

ESTADO DE LAS EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

1.993 - 1.996

CESAR AUGUSTO GÓMEZ FONNEGRA. JORGE A. PACHECO CODINA.

LIGIA AMPARO TORRES ACEVEDO. JULIAN VARGAS JARAMILLO.

Estudiantes de Gerencia de la Salud Pública

ASESOR : JOSÉ MARÍA MAYA MD. MSP.

RESUMEN

Se describieron los procesos vividos por 13 de las Empresas Solidarias de Salud (E.S.S.) de Antioquia durante el período de 1.993 a 1996, con énfasis en: Identificación de la población objeto, fases de conformación (Gestión Sanitaria y Gestión Empresarial), determinación de la demanda, estructura administrativa y organizacional, servicios de salud y situación económica.

Todas cumplieron el diseño del Ministerio de Salud para conformarse y vienen prestando servicios a sus beneficiarios. Han mostrado importantes logros en Participación Comunitaria y en la estructuración del Régimen Subsidiado en Salud. Presentan limitaciones administrativas y organizacionales, carencias en sistemas de información y desactualización en sus estados contables.

Las E.S.S. son alternativa en Participación Comunitaria y autogestión de los municipios de Colombia en la Administración del Subsidio a la Demanda en Salud para la población más pobre y vulnerable, con particular énfasis en promoción y prevención buscando una nueva **cultura de la salud**.

Palabras claves : Empresas Solidarias de Salud, Régimen Subsidiado, Gestión Sanitaria, Gestión Empresarial, Participación Comunitaria, Subsidio a la Demanda.

SUMMARY

The processes lived by 13 of the Solidarity Health Companies (E:S:S:) of Antioquia

During the 1993-1996 period were described with emphasis on: identification of the population object, conformation phases (Sanitary Effort, Entrepreneurial Effort), determination of demand, administrative and organizational structure, health services and economic situation.

All companies fulfilled the Health Ministry design to be certified and come lending services to their beneficiary. Also have shown important achievements in Community Participation and in the setup of the Regime Subsidized in Health. These companies present administrative and organizational limitations and lack of information systems. Their countable states are outdated.

The E:S:S companies are alternative in Community Participation and auto effort of the municipalities of Colombia. This is applied by the Subsidy Administration of Health Demand for the poorest and vulnerable population. They have a particular emphasis in promotion and prevention to seek a new culture of health.

Keys words: Solidarity Health Companies, Subsidized Regime, Sanitary Effort, Entrepreneurial Effort, Community Participation, Subsidy of Demand.

INTRODUCCIÓN

El nuevo Régimen de Seguridad Social en Salud permitió la participación de las Empresas Solidarias de Salud (ESS) en la administración del Régimen Subsidiado (1), para que promuevan la autogestión y participación comunitaria en salud; en atención a lo ordenado por el mandato constitucional, donde se expresa que "los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad" (2). La Constitución Nacional afirma además que "el Estado protegerá y promoverá las formas asociativas y solidarias de propiedad"(3). y confirma que "La empresa, como base del desarrollo, tiene una función social que implica obligaciones. El Estado fortalecerá las organizaciones solidarias y estimulará el desarrollo empresarial"(4)

Las Empresas Solidarias de Salud vienen siendo conformadas en Colombia aún antes del surgimiento de la Ley 100 de 1.993, en muy diversas regiones del país. Entre ellas se encuentran algunas de las 14 Empresas de Antioquia que fueron objeto del presente estudio.

El Objetivo general de la investigación fue evaluar la conformación, funcionamiento y situación actual de las ESS del departamento de Antioquia durante el período comprendido entre 1993-1996.

En la actualidad por el reciente y lento desarrollo de la Ley, y específicamente en lo que respecta al Régimen Subsidiado, surge la necesidad de estudiar la conformación, implementación y viabilidad de las Empresas Solidarias de Salud como una alternativa para la administración de los recursos de dicho Régimen, y su permanencia dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud.

El trabajo realizado fue un estudio descriptivo acerca de la situación de las 14 Empresas Solidarias de Salud del Departamento de Antioquia, haciendo énfasis en el desarrollo del proceso de gestión sanitaria y empresarial (5), su estructura organizacional y financiera, al igual que en la cobertura alcanzada en afiliación y en prestación de servicios de salud que sirva como fuente de información para el mejoramiento de las Empresas Solidarias existentes y la elaboración de sugerencias que posibiliten la creación de nuevas Empresas.

El presente estudio servirá como material de referencia, para la evaluación de la capacidad de las Empresas Solidarias de Salud en la administración de los recursos del Régimen Subsidiado y de las posibilidades que vayan generando como fuerza competitiva del sector solidario, frente a las demás entidades públicas, privadas y mixtas que participan en la administración de dicho Régimen.

Además como documento de consulta para todos los interesados en el tema de Empresas Solidarias de Salud y como un punto de partida para futuras investigaciones que al respecto se quieran desarrollar.

