*“Esta percepción de unidad gremial es considerada por las empresas como un gran logro. La capacidad de interlocución con el Gobierno, además del reconocimiento del modelo de ESS como una opción empresarial, es importante para el desarrollo del Sistema”.*⁶⁰

La segunda situación tiene que ver, como se dijo antes, con la discusión sobre la diferencia entre una ESS y otra ARS. El recorrido histórico planteado hasta el momento sustenta efectivamente que existe una diferencia de origen esencial entre una y otra. Sin embargo, las dificultades enfrentadas dejan ver cómo las empresas han tenido que relacionarse de forma más distante con sus usuarios, lo cual hace que sean percibidas como una ARS más.

*“Una empresa solidaria de salud puede tener en algunas partes un comportamiento como una ARS cualquiera, la administradora de régimen subsidiado, pero digamos, si entre los líderes de la organización hay un concepto de cuál es nuestro papel, eso hace que la organización sea distinta y tiene que sentirlo el negociador, la secretaría de salud, el usuario tiene que sentirlo. Es como si usted va a un supermercado de una caja de compensación, el sólo hecho de usted entrar al supermercado de la caja de compensación le da la sensación de que no está en Carrefour. Así sea no más una percepción psicológica, una sensación, esa sensación debería tener algún usuario, quiero decir en zonas donde la empresa solidaria no tiene presencia social... Entonces los usuarios tendrían que sentirlo, creo que eso debe estar en la filosofía que impriman los líderes de la organización a la filosofía que practique la organización”.*⁶¹

Sin embargo, la mayor diferencia que puede encontrarse entre una empresa solidaria y una ARS tiene que ver con la propiedad de la empresa, ya que por su origen y desarrollo las solidarias se identifican y defienden la propiedad colectiva por parte de los usuarios para que sean gestores de su propia salud, para que los recursos se reinviertan en las comunidades más vulnerables, sin embargo, ésta es una situación que ha tendido a debilitarse debido en gran parte al crecimiento en el número de afiliados.

*“Una empresa solidaria de salud es una estructura de propiedad colectiva que se llama mutual o cooperativa, cuyos miembros propietarios a la vez se compaginan porque son usuarios del régimen subsidiado o afiliados”.*⁶²

*“El ser autogestores de su propia salud, que conlleva el tema de asociados, no se ha podido incrementar de buena forma, porque no es fácil crecer en un territorio totalmente desconocido y ahí crear asociados, es muy difícil, es más, cuando tenemos que retirarnos de una población por cualquier motivo, el tener que retirar un número de asociados también es bastante complejo”.*⁶³

“Se ha forzado a las empresas solidarias a crecer a nivel de afiliados indiscriminadamente, sin organizar a los usuarios como directores y copropietarios reales de las empresas. Este elemento se ha perdido y si no se recupera, las empresas pierden

58 Ibid.
59 VIANA, Galo. Gerente general de Mutual Ser y presidente de la junta directiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Cartagena, 2004.
60 GESTARSALUD. Consolidado de diagnóstico de las ESS, 2004.

61 VIANA, Galo. Gerente general de Mutual Ser y presidente de la junta directiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Cartagena, 2004.
62 Ibid.
63 TORRENEGRA, Elisa Carolina. Directora ejecutiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

*sentido, la esencia es usuarios organizados, que en forma empresarial administran los recursos para tener unos servicios a sus asociados que respondan a las necesidades más sentidas y priorizadas de su desarrollo y de su salud”.*⁶⁴

El proceso vivido por las empresas solidarias de salud representa grandes aprendizajes para la gestión de la salud pública en el país. De un lado, el esfuerzo desde lo público, representado en una inversión de recursos y en un acompañamiento técnico estructurado y sistemático, que a pesar de que se truncó en el camino, alcanzó a sembrar en lo que permanece: la comunidad. Y por el otro, esa comunidad representada en asociados (98.064 personas) y afiliados (4'500.000), que desde cada ESS incorpora un capital social al país.

*“...Pero si toda esa fortaleza no se le muestra al país, que se sepa que los dueños de las empresas no son cuatro, cinco, diez ni veinte personas, sino una población grande, asociada a su alrededor, que además les presta muchos otros servicios”.*⁶⁵

Al concluir el balance de estos años desde su gestación hasta hoy, el proyecto empresas solidarias de salud debe reconocerse en sí mismo como diferente dentro del sistema de aseguramiento. A partir de toda la experiencia acumulada y los logros obtenidos, se deben idear los mecanismos que les permitan ser reconocidas en el ámbito nacional como grandes empresas colectivas y de beneficio social, especialmente hacia el actor más débil del sistema: el usuario.

*“Las empresas solidarias son las más llamadas a presentar propuestas de fondo en la solución de los problemas del sistema, que defiendan no sólo el modelo de aseguramiento y los recursos, sino que organicen sus usuarios y sus asociados, para contribuir a propuestas de universalización del aseguramiento, de ampliación de la cobertura, de los planes de beneficios con unos nuevos esquemas financieros”.*⁶⁶

“Las empresas tienen que estudiar a fondo su misión, partir de los principios y valores de la economía solidaria para profundizar en cómo esos principios y valores se aplican al desarrollo de este tipo de empresas. Fomentar la participación de los asociados, de los usuarios en el direccionamiento de las empresas, en buscar

*esquemas que permitan ampliar cobertura, haciendo más eficientes los recursos. Apoyar el modelo inicial en cuanto a la transformación de la cultura de la salud, donde el elemento esencial es la producción de salud, con todos los actores del nivel local y regional. Esto es lo que permitirá que disminuyan los niveles de atención a la enfermedad o a la recuperación de salud, porque se estará trabajando con ese otro modelo que fue la esencia de las empresas solidarias de salud”.*⁶⁷

*“...Si las empresas solidarias son solidarias es porque representan a la comunidad y no sólo nominalmente, ustedes no son representantes de los pobres sino participantes de los pobres y en ese sentido es donde hay que evitar los errores de las CCF, que tienen un origen bipartito y fueron creciendo y se fueron alejando de las poblaciones. Buena parte de la reforma laboral tiene un capítulo grande de CCF, donde les doy más funciones pero les pido más transparencia, más claridad en los conflictos de interés y más representación directa de los trabajadores. Eso va para ustedes también, ustedes tienen que ser más expresión del movimiento popular”.*⁶⁸

Acuerdo por la Transparencia y el Buen Gobierno

Es en esta etapa de la evolución de las empresas solidarias de salud, en la cual se dan los pasos más firmes e importantes para consolidarse como actores transparentes y responsables. Con el objeto de coadyuvar en la lucha del Gobierno nacional contra la corrupción, las empresas libres y espontáneamente, y en cabeza de sus líderes, deciden en noviembre de 2003 firmar un Acuerdo por la Transparencia que los vincula con el respeto y divulgación de la normatividad vigente, y por el manejo transparente de los recursos. Este primer acuerdo es refrendado en julio del año 2004 con el respaldo y acompañamiento del Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Buen Gobierno y Lucha contra la Corrupción, el Departamento Administrativo Nacional de la Economía Solidaria (Dansocial) y el Viceministerio de Salud.

En este momento, y por segunda vez, los representantes, directivos y gerentes de las ESS se comprometen a ser transparentes en la gestión de los recursos del régimen subsidiado de salud, refrendando el acuerdo inicial.

⁶⁴ BULA, Víctor. Asesor ESS. Entrevista realizada por las investigadoras. Bogotá, 2004.

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ LONDOÑO DE LA CUESTA, Juan Luis. Ministro de Salud. Discurso pronunciado en el Primer Congreso Nacional de Gestarsalud. Cartagena, Colombia, 2002.

Este acuerdo se desarrolla en cinco líneas temáticas, así:

Contacto con el ente territorial: dirigido a propender por el respeto a la libre elección de los afiliados en la escogencia de su asegurador y evitar la ingerencia de agentes externos en la toma de decisión para la afiliación de las comunidades, mediante la implementación de una estrategia de comunicación educativa a las organizaciones de usuarios.

Contacto con el prestador: esta línea se constituyó en el eje principal para garantizar la atención en salud con calidad de los afiliados a las ESS.

Corresponsabilidad social y participación ciudadana: se fundamenta esta línea en la rendición pública de cuentas, la convocatoria y educación de las organizaciones de la sociedad civil para que puedan acompañar y ejercer control social a los diferentes procesos de la administración de los recursos del régimen subsidiado, la contratación de los servicios y la aplicación de las normas.

Desarrollar el modelo de economía solidaria: esta línea fortalece y desarrolla el modelo de economía solidaria basado en los principios de la cooperación y el mutualismo, como expresión de la democracia y el trabajo colectivo en las empresas solidarias de salud.

Este Acuerdo por la Transparencia y Buen Gobierno cuenta con un comité de seguimiento a los acuerdos que en cada línea temática se asumieron, conformado por los presidentes de las juntas de control social y de vigilancia de las ESS, GESTARSALUD y representantes de las organizaciones de usuarios de cada empresa participante. Este comité cuenta con el apoyo técnico del Dansocial y el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Buen Gobierno y Lucha contra la Corrupción. La función principal del comité es la de permitir la retroalimentación de los acuerdos planteados contribuyendo así para que las empresas mantengan elevados niveles de transparencia y buen gobierno.

GESTARSALUD es el dinamizador y estandarizador de las prácticas en las empresas asociadas, el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Buen Gobierno y Lucha contra la Corrupción apoya el acuerdo en el acompañamiento y control social a la gestión de las empresas; articula el acuerdo con otros que de similar naturaleza se firmen con las entidades territoriales y coordina con las autoridades nacionales la aplicación de los correctivos a las irregularidades del sistema que dificulten el cumplimiento de los acuerdos. Por su parte, Dansocial es el mayor responsable de la divulgación del acuerdo, apoya las acciones emprendidas por las ESS para desarrollo del modelo de economía solidaria y coordina con las autoridades nacionales los correctivos a implementar para solventar las irregularidades del sistema que dificulten el cumplimiento de lo acordado.

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LOS USUARIOS AFILIADOS A LAS ESS

El Decreto 1757 de 1994, por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, identifica dos formas de participación en salud.

La primera es la participación social que a su vez se divide en ciudadana y comunitaria, dependiendo de que se ejerzan los deberes y derechos a la participación del individuo en la conservación de la salud personal, social y comunitaria, y en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud; o los derechos de las organizaciones comunitarias, en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

La otra forma es la participación en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entendida ésta como la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

Cada una de estas formas de participación social en la prestación de los servicios de salud tiene unos espacios determinados en la norma, para que se desarrollen cada una de ellas, es así como en la participación ciudadana se cuenta con las líneas de atención e información al usuario disponibles las 24 horas en EPS e IPS, los servicios de atención a la comunidad en las entidades territoriales y los sistemas de atención a las quejas y sugerencias que presenten los usuarios ante cada uno de los actores del SGSSS.

La participación comunitaria puede ser ejercida por el usuario del SGSSS a través de los Copacos (Comités de Participación Comunitaria en Salud), que se establecen como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado, y cuyos integrantes contemplan los máximos representantes de la autoridad en salud de la localidad y representantes de cada una de las posibles formas organizativas sociales y comunitarias existentes. Este comité debe ser precedido por el alcalde de la localidad o su delegado, y en su ausencia, por el director de la institución prestadora de servicios de salud más representativa de la zona, como máximos dirigentes locales en la materia.

A su vez, la participación institucional se ejerce a través de las alianzas o asociaciones de usuarios que velarán por la calidad y la defensa del usuario, y mediante este mecanismo sus miembros podrán participar como miembros de las juntas directivas de las EPS públicas o mixtas, y de las IPS; de los Copacos, de los Consejos Territoriales de Seguridad Social y del Comité de Ética Hospitalaria de las IPS.

En síntesis, el usuario tiene tres posibilidades de participar socialmente en la prestación de servicios de salud, no excluyentes entre sí: como individuo, como integrante de una organización comunitaria e institucionalmente como usuario de los servicios de salud que interactúa con los servidores públicos y privados en la gestión, evaluación y mejoramiento de la salud de su comunidad.

En ese contexto normativo, mediante la aplicación de una encuesta GESTARSALUD inicia un trabajo de levantamiento de información que permite conocer el grado de participación de los usuarios de las ESS, especialmente en los espacios de decisión propios de la gestión pública de la salud, tales como consejos Territorial y Nacional de Seguridad Social en Salud, juntas directivas de hospitales, Consejos de Planeación, entre otros relativos a la gestión pública de salud. El enfoque de la revisión no es hacia el papel del asociado a las empresas solidarias de salud ni a las instancias de decisión propias de las ARS.

Se parte de la aseveración generalizada para todos los usuarios del sistema, en el sentido de que tienen un bajo nivel de participación en él, debido a la asimetría en el conocimiento, lo cual los coloca en una situación de desventaja y los imposibilita para incidir en las decisiones que les afectan, por tanto, es necesario indagar acerca de la posición política y técnica de las empresas frente a la participación social de los usuarios de las ESS y su cristalización en la práctica.

“El estudio permite consolidar la evidencia que soporta las actividades de capacitación realizadas hasta hoy, sus proyecciones y planes al respecto. Así como los logros obtenidos y las dificultades que han tenido que afrontar las ESS durante el proceso de construcción de la participación social.”⁶⁹

69 GESTARSALUD. Formato de diagnóstico aplicado a las ESS, 2004. Anexo 1.

Resultados

Los resultados que se resumen a continuación corresponden a las seis empresas asociadas que reportaron información, del total de asociadas: Ecoopsos, Mutual Ser, Coosalud, Emdisalud, Asmet Salud y Emssanar.

Cobertura geográfica de las ESS: al momento de la encuesta, las ESS que reportaron datos sumaban una población afiliada de 3'483.553 personas, con una cobertura geográfica de 27 departamentos y el distrito capital, representados en una cobertura municipal del 54% del total de municipios del país.

Política y proyectos frente al usuario: el 100% de las empresas solidarias de salud afiliadas a GESTARSALUD que reportaron el diagnóstico cuentan con una política hacia los usuarios (en tres empresas se encuentra en desarrollo y en tres ya ha sido implementada); esta política se enfoca y se imparte hacia la conformación de ligas, asociaciones o alianzas de usuarios, de acuerdo con lo requerido en la norma (Decreto 1757/94).

Una de ellas subraya que considera a sus usuarios eje esencial y estructural de su empresa, pues los percibe como copropietarios o como potenciales socios.

La implementación de estas políticas y líneas de acción de las empresas quedaron demostradas mediante el *ranking* establecido a partir del seguimiento del Acuerdo por la Transparencia y el Buen Gobierno (agosto de 2005), donde las empresas habían cumplido más del 80% de las actividades programadas, las cuales no sólo hacen referencia a la información y capacitación de las asociaciones de usuarios de las empresas, sino que presentan como valor agregado el haber involucrado a otras organizaciones de la sociedad civil y a la ciudadanía en general en cuanto a información se refiere.

Conformación de las organizaciones de usuarios: de las seis empresas que diligenciaron el diagnóstico, dos no contestaron este punto.

Las empresas afirman que las razones por las que en algunos municipios donde tienen presencia no se ha constituido la organización de usuarios correspondiente son: dificultades con el orden público o ingreso reciente de la institución a ese municipio.

Empresa	No. De municipios en que hace presencia	No. De municipios con organizaciones de usuarios	% de municipios con organizaciones de usuarios del total de municipios	Tipo de organización
1	189	186	98%	Ligas de usuarios
2	125	123	98%	Asociaciones de usuarios
3	86	86	100%	Asociaciones de usuarios
4	81	79	98%	Alianzas de usuarios
Total	481	474	98%	

Metodología de conformación de las organizaciones de usuarios: el 100% de las ESS conforma sus organizaciones de usuarios acorde a las disposiciones legales existentes (artículo 11 del Decreto 1757 de 1994).

En consecuencia, el total de las ESS conforman sus organizaciones de usuarios en asambleas de usuarios municipales, partiendo de diferentes mecanismos de convocatorias municipales, regionales, barriales y veredales, y utilizando diferentes mecanismos de selección que van desde la elección de representantes a las asambleas municipales hasta la postulación voluntaria de aspirantes ante las asambleas. En ambos casos la escogencia de los miembros de las organizaciones de usuarios se hace por elección popular.