1. MARCO TEÓRICO

La expresión, Seguridad, adquiere un significado trascendental en la búsqueda de la preservación del ser viviente. El ser humano desde épocas inmemoriales, mucho antes de que tuviera Códigos o Diccionarios, sabe que la seguridad es esencial para la conservación de su vida y con el correr del tiempo las dimensiones de vivienda, alimentación, trabajo, y abrigo le dieron mayor sentido y significación a la SEGURIDAD.

Con el advenimiento del capitalismo y el nacimiento de la industria se incrementaron las tasas de mortalidad para niños, madres y hombres trabajadores que sufrieron las consecuencias de carecer de Seguridad. A mediados del siglo XIX se sembró la cimiento de la Salud Pública y a finales del siglo nace con Otto Von Bismark la SEGURIDAD SOCIAL, atada a la productividad y dirigida específicamente a los trabajadores.

En el siglo XX se desarrolla y perfecciona lo relativo a los Derechos Humanos: El Derecho a la Vida, al trabajo, al pan, al techo, a la tierra, al vestido, al transporte, a la recreación, al derecho de opinar, de tener adscripción ideológica, de vivir en paz, y la certeza de tener garantías que

consoliden el pleno ejercicio de dichos derechos, unidos a la tolerancia y al respeto por los demás.

La Seguridad Social en América Latina se introduce en Argentina, Chile, Brasil y Uruguay, en el primer tercio del siglo XX, y luego se extendió a lo largo y ancho del continente.

A Colombia llega y se institucionaliza a mediados de la década de los cuarenta y casi cincuenta años después sus resultados son exigüos. El porcentaje de la población cubierto es bajo, privilegia a unos pocos y discrimina a los sectores de más bajos recursos económicos.

La Constitución de 1991 adopta a la Seguridad Social como una política de Estado, que permite a todos los individuos estar protegidos contra "todos" los riesgos durante su existencia, afianza los Derechos Humanos y declara que **la Seguridad Social es un servicio público obligatorio y un derecho ciudadano irrenunciable: Universal, Solidario y Eficiente. (6)**

La Constitución también ordena que la participación es un deber de todas las personas para procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. De manera que no se trata sólo de recibir un servicio, sino de una participación activa de los colombianos (2).

La Ley 100 de 1993 avanza de manera considerable en la búsqueda de la equidad y la justicia, la protección a los desposeídos, con servicios de calidad y eficiencia, que requieren de un cambio radical del anterior modelo. Para lograrlo se necesita de la vocación y voluntad política por parte del gobierno, así como del trabajo con entrega, con imaginación y con sentido de pertenencia por parte de los trabajadores del sector Salud, de la empresa privada y del sector de la economía solidaria y de todos los ciudadanos

En Colombia un poco más del 40% de la población, no esta protegida por la Seguridad Social, está en situación de pobreza absoluta y hacia ella deberían estar dirigidos los esfuerzos del 60% restante de los colombianos con espíritu de Solidaridad, para que la Universalidad sea realidad, para que la justicia social se alcance y se abran caminos de paz para los colombianos.

La Ley 100 contempla grandes cambios que radican en la ampliación de coberturas, con una meta del 100% para el año 2001, el mejoramiento de la calidad que se genera por la libre competencia, la transformación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y la nueva modalidad del subsidio a la demanda en vez del tradicional subsidio a la oferta.

Para lograrlo el Sistema General de Seguridad Social en Salud crea el Régimen Subsidiado.

REGLAMENTACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

El Régimen Subsidiado se reglamenta a través de:

- Los Artículos 211 al 217 de la Ley 100.
- El Decreto 1895 del 3 de agosto de 1.994.
- El Decreto 2491 del 8 de noviembre de 1.994.
- El decreto 2357 del 29 de diciembre de 1.995.
- Los Acuerdos Reglamentarios número 23, 28 y 32 expedidos por el CNSSS en 1.996.

DEFINICIÓN:

"El régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente Ley." (7)

"Crease el Régimen Subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este Régimen serán determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Este Régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990." (8).

BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN:

Inicialmente los beneficiarios del régimen subsidiado en el numeral 2 de el artículo 157 son la población mas pobre y vulnerable del área urbana y rural y dentro de este grupo tendrán particular importancia" las madres durante el embarazo, parto, postparto y periodo de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabezas de familia, los niños menores de 1 año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y los profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obras de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

Posteriormente, el decreto 1895 de agosto del año 1994 establece que aquellas personas que se encuentren clasificadas por el Sistema de Información para la Identificación de beneficiarios de subsidios SISBEN como pertenecientes a los niveles 1 y 2 de pobreza, serán los potenciales beneficiarios para acceder a los subsidios en salud. Este artículo le dió posibilidad transitoria para pertenecer al Régimen a aquellas personas que:

1. Residan en áreas definidas oficialmente por las autoridades municipales como de estrato 1 y 2, o como residentes en zonas rurales.
1. Personas cuya área de residencia no este clasificada por el municipio pero residen en municipios con categorías 5 y 6 según la ley 136 de 1994.
1. Personas localizadas geográficamente en municipios con NBI superior al 60% o que presenten concentraciones de más de diez mil (10.000) personas pobres.
1. Las madres comunitarias.