Diferentes formas en que operan las organizaciones de usuarios: cada una de las empresas relaciona diferentes formas como desarrollan sus actividades las organizaciones de usuarios; cuatro de ellas lo hacen a través de grupos de trabajo, una registra el cumplimiento de cronogramas con informes mensuales en reuniones, y la otra menciona que las actividades se desarrollan por convocatoria de los responsables de usuarios de la empresa, ya que la organización de usuarios no tiene una dinámica propia y los líderes distorsionan y manipulan la información a sus comunidades.

Una de las empresas manifiesta contar con un organigrama y relaciona cada uno de los grupos de trabajo, y una mesa de trabajo general donde se intercambian experiencias y se toman decisiones, otra relaciona la organización por municipios, zonas y

regiones a través de delegados que discuten los aspectos a trabajar, y una de ellas menciona en el trabajo la definición de diferentes proyectos y, por último, una dice que la organización de usuarios forma parte del comité de vigilancia epidemiológica, que a su vez está inmerso en su modelo de salud familiar. Esta empresa menciona que entre las funciones que ejercen las organizaciones de usuarios están:

- Actuar como filtro en la prestación del servicio para vigilar la calidad de la atención.
- Participar en los comités técnico-científicos que realiza una de las empresas.
- Como un medio de contacto entre la empresa y sus usuarios.

Finalmente, una de las empresas manifiesta que cuenta con una asociación de usuarios debidamente registrada en la Cámara de Comercio, con 124 capítulos, uno por municipio. Su funcionamiento está regido por estatutos debidamente aprobados en asamblea general, y registrados en Cámara de Comercio. En cada municipio existe una asamblea municipal y un comité municipal de usuarios. En cada zona existe una asamblea regional de usuarios conformada por los delegados de cada municipio y un comité regional de usuarios, y a nivel central se realiza la asamblea general con los delegados de cada zona y se elige la junta directiva conformada por tres miembros: presidente, vicepresidente y secretario.

Logros de las organizaciones de usuarios: las empresas manifiestan los siguientes logros obtenidos a través de la conformación de las organizaciones de usuarios:

- Mayor educación e información para los usuarios del subsidio en salud.
- Participación en la toma de decisiones para el mejoramiento de los servicios de salud y atención al usuario.
- La toma de decisiones en materia de ajustes a la prestación del servicio y la atención al usuario se soporta en la voz de las organizaciones de usuarios para casos específicos.
- Mayor contacto con las IPS en cada municipio.

- Mejores canales de comunicación con los usuarios, mayor liderazgo y capacidad de multiplicar la información y conocimientos en las comunidades.
- A nivel local y por disposición de la misma normativa, a las asociaciones de usuarios se las identifica como un mecanismo de veeduría ciudadana en la prestación de servicios de salud.
- Acompañamiento a los afiliados en la demanda de los servicios de salud.
- Acompañamiento a los afiliados en gestión social.
- El reconocimiento en las entidades de salud de los diferentes municipios y por la comunidad afiliada.
- Defensa de la empresa en los territorios.
- Mayor presencia en los espacios de participación social dispuestos por el Estado en el nivel municipal.
- Fortalecimiento de la base social y mayor participación y conocimientos en economía solidaria y en los objetivos y logros de las ESS.
- El SGSSS reconoce a las organizaciones de usuarios inscritas como controladoras sociales.

Dificultades que han tenido las organizaciones de usuarios: las empresas manifiestan diversas dificultades en la operación de las organizaciones de usuarios, las dificultades son diferentes entre empresas, incluso entre regionales de una misma empresa, de tal forma que relacionaremos a continuación todas las dificultades manifestadas:

- Dificultades económicas para su funcionamiento, ya que por el tamaño y la dispersión geográfica de la empresa tiene un costo elevado su sostenimiento.
- Relaciones de paternalismo con las ESS y el Estado en el control social.
- En las asociaciones de usuarios no existe claridad en los

objetivos para asumir el rol de controladores sociales, se desconoce su papel, ya que si brindan información es a sus propios intereses (económicos y políticos).

- La complejidad del SGSSS en los componentes conceptual y normativo hacen difícil el control social por parte de las organizaciones de usuarios.
- Ser más funcionales (cumplir sus verdaderas funciones o papel).
- Falta de continuidad en los procesos, en algunos casos por la alteración del orden público.
- El orden público.
- La baja participación y persistencia de los usuarios en los procesos de capacitación.
- La falta de interacción con otras organizaciones para lograr un mayor impacto.
- Inexistencia de trabajo intersectorial.
- Poca aceptación de la participación de la comunidad organizada entre los demás actores del SGSSS.
- Aspectos que podrían relacionarse con la incorporación, como son la dispersión geográfica, la composición étnica y cultural y los elevados costos de operación. Una no respondió este punto.

Aspectos o circunstancias que han debilitado el desarrollo de la organización de los usuarios: ante este interrogante, dos de las empresas coinciden en afirmar que no ha existido situación alguna que haya debilitado las organizaciones de usuarios; una de ellas, por el contrario, afirma que este organismo es cada vez más organizado, la otra empresa considera que el hecho de que los miembros de la organización de usuarios no entienden que esta es una labor no remunerada, atrasa el proceso de desarrollo de la misma.

El resto de empresas manifiestan que la falta de claridad en el propósito de las organizaciones, los intereses individuales y particulares primando sobre los comunes, y los procesos políticos

municipales, son los principales aspectos que debilitan las organizaciones de usuarios.

Aspectos o circunstancias que han protegido e impulsado el fortalecimiento de la organización de usuarios: las empresas reconocen que los principales aspectos que favorecen el proceso organizativo de los usuarios son las normas generales existentes en el país, y las específicas elaboradas por los directivos y gerentes de las ESS.

Señalan, adicionalmente, aspectos que en la organización de estas instituciones se han desarrollado y les han permitido mejor y mayor desempeño:

- La necesidad de información de la comunidad afiliada.
- El apoyo de los asociados en el proceso de participación de los usuarios y formación de líderes.
- El material educativo diseñado en las instituciones para ayudar a la asociación en su trabajo educativo.
- El diseño de formatos de registros para las actividades de la asociación y sus respectivos archivos.
- La carnetización de los representantes que los identifica ante las IPS.
- La entrega de dotación para su trabajo comunitario.

Grado de interrelación entre las organizaciones de usuarios a nivel regional: las organizaciones de usuarios de todas las empresas operan a nivel local por lo que se indagó sobre la existencia de mecanismos que las relacionara entre sí.

Todas las empresas afirman que las organizaciones de usuarios tienen interacciones entre sí y esta interacción se centra en las estructuras administrativas que las ESS han dispuesto para interactuar con sus usuarios y organizarlos. Es de resaltar que una de las empresas manifiesta que la organización de usuarios es sólo una a nivel nacional, con capítulos regionales; tres relacionan esta interacción con los proyectos y cronogramas de trabajo que se desarrollan de manera paralela en las diferentes regionales, dos de ellas realizan encuentros periódicos a nivel regional y una lo

visualiza como la conexión permanente de la empresa con sus usuarios como política de la empresa.

Como se evidencia, las empresas solidarias de salud han venido fortaleciendo las organizaciones de usuarios desde antes de firmarse el Acuerdo por la Transparencia y el Buen Gobierno, sin embargo durante la ejecución de este acuerdo, estas actividades con los usuarios se evidenciaron con un cumplimiento promedio de 78% de las acciones propuestas, que hacen relación específica al fortalecimiento de las organizaciones de usuarios. Así mismo, se demostró el aumento de la propiedad por parte de los usuarios del sistema con el crecimiento de la base social de asociados de las ESS, la cual, de acuerdo con el *ranking* establecido alcanzó un cumplimiento del 57% de las acciones propuestas a agosto de 2005.

Como valor agregado, se encuentran las acciones en donde se convocó a organizaciones de la sociedad civil diferentes a las asociaciones de usuarios para ejercer control social a la gestión del régimen subsidiado, tales como juntas de acción comunal, veedurías, entre otras, dentro de las cuales se cumplieron en promedio 67% de las actividades propuestas.

Grado de independencia de las organizaciones de usuarios: el 90% de las empresas afirma que la definición de actividades a desarrollar por las organizaciones de usuarios responde a iniciativas compartidas entre lo que considera la organización de usuarios y las administraciones de las empresas. Sólo una responde que la iniciativa de las acciones es empresarial.

En la presente encuesta no se indagó sobre el tipo de iniciativas que han tenido tanto las empresas como las organizaciones de usuarios, mas, sin embargo, vale la pena aclarar que este componente se pueda profundizar en un futuro con miras a determinar el grado de desarrollo de los procesos autónomos de estas organizaciones.

Relación existente entre las organizaciones de usuarios de la ESS y las IPS de diferentes niveles con quienes tiene contrato: en cuatro de las empresas existe un trabajo conjunto entre las organizaciones de usuarios de las ESS y las de las IPS contratadas, lo cual les permite participar en el mejoramiento de la calidad del servicio, ya sea a través de instancias como los comités de ética, asambleas informativas a todos los usuarios, encuestas de satisfacción, guías o defensores del usuario y

participación en las juntas directivas de las ESE, entre otros. Dos de las empresas manifiestan que no cuentan con ninguna relación entre estas dos organizaciones.

Capacitación de usuarios: desde la institucionalidad es convocado, capacitado y proyectado en su quehacer el usuario que llega a pertenecer a una asociación de usuarios. Las reuniones, los diferentes espacios de capacitación, así como las iniciativas organizativas surgen desde las empresas solidarias de salud de manera casi exclusiva.

En este punto, se recopila información sobre capacitación a los usuarios y se analizan los logros y limitaciones respecto de las metas trazadas por las empresas para este fin.

La capacitación desarrollada por las empresas hacia sus usuarios se intensificó en varias de las prácticas cumplidas en desarrollo del Acuerdo por la Transparencia, que permitió aumentar los mecanismos de información y difusión hacia la comunidad en general en temas específicos como la contratación, cobertura, recursos del régimen subsidiado, entre otros.

Planes de capacitación y cobertura: el 100% de las empresas cuenta con un plan de capacitación para usuarios; dos afirman que el plan es elaborado para todos los usuarios, una capacita solamente a los usuarios organizados en asociaciones, ligas o alianzas de usuarios, una tiene planes diferentes para usuarios organizados y no organizados y la otra combina su plan mediante una estrategia en donde se involucran usuarios no organizados, quienes eligen líderes que actúan replicando los conocimientos adquiridos entre quienes los eligieron, y usuarios organizados en asociaciones.

Objetivos de la capacitación: todas las ESS coinciden en lo que buscan conseguir mediante las capacitaciones a los usuarios, en términos generales estas capacitaciones pretenden fortalecer la participación social y con ello contribuir en la construcción de un sólido y competente capital social que pueda ejercer sus derechos y funciones dentro del SGSSS y la sociedad. Podemos, entonces, extraer de los objetivos reportados los siguientes bloques de la formación e información que se da a los usuarios:

- Formación personal y como colectivo: valores, habilidades, resolución de conflictos, liderazgo, promoción y prevención en salud, entre otras.

- Formación para la participación en salud, vigilancia y control para la prestación del servicio, con énfasis en capacitación sobre SGSSS, POS-S, derechos y deberes en salud, acceso a los espacios de participación, identificación de situaciones sobre las cuales pueden intervenir los usuarios.
- Formación en economía solidaria, actividades asociativas y proyectos.

En este análisis, dos de las empresas mencionan dentro de sus objetivos capacitar a los usuarios en economía solidaria, con el fin de prepararlos para su intervención en la empresa. Una tiene como propósito de la capacitación la intervención de los usuarios en aspectos de salud a partir del diagnóstico elaborado mediante una tarjeta familiar y la formulación de estrategias de comunicación que permitan llegar a los usuarios de acuerdo con su nivel y características socioculturales.

En la capacitación específica sobre control social a la gestión del régimen subsidiado, las empresas evidenciaron durante el desarrollo del Acuerdo por la Transparencia haber cumplido con el 77% de las acciones propuestas hasta agosto de 2005.

Así mismo, dentro de los ajustes propuestos y aprobados para el acuerdo, el cual deberá ejecutarse en el 2006, se establecieron líneas orientadas a la información y capacitación a las asociaciones de usuarios en temas específicos como: seguimiento a la contratación de los servicios de salud de las ESS y del ente territorial, modalidades de contratación, porcentaje de UPC, entre otros.

Frecuencia de la capacitación: en relación con la frecuencia de la capacitación, cuatro de las empresas la realizan mensual, una bimestral y una capacita a todos sus usuarios a través de dos procesos: en el momento de la afiliación y carnetización, y mediante visitas domiciliarias que realiza cada tres meses o por demanda del usuario, esta empresa no menciona de qué manera hace capacitación a las asociaciones de usuarios.

Principales temas de capacitación: de acuerdo con los objetivos que establecen las empresas enfocan los temas de capacitación. A continuación se enumeran los principales ejes de capacitación, los cuales relacionamos de acuerdo con los bloques analizados en el punto de objetivos:

- Formación personal y como colectivo: valores, habilidades, desarrollo personal, resolución de conflictos, gestión social, motivación, autoestima, liderazgo, toma de decisiones, comportamiento colectivo, derechos humanos, organizaciones de base comunitaria, promoción y prevención en salud, reglamentos y organización de asociaciones de usuarios.
- Formación para la participación en salud, vigilancia y control para la prestación del servicio de referencia y contrarreferencia, promoción y contenidos del POS-S, participación social en salud, deberes y derechos, red de servicios, normatividad vigente del SGSSS, interposición de quejas y reclamos, actualización de la red de servicios, control social, socialización de la minuta de contratación entre entidades territoriales y ESS identificación del riesgo en salud, copagos, veedurías en salud.
- Formación en economía solidaria, organización solidaria, comunitaria, actividades asociativas y proyectos. Presentación y elaboración de proyectos y proyectos productivos.

De la relación anterior se deduce que los objetivos de formación para los usuarios de las empresas, así como el grueso de los temas de capacitación, dan cumplimiento a la normatividad, ya que están orientados a aspectos propios del sector, dirigidos hacia la participación, la vigilancia y el control.

Tres de las empresas cuentan, dentro de sus contenidos de capacitación, con programas encaminados a la formación de valores, organización, liderazgo y resolución de conflictos, lo cual permite deducir un interés por la proyección del usuario como ser humano y su efectiva participación en organizaciones sociales.

Dos de las empresas mencionan la utilización de metodologías lúdicas, medios audiovisuales y didácticos (videos, cartillas, folletos, proyector de filmas), y una de las empresas basa sus planes de capacitación en un diagnóstico de expectativas educativas, mediante el cual se detectan vacíos en diferentes temas y en una evaluación sobre aciertos y debilidades en el proceso de capacitación.

Sin pretender restar importancia a la capacitación en este sentido, descrito en el párrafo anterior, llama la atención que siendo las

empresas de carácter solidario y sin ánimo de lucro, aspecto que ha diferenciado a las ESS de otras ARS, sólo dos de ellas afirman capacitar a sus usuarios en economía solidaria y una tiene como objetivo principal la formación en el sector solidario al igual que en actividades asociativas apropiadas para el desarrollo local, lo cual se corrobora al revisar los principales temas de capacitación.

Logros en capacitación: los logros alcanzados por las ESS al capacitar a sus usuarios va muy de la mano de los logros mencionados en el punto que evalúa los logros de las organizaciones de usuarios.

Frente a los logros alcanzados con los usuarios, éstos son diversos para las empresas. Una menciona la sensibilización y socialización de contenidos de la capacitación tanto a usuarios como a funcionarios; cuatro dicen tener usuarios más capacitados y el resultado de esta capacitación es considerado por cada una de ellas como fortaleza en diferentes aspectos: mayor liderazgo, capacidad para multiplicar la información y conocimiento en la comunidad, apoyo en procesos de mercadeo, más interacción en los espacios de participación que ofrece el Estado; una regional asegura que esta capacitación ha permitido la apropiación de espacios de participación a nivel municipal y dos señalan el fortalecimiento de la base social, aumento en la participación y conocimiento hacia la economía solidaria, los objetivos y logros de la empresa; por último, dos mencionan que la capacitación ha permitido la defensa de la empresa en los territorios.

Dificultades: al igual que en los logros, las dificultades en el trabajo con usuarios se presentan de manera diferente para todas las empresas, e incluso, en una misma empresa en diferentes regionales estas varían, se mencionan: el orden público, la baja participación y persistencia de los usuarios en los procesos de capacitación, limitación económica, la falta de interacción con otras organizaciones para lograr un mayor impacto, inexistencia de trabajo intersectorial, poca aceptación de la participación de la comunidad organizada entre los demás actores del SGSSS. Una de las empresas indica aspectos que podrían relacionarse con la incorporación, como son: la dispersión geográfica, la composición étnica y cultural, y los elevados costos de operación; una no respondió este punto.

Cuatro de las empresas consultadas han diseñado materiales y diversas herramientas de capacitación a los usuarios, esta

formación la orientan tres de ellas como una estrategia de capacitación a capacitadores.

Participación de los usuarios en los espacios de decisión en salud: en esta pregunta se indagó sobre la participación de representantes de las organizaciones de usuarios de las ESS en los siguientes espacios de decisión municipal y departamental:

- Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud: municipal y departamental.
- Consejo Territorial de Planeación: municipal y departamental.
- Juntas directivas de las empresas sociales del Estado: primero, segundo, tercero y cuarto niveles.

Se indagó también sobre el grado de comunicación que existe entre los representantes de las diferentes instancias y la organización de usuarios que los delegó.

En este sentido, sobre el nivel de participación de los usuarios en las instancias de decisión, las empresas reportan que se da fundamentalmente en lo local, tanto en los consejos territoriales de seguridad social en salud como en los hospitales de primer nivel de atención. La participación en estos espacios desciende en el ámbito departamental tanto en organismos de planeación como en las prestadoras, ya que sólo dos de ellas dicen tener delegados en el segundo nivel de atención y una en el tercero.

Así mismo, la comunicación entre los delegados y la base social que los eligió es variada: tres de ellas consideran que no hay ningún tipo de relación, dos la establecen como información en asambleas, una dice que los delegados son en su mayoría asociados y una describe a los delegados como un puente entre la comunidad usuaria y el Estado, pero no explica la relación del delegado con la base social.

Una de las empresas, además, aclara que la participación en las instancias de decisión se encuentra en diferentes grados de desarrollo en los territorios donde tiene presencia.

A continuación se recoge la información sobre el nivel de participación que han tenido o tienen los usuarios en los espacios de decisión en la gestión de la salud tanto municipal y

departamental como de manera interna en las ESS. A este respecto puede verse una gran variación deducida de la información suministrada por las regionales de una de las empresas, de lo cual podría inferirse que la participación en las instancias de decisión tanto al interior de la empresa como de los municipios y departamentos depende de las zonas donde operan las ESS. Por esta razón, para el análisis se incluye de manera separada la información suministrada por las regionales.

- Frente al grado de participación que tiene el usuario en las decisiones de mejoramiento de gestión de la ESS, cuatro de las empresas y dos regionales de una empresa lo consideran alto; una, medio y otra regional lo considera bajo.
- En cuanto al grado de participación que tiene el usuario en las decisiones que sobre la operación del sistema se toma en los municipios donde tienen presencia las ESS, una empresa y una regional lo consideran alto, otra empresa y una regional medio, una regional bajo, una empresa nulo y otra empresa no responde.
- En lo referente al grado de participación que tiene el usuario en las decisiones que sobre la operación del sistema se toman en los departamentos donde tienen presencia las ESS, tres de las empresas y una regional lo consideran bajo, otra nulo y sólo una regional lo estima alto.

Es de anotar que la única regional que informa sobre un grado de participación alto en el departamento es una de Bogotá, sin embargo, otra de las empresas que opera en Bogotá considera esta participación baja en general, otra no responde este punto.

Luego de más de un año de implementar acciones coordinadas en el marco del Acuerdo por la Transparencia, se nota un viraje positivo respecto de la participación de los usuarios en los espacios de decisión territorial, ya que dentro de las prácticas acordadas para el año 2006 se plantea “diseñar líneas de acción unificadas a nivel de gremio, para que el actuar de los representantes de las ESS en los consejos territoriales se parametren y garanticen el cumplimiento de la normatividad vigente exigiendo a los diferentes actores el cumplimiento de los acuerdos normativos en el desarrollo de sus funciones en el SGSSS”.⁷⁰ La aprobación de este punto específico da cuenta de la

búsqueda de parámetros que les permitan a los usuarios de las empresas incidir de manera efectiva en las decisiones territoriales con el respaldo de un gremio de corte comunitario.

Participación individual: dado que la participación individual es la forma primaria de participación social que puede ejercerse y que es obligatorio que los actores del SGSSS dispongan de todos los medios para garantizarla, se indagó sobre el grado o nivel de participación de los usuarios de las ESS y su incidencia en las decisiones sobre el mejoramiento de la atención en salud. Este aspecto se indaga desde los procesos de atención y trámite a las quejas interpuestas por los usuarios, y la aplicación y resultados de las encuestas de usuarios.

De acuerdo con la normatividad vigente, las ESS han establecido mecanismos de participación individual de quejas y reclamos bajo coordinaciones de atención al usuario y fortalecidos con el cumplimiento del 70% de las actividades propuestas para agosto de 2005 en el marco del Acuerdo por la Transparencia.

Forma en que se reciben, tramitan y utilizan las quejas: la mayor parte de las ESS recoge la queja bajo la coordinación de la oficina de Atención al Usuario en cada municipio, área de Gestión de la Calidad. La queja es formulada por escrito, telefónicamente o por buzón. Existen formatos y políticas planteadas por la empresa que, acorde con la ley, preestablece un procedimiento; hay delegación de la organización de usuarios o comité expreso de usuarios para su apertura oficial. Se responde al usuario sobre el trámite dado con copia al municipio y a la IPS u organismo que haya generado la queja, además del nivel regional y central de la ESS.

Tres de las empresas muestran especial atención a este tema, una de ellas establece la figura del gestor local: representante municipal de la institución, así como el defensor del afiliado y el coordinador de atención del usuario, quienes de forma articulada llevan cada queja en un proceso detallado de resolución. En otra no se habla de quejas en la respuesta a esta pregunta, sino de estudios de satisfacción del usuario, a cargo de los miembros de las ligas de usuarios, auxiliares de equipos básicos de salud, auxiliares de oficina local y auditores de seguimiento.

La última de estas tres describe en forma detalla este proceso en donde se encuentran aspectos interesantes como que en la oficina

⁷⁰ GESTARSALUD, ESS. Acuerdo por la Transparencia y el Buen Gobierno, punto 1.1.f, 2006.

de Atención al Usuario se busca orientar y capacitar al afiliado para que pueda acceder de forma ágil a los servicios de salud, garantizar que sus expectativas y necesidades sean identificadas, canalizadas, tramitadas y resueltas; de manera que estos resultados incidan en la toma de decisiones y acciones de mejoramiento de la calidad de la atención y de la organización. El sistema de información y atención al usuario está estructurado a partir de cinco procesos claves que materializan esta búsqueda de forma tangible, articulando acciones de formación, comunicación (intramural y extramural) y trámite efectivo de quejas y reclamos.

Así mismo, en el 100% de las empresas, la queja se toma como base para hacer correctivos que permiten mejorar la calidad del servicio y evaluar la gestión de las ESS, exponen además ejemplos válidos de esta incidencia, tales como: mejoramiento en la prestación, reubicación de sitios de atención, devolución de dineros aportados en exceso por el usuario, acciones preventivas en otros sitios de atención y análisis para elaborar los planes de mejoramiento.

Esta afirmación será valorada en el marco del Acuerdo por la Transparencia y Buen Gobierno a partir de la socialización semestral con las asociaciones de usuarios y con el gremio, de la evaluación de los resultados o correctivos que hayan implementado las empresas sobre aquellas situaciones en donde se presenten más reclamaciones.

Esta práctica permitirá a las empresas demostrar ante el país de manera documentada los avances en la calidad de la prestación de los servicios, de acuerdo con la información suministrada por los usuarios.

Encuestas para evaluar la satisfacción del usuario: para conocer el estado de este componente, se preguntó a las empresas acerca de las encuestas que la organización de usuarios aplica o ha aplicado para evaluar la satisfacción de los usuarios.

A esta pregunta, tres ESS responden que sus organizaciones de usuarios aplican este tipo de encuestas, una aclara que la encuesta es aplicada por personal administrativo y que la organización de usuarios actúa como veedor del proceso; el resto de empresas afirma que sus organizaciones de usuarios no aplican encuestas de satisfacción.

Una de las empresas lo hace mediante dos formatos diferentes en los cuales se recoge la información sobre servicios intrahospitalarios y ambulatorios, y otra complementa su respuesta dando a conocer que el 20% de estas encuestas son aplicadas por la organización de usuarios.

La frecuencia con que se aplican estas encuestas varía desde una labor diaria en las oficinas de Atención al Usuario hasta su aplicación dos y una veces por año, según las necesidades de cada empresa, ya sea para responder a auditorías o a los planes de trabajo.

Con relación a los aspectos de satisfacción que más se resaltan a partir de las encuestas, se encuentran: la atención con calidad y calidez en la atención, respuesta y solución a las necesidades presentadas, accesibilidad a las redes prestadoras, agilidad en la asignación de citas, entre otros; a partir de esta información se sugiere que sería positivo ampliar el ámbito de la queja e incluir felicitación, reclamación o sugerencia.

Como aspectos negativos se mencionan: la demora en las autorizaciones de servicios, la entrega incompleta de medicamentos, baja calidad en la red pública, y como aspecto adicional, la poca cultura para utilizar los servicios de atención e información al usuario.

Por último, se hacen análisis de esta información, lo cual ha permitido mejorar la calidad, interlocutar sobre aspectos relevantes a corregir con la red prestadora, se ha humanizado el trato al usuario tanto por parte de los funcionarios como de la red prestadora y se han corregido aspectos administrativos en aras de enderezar las deficiencias de los procesos identificados o percibidos como problema por parte del usuario.

Normativa: para la operación del sistema se cuenta con un marco normativo que busca proteger los derechos de los usuarios así como el impulso de su organización, por esta razón se indagó sobre el nivel de cumplimiento de esta normativa.

A este respecto respondieron tres de las empresas, una de ellas enuncia que cumple con toda la normativa vigente, pero no especifica de qué manera, dos describen de manera detallada la forma como dan cumplimiento a las normas, especifican los

mecanismos como líneas de atención, capacitación, inclusión de contenidos del POS en el manual del usuario, encuestas de calidad, entre otros; sólo una califica el nivel de cumplimiento.

A esto se agrega que las formas de organización asumidas son aquellas que ordena la norma, según lo ha propuesto el lineamiento oficial.

APORTES DESDE GESTARSALUD AL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ORGANIZATIVOS DE LOS USUARIOS DE LAS ESS

Si bien los procesos de organización, fortalecimiento y dinamización de las asociaciones o alianzas de usuarios han sido definidos por las empresas de acuerdo con su estructura empresarial, es igualmente cierto que desde el año 2004 se ha venido abonando el terreno para que los usuarios de las ESS empiecen a identificarse como parte del gremio de empresas solidarias, de tal manera que su actuar local, regional y departamental genere mayor impacto, que permita marcar la diferencia entre las empresas solidarias y otras ARS.

Este proceso gremial hacia los usuarios debe sentirse además en la relación con las entidades territoriales, especialmente en lo referente a procesos de transparencia y participación ciudadana en el control a la gestión del sistema.

Este proceso de articulación como gremio debe darse de manera cuidadosa y paulatina, por lo cual se proponen dos acciones iniciales:

1. A partir de la experiencia acumulada por las empresas en los procesos de quejas y reclamos, manejo del usuario y el haber implementado figuras como el defensor del afiliado, gestores locales y contando con la participación de los coordinadores de las oficinas de atención al usuario, se propone adelantar encuentros o mesas de trabajo que permitan abordar la discusión sobre el diseño de una instancia de intermediación

gremial entre el usuario y las empresas, que disminuya los procesos de tutela, instancia sugerida por el Presidente de la República durante el último consejo comunal de salud. El resultado de este trabajo puede ser presentado para revisión y ajustes durante el Encuentro de Organismos de Dirección del próximo año.

2. A partir de la unificación de líneas de acción para el actuar de los representantes de las ESS en los consejos territoriales en seguridad social en salud, las cuales se deben discutir y trabajar con los responsables de capacitación a los usuarios de las empresas, se propone gestionar diálogos o encuentros directos o a través de medios electrónicos, entre los delegados a dichos consejos de las ESS y la delegada por los usuarios al CNSSS, de tal manera que el actuar de los delegados en lo local tenga respaldo en la instancia nacional.

Por último, cabe destacar que dentro de las prácticas acordadas para desarrollarse durante el año 2006 en el marco del Acuerdo por la Transparencia y el Buen Gobierno, aparecen tres en donde se proponen actividades conjuntas de las empresas, tanto territorial como nacionalmente y, por lo tanto, le corresponde a GESTARSALUD propiciar este actuar conjunto de las ESS, además de continuar con las actividades de coordinación y asesoría dentro del comité técnico de apoyo al acuerdo.

CONCLUSIONES

Desde sus inicios, las empresas solidarias de salud muestran un soporte fuerte en organizaciones sociales, que han tenido que soportar los cambios estructurales y normativos a los que se han visto sometidas en el transcurso de los años.

Estos procesos sociales han sido maltratados por dichos cambios y en algunos momentos debilitados, mas sin embargo, son estos procesos los que han marcado la diferencia entre estas empresas y otras que realizan iguales funciones dentro del SGSSS; hoy existe un mejor entorno para fortalecer este componente dentro de las organizaciones y poder sumar esfuerzos desde el papel como aseguradoras de la población pobre y vulnerable del país con cobertura especialmente municipal y con un número importante de afiliados en el área rural.

Todas las ESS que participaron en el estudio cuentan con procesos de participación social en salud individual, comunitaria e institucional. Cada una de ellas con diferentes grados de desarrollo y con formas diferentes pero igualmente válidas de impulsar, organizar y mantener en el tiempo cada uno de los procesos sociales existentes y por venir.

En el 98% de los municipios en donde las ESS hacen presencia existen organizaciones de usuarios construidas en una iniciativa conjunta de las comunidades y las empresas, y respaldadas en las normas que en esta materia existen en Colombia.

Las zonas en que no se reportan organizaciones de usuarios están justificadas en las dificultades de orden público y en el ingreso reciente al municipio como ESS.

Las empresas solidarias de salud identifican y reconocen los aspectos internos y externos que afectan positiva y negativamente las organizaciones de sus usuarios y por ende la participación social en salud, y todas ellas buscan en cada localidad fortalecer unas y solventar otras con el fin de crecer en este proceso.

Las ESS demuestran tener un grado de interacción importante con sus organizaciones de usuarios, lo que permite un trabajo sólido, coordinado y con objetivos claros; favoreciendo que los usuarios se sientan partícipes en la gestión de su salud y cada vez con un mayor sentido de pertenencia por las empresas.

Todo este trabajo social, comunitario, participativo, plantea en estos momentos mayores retos a los ya superados por las ESS. A continuación se agrupan algunos de ellos por considerarlos relevantes en su proyección futura.

1. Marcar la diferencia

De manera reiterada cada una de las personas entrevistadas planteó el reto a las ESS de marcar la diferencia. *“Una empresa solidaria de salud puede tener en algunas partes un comportamiento como una ARS cualquiera, pero si entre los líderes de la organización hay un concepto claro de cuál es nuestro papel, eso hace que la organización sea distinta. Tiene que sentirlo el negociador, la secretaría de salud, el usuario tiene que sentirlo. . . . Quiero decir, en zonas donde la empresa solidaria tiene presencia social”.*⁷¹

Este es un reto que permanecerá en el tiempo y que debe ser el motor que impulse el crecimiento de las ESS, sin importar las dificultades aún existentes en lo local y en especial las que imponen las autoridades locales y que están soportadas y demostradas en el estudio Cimder del Ministerio de la Protección Social.

*“La escasez de espacios definidos en los entes territoriales para abordar intersectorialmente el desarrollo de la salud, sector en el que han surgido las mayores y más diversas dificultades (políticas, socioeconómicas, étnico-culturales) en los procesos para su municipalización, el predominio de la informalidad en la interacción entre ESS, administraciones municipales, direcciones locales de salud y otros sectores, son asuntos que hacen muy complejo el reto de las ESS como agentes sociales de cambio y desarrollo”.*⁷²

⁷¹ VIANA, Galo. Gerente general de Mutual Ser y presidente de la junta directiva de Gestarsalud. Entrevista realizada por las investigadoras. Cartagena, 2004.

⁷² CIMDER. Estudio Ministerio de Salud, 1998.

*“El abordaje intersectorial de la salud, en el cual las ESS deben jugar un papel protagónico, requiere concebirla como una situación o estado que facilita el desarrollo de las personas y por ende de los pueblos, razón por la cual no es sólo responsabilidad del sector salud, sino de todos los sectores que conforman una comunidad. La Carta de Ottawa reconoce que “son prerequisites fundamentales para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, la justicia social y la equidad”. Ello debe obligar a las empresas solidarias y al Estado a exponer su auténtico papel sociopolítico. Las ESS deben poderse diferenciar del resto de ARS en tanto entidades solidarias y consolidar en su población de usuarios procesos de participación social efectiva, como condición para que sea posible la gestión comunitaria y social de salud y bienestar”.*⁷³

Se subraya, entonces, que en este momento el organizar a los usuarios y fortalecer su capacidad para incidir en las decisiones que le afectan no lo está exigiendo ninguna entidad del Estado, por tanto, son las ESS desde su esencia y proyección autónoma quienes pueden y deben revisar la manera de fortalecer cada vez más este actor para que sea, desde el sujeto del derecho que se genera, el control para el cambio sustancial que requiere el SGSSS.

1. Intercambio de experiencias y encuentros de usuarios

La experiencia acumulada en relación con la participación social en salud, la capacitación a los usuarios para orientar su incidencia en las decisiones que les afectan, las diferentes metodologías e instrumentos de capacitación con que cuentan, son un capital invaluable de las empresas solidarias de salud. Por ello es necesario generar un intercambio sistemático de las mismas, que conlleve a enriquecer la experiencia particular y a integrar esfuerzos en los niveles local, regional y nacional.

La generación de espacios de intercambio entre usuarios, puede ser principio de unidad de la base social de las empresas que operen en la misma región. Este tipo de intercambios podría ayudar a superar las dificultades expresadas, tales como la baja participación y la poca persistencia de los usuarios en los procesos de capacitación, los elevados costos de operación (limitaciones económicas), la falta de interacción con otras organizaciones para lograr un mayor impacto, y la diferencia étnica y cultural de los

afiliados de las empresas. El reto fundamental es generar una expresión organizada del usuario hacia las instancias de concertación y decisión del sistema en cada nivel territorial.

Así mismo, se pueden integrar instrumentos para recoger los avances y dificultades en los procesos de capacitación (una de las empresas ha avanzado en este sentido), buscando mediante la aplicación de este tipo de instrumentos una capacitación más pertinente hacia los usuarios.

Si se tiene la voluntad para dar viabilidad a estas actividades, se pueden generar acciones colectivas, encaminadas a la conformación de redes locales y departamentales donde los usuarios puedan posicionarse efectivamente dentro de la operación del sistema y la gestión de la salud.

2. Incidir en la construcción de políticas públicas

Es evidente una contradicción por parte de los gobiernos de turno a nivel central, en referencia a la posición frente a lo que representa el usuario para el sistema, se maneja un doble discurso: por un lado, es importante el usuario al que se le entrega un carné y se le muestra ante la opinión pública como un logro en ampliación de cobertura y, por el otro, se dice que el régimen subsidiado está mal y que hay que acabarlo.

El usuario capacitado y organizado para expresar su sentir y pensar frente a la operación del sistema es un aporte indispensable a la hora de construir políticas públicas en salud. Aunque este es un esfuerzo que corresponde a las instituciones públicas, se propone que desde GESTARSALUD se asuma un liderazgo en este campo, para que un porcentaje significativo de los 4'500.000 afiliados que reúnen las empresas, encuentre cauces institucionales y consolide espacios de diálogo donde se recojan y presenten sus iniciativas para el desarrollo legítimo del sistema de salud.

Se hace necesario que los líderes y asociados, de manera integral, asuman la participación como un proceso social que busque el encuentro de diferentes actores en la definición de tareas conjuntas, en un modelo de corresponsabilidad y concertación que, partiendo del nivel local, empodere al usuario para que su participación no se limite a la aprobación de propuestas

⁷³ CIMDER. Estudio Ministerio de Salud, 1998.

formuladas por la gerencia de un hospital y las dependencias administrativas de una administración municipal.

*“...Establecer mecanismos de participación directa y de socialización permanente de información sobre la gestión de la empresa, identificando y potenciando actores, redes y espacios culturales; diseñar y concertar mecanismos que permitan hacer seguimiento y evaluación al cumplimiento de objetivos y metas tanto internas como pactadas interinstitucional o intersectorialmente; promover el ejercicio de veeduría ciudadana estableciendo mecanismos que formalicen y legalicen los convenios con instituciones o sectores; son, entre otras, algunas acciones urgentes que en diferentes grados deben ser abordadas por las ESS en el corto plazo para el fortalecimiento cuantitativo y cualitativo de su base social”.*⁷⁴

En las ESS se hace necesario traspasar los límites del uso de los servicios, de manera que los afiliados junto con los asociados y el equipo de salud se involucren en las tareas de negociación, ejecución y evaluación de los servicios (no sólo abordando la calidad sino la gestión).

3. Impulsar con mayor contundencia la capacitación en economía solidaria

Llama la atención, como se expresó en el tema respectivo, que la capacitación impartida por las ESS se orienta en la mayoría de empresas a temas relacionados con el SGSSS. Sólo tres hacen énfasis en fortalecer el conocimiento de sus usuarios en economía solidaria, teniendo como propósito ampliar su base social. De ello se deduce que a partir de la incorporación, las empresas ven en el usuario más a un cliente que a un futuro asociado de la empresa. El

dar un giro en este aspecto resulta esencial frente al propósito de hacer más evidente la diferencia entre empresas privadas y empresas de carácter colectivo y sobre todo comunitario.

Se hace necesario, en este sentido, que se proyecten acciones que permitan a los dueños de las ESS, representadas en una comunidad organizada como tal, superar la simple condición de mediadoras-administradoras de recursos.

4. Seguimiento, sistematización y proyección del proceso en marcha

Se debe estructurar de manera profesional y técnica un sistema de monitoreo y seguimiento al proceso organizativo en marcha. Esto es posible si se cuenta con líneas de acción construidas en un esfuerzo de consenso, en cuanto al propósito que debe cumplir una asociación de usuarios dentro del SGSSS, en general y en especial desde las empresas solidarias.

La unidad en medio de la diversidad es una característica evidente entre las ESS. Esto se refleja claramente en las respuestas al formato diagnóstico y los diferentes intercambios personales que han permitido otros espacios de encuentro generados en este acercamiento. Esa diversidad representa una oportunidad de enriquecimiento si se logra aprovechar y proyectar desde lo particular hacia lo regional y nacional. El usuario de las empresas solidarias de salud debe ser una voz que se logre oír en dichas organizaciones y entre ellos mismos, para reconocerse e identificarse. Debe representar hacia los demás actores del sistema la expresión organizada de iniciativas de cambio y consolidación de un modelo de salud de base comunitaria.

73 CIMDER. Estudio Ministerio de Salud, 1998.

ANEXO 1: Guías de diagnóstico

Presentación

Este instrumento buscó recoger de primera mano la historia organizativa de las empresas solidarias de salud (aseguradoras del régimen subsidiado), por ser los cimientos de lo que hoy se constituye como GESTARSALUD. Se buscó con ello caracterizar la situación actual de los procesos organizativos de los **usuarios** afiliados a las mismas.

Esta historia reconstruida desde sus actores actuales va a permitir retomar aquello que signifique soporte a procesos que deben ser fortalecidos, redimensionados y proyectados hacia los espacios de decisión que ofrece la gestión pública de la salud. Estos espacios han carecido de una participación real, activa y con respaldo de una base social por parte de los usuarios.

Por lo tanto, el término **usuario** se utiliza aquí de forma amplia, refiriéndose al afiliado al régimen subsidiado. Esta condición es común a algunos asociados de las empresas solidarias de salud.

Al diligenciar este formato se tuvo en cuenta que las preguntas **no estaban orientadas al papel del asociado** a una empresa solidaria de salud y a las instancias de decisión propias de ésta, sino a los espacios de decisión propios de la gestión pública de la salud, tales como consejos territorial y nacional de seguridad social en salud, juntas directivas de hospitales, consejos de planeación, entre otros.

Se establecieron capítulos alrededor de los cuales se respondió una serie de interrogantes propios de esta historia, vivida por ustedes, sus protagonistas.

CAPITULO 1: INFORMACIÓN GENERAL

Objetivo: caracterizar la entidad garante del proceso de fortalecimiento del usuario y quién a su interior asume la responsabilidad directa de la información suministrada.

1. Empresa:
2. Regional o sede (que diligencia el formato):
3. Número de afiliados total:
4. Número afiliados de la regional o sede que diligencia el formato:
5. Cobertura geográfica total:
6. Cobertura geográfica regional o sede:
7. Nombre de quien diligencia el formato (bien sea de la nacional o de la sede regional):
8. Cargo:
9. Tiempo de vinculación a la empresa:
10. Responsable del trabajo con usuarios a nivel nacional:

11. Responsable del trabajo con usuarios a nivel de la sede o regional:

CAPITULO 2: HISTORIA

Objetivo: obtener una mirada retrospectiva de la historia y de la forma en que se ha asimilado el papel del usuario en el crecimiento de la entidad.

2. En qué municipio (s) tuvo origen la empresa, núcleo de la fusión, cesión o incorporación según el caso de la actual ESS:
 - 2.1 Empresas que hicieron parte de la fusión, cesión, incorporación, según el caso (Decreto 1804 de 1999):
 - 2.2 Enumere los municipios de origen de las empresas que hicieron parte de la fusión, cesión, incorporación, según el caso (Decreto 1804 de 1999):
 - 2.3 En el siguiente cuadro se enuncian las cinco etapas fundamentales por las que han pasado las ESS que hoy se agrupan en GESTARSALUD. En cada una de ellas, identifique lo que ha significado para el desarrollo organizativo y para el usuario cada una de las etapas descritas.

<p>ETAPA Registre para su caso específico la fecha correspondiente</p>	<p>¿Qué se ganó? (Beneficios, logros se obtuvieron)</p>	<p>¿Qué se perdió? (frustró)</p>	<p>¿A través de qué se ha dado la relación con el Estado en cada etapa?</p>	<p>¿Cómo ha involucrado la ESS al Usuario en cada una de estas etapas?</p>
<p>1. Inicio de la empresa impulsado desde el Estado (Min. de Salud - 1992-93-) Fecha: N.A.:</p>				
<p>2. Se les autoriza como ARS: Fecha N.A.:</p>				
<p>3. Se generan las asociaciones regionales y la Confesalud. Fecha: N.A.:</p>				
<p>4. Consolidación empresarial (fusión, cesión, incorporación, según el caso y lo ordenado en el Decreto 1804 de 1999. Fecha:</p>				
<p>5. Etapa actual (Empresas asociadas en GESTARSALUD). Fecha:</p>				

CAPÍTULO 3: POLÍTICAS Y PROYECTOS FRENTE A USUARIOS

Objetivo: conocer la posición política y técnica de la entidad frente al tema de los usuarios, sus proyecciones y planes al respecto.

3. ¿Existe en la política de la entidad un capítulo especial frente a los usuarios de la empresa?:

SI ___ NO ___

3.1 ¿En qué grado de cumplimiento está ese capítulo?:

en diseño ___, iniciado ___, en desarrollo ___, implementado ___ detenido ___.

Explique:

CAPÍTULO 4. ORGANIZACIONES DE USUARIOS

4.1 En los municipios donde tiene afiliados: ¿En cuáles tiene procesos organizativos de usuarios?

4.2 Cuenta su ESS con organizaciones de usuarios? SI ___ NO ___

Si la respuesta es SI, responda:

4.3 ¿Cómo se conformó o conformaron la (s) organización (es) de usuarios?

4.3 ¿Cómo opera la organización de usuarios?

4.3 ¿Qué logros ha tenido la asociación de usuarios?

4.6 ¿Qué dificultades ha tenido la asociación usuarios?

4.7 ¿Qué hechos (aspectos o circunstancias) han debilitado el desarrollo de la organización de los usuarios?

4.8 ¿Qué (aspectos o circunstancias) han protegido e impulsado el fortalecimiento de la organización de usuarios?

4.9 Si las organizaciones de usuarios se ubican en diferentes territorios, ¿existe una relación entre dichas organizaciones? Por ejemplo una estructura organizativa que los conecte, coordine, relacione? SI _____ NO _____

Explique:

4.10 La Asociación de Usuarios responde para el desarrollo de sus actividades a iniciativas:

- propias _____
- de la empresa _____
- propias y de la empresa _____

4.11 ¿Existe una relación entre la organización de usuarios de la ESS-ARS y las organizaciones de usuarios que existen en las IPS de diferentes niveles con quienes tiene contrato? SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI describa de qué tipo es la relación: Si la respuesta es NO explique por qué

4.12 De los siguientes espacios de decisión territoriales y del SGSSS, señale a cuáles se han tenido acceso las organizaciones de usuarios de su ESS-ARS?:

- Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud: municipal _____ departamental _____

- Consejo Territorial de Planeación: municipal _____ departamental _____.
- Juntas directivas de las empresas sociales del Estado: 1er. nivel _____ 2do. nivel _____ 3er nivel _____ 4to nivel _____.
- Otros _____ Cuáles _____

4.13 Describa la relación y comunicación entre delegados a estos espacios y la base social de la organización.

CAPÍTULO 5: CAPACITACIÓN A USUARIOS

Objetivo: conocer y compartir los esfuerzos alrededor de la capacitación a los Usuarios de su ARS, las metas trazadas al respecto, sus principales logros y limitaciones.

- 5.1 Existe un plan de capacitación para usuarios. SI _____ NO _____
- 5.2 El plan es general para todos los usuarios SI _____ NO _____ sólo para los pertenecientes a las asociaciones SI _____ NO _____ Planes diferentes para los organizados y no organizados SI _____ NO _____.
- 5.3 Qué objetivos busca dicho plan?

5.4 Frecuencia de la capacitación: Mensual _____ Semestral _____ Anual _____ Otro _____ Cuál _____

5.5 Principales temas de capacitación:

5.6 Principales logros:

5.7 Principales limitaciones:

CAPÍTULO 6: NORMATIVA

Objetivo: Revisar el nivel de cumplimiento de la normativa vigente frente a usuarios.

- 6.1 Revise atentamente el anexo (Normas Usuarios) y enuncie cuál de estas reglamentaciones ha cumplido su empresa y de que manera lo ha hecho.

- 6.2 Si considera necesario agregue un comentario sobre las razones que favorecieron su cumplimiento o lo impidieron.

CAPÍTULO 7: EL USUARIO DE LAS ESS ARS EN LOS ESPACIOS DE DECISIÓN

Objetivo: identificar la participación del usuario en los espacios de decisión de la gestión pública de la salud y en los espacios de decisión de la gestión interna de la ESS como ARS.

- 7.1 Qué grado de participación tiene el usuario en las decisiones de mejoramiento de gestión de la ESS:

Alto _____ Medio _____ Bajo _____ Nulo _____

- 7.2 Qué grado de participación tiene el usuario en las decisiones que sobre la operación del sistema se toma en el municipio donde tiene presencia la ESS.

- 7.3 Qué grado de participación tiene el usuario en las decisiones que sobre la operación del sistema se toma en el departamento donde tiene presencia la ESS.

CAPÍTULO 8: PARTICIPACIÓN INDIVIDUAL

Objetivo: mirar el nivel de participación del usuario individualmente y su incidencia en las decisiones sobre el mejoramiento de la calidad del servicio.

8.1 Describa brevemente de qué forma se reciben y tramitan las quejas

8.2 Se utiliza la queja para la toma de correctivos en la ESS? SI ____ NO ____ Ejemplo:

8.3 ¿Aplica la Asociación de Usuarios, encuestas de satisfacción del usuario? SI ____ NO ____ Ejemplo:

Si la respuesta es sí responda:

8.4 ¿Con qué frecuencia aplica la Asociación de Usuarios la encuesta de satisfacción del usuario?

8.5 ¿Qué aspectos positivos del servicio resaltan los usuarios en las encuestas de satisfacción del usuario?