Los acuerdos 23 y 28 del año 1996 emanados del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud perfeccionan la reglamentación en este aspecto. El acuerdo 23 en los artículos tercero y cuarto define, que los mecanismos de identificación de beneficiarios se harán en los municipios categorías 1 a 4 mediante la aplicación del SISBEN y en los municipios categorías 5 y 6 a través de un listado censal lo mismo que para las comunidades indígenas. Una vez identificados los potenciales beneficiarios del subsidio a la demanda la dirección territorial correspondiente procederá a establecer el número de beneficiarios que podrán afiliarse al SGSSS de acuerdo con los recursos disponibles en la vigencia fiscal correspondiente.

Determinado el número de subsidios que se pueden otorgar la Dirección procederá a identificar a los beneficiarios a quienes se les subsidiará la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S), en los términos del presente acuerdo, dando prelación a la población **Materno Infantil, los residentes en áreas rurales y los indígenas**.(.9).

Para efectos de la identificación de los beneficiarios con derecho preferencial de que trata el inciso anterior, se dará prioridad a la población materno infantil y los residentes en áreas rurales clasificados en el nivel I del SISBEN.

Finalmente el Acuerdo Número 32 del 23 de mayo de 1.996 hace alusión a disposiciones sobre la distribución, asignación, administración y utilización de los recursos del Régimen Subsidiado, para la vigencia de 1.996, y se determinan criterios adicionales para la selección de beneficiarios del mismo.

[Regresar a la Página Principal](#)

ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN:

El Art. 20 del Decreto 1895 del 3 de agosto de 1.994 dice:

" Podrán administrar los recursos del Régimen Subsidiado en salud, aquellas entidades que cumplan con los requisitos que se enuncian a continuación y que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

1. Empresas Solidarias de Salud: Una Empresa Solidaria de Salud es una entidad promotora de salud-EPS.de carácter solidario, que afilia beneficiarios del Régimen Subsidiado con el objetivo de facilitar su acceso a los servicios contenidos en el POS-S. En desarrollo del mandato contenido en el Art. 333 de la Constitución Política y de conformidad con lo establecido en el Decreto Ley 1298 de 1994, los recursos del Régimen Subsidiado serán administrados preferencialmente por las ESS que se constituyan para tal efecto.

2. Cajas de Compensación Familiar: Las Cajas de Compensación Familiar que organicen un programa especial para la administración del Regimen Subsidiado con los recursos propios o con los recursos adicionales de origen fiscal recibidos de los departamentos, distritos, municipios, mediante contratación del Régimen Subsidiado en una determinada área.

3. Empresas Promotoras de Salud: Las EPS organizadas para administrar el Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud y que adicionalmente organicen programas especiales de gestión del Régimen Subsidiado mediante contratos con los departamentos, distritos y municipios.

El Decreto 2491 del 8 de noviembre de 1.994. reglamentó parcialmente el Régimen Subsidiado dándole potestad transitoria a los entes territoriales para convertirse en Administradoras del Subsidio a través de la creación de EPS Públicas de carácter Departamental o Municipal. Dicha transitoriedad se extendía, según el decreto en mención, hasta el 31 de diciembre de 1.995.

El 29 de diciembre de 1995 el Gobierno Nacional expide el Decreto 2357, que complementa la reglamentación y termina definitivamente con la transitoriedad delegada por el 2491 en las Administraciones Departamentales y Municipales, limitando la competencia de estas hasta el 30 de junio de 1996, fecha en la cual en todo el país, deberían asumir la Administración del Régimen los tres tipos diferentes de ARS (Administradoras del Régimen Subsidiado), claramente identificadas y habilitadas por el nuevo Decreto para tal fin. Estas son:

- EPS de carácter público, privado y mixto,
- Las Cajas de Compensación Familiar que se habiliten para ello y
- Las Empresas Solidarias de Salud (10)

PARTICIPACIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Las Cajas de Compensación Familiar podrán administrar directamente, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto, los recursos del Régimen Subsidiado de que trata el artículo 217 de la Ley 100. Las Cajas que administren directamente estos recursos constituirán una cuenta independiente del resto de sus rentas y bienes. Las Cajas de Compensación Familiar que no cumplan con los requisitos definidos en la reglamentación, deberán girar los recursos del subsidios a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía." (10).

DIRECCIÓN DEL RÉGIMEN:

La Dirección del Régimen Subsidiado está a cargo, como todo el SGSSS del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud(CNSSS) a nivel nacional y en el

ámbito departamental y municipal está a cargo de las Direcciones Seccionales y Locales de Salud.

El capítulo IV del Título I del Libro II de la Ley 100 es el punto de partida en lo que respecta a la Dirección del Sistema. Allí, en el artículo 174, especifica "El SGSSS que crea esta Ley, amplía la órbita de competencia de los sistemas de dirección en salud de los departamentos, distritos y municipios para garantizar la función social del estado en la adecuada prestación y ampliación de coberturas de los servicios de salud. Las direcciones de salud en los entes territoriales organizarán, de acuerdo con las disposiciones de la presente ley, el sistema de subsidios a la población más pobre y vulnerable, realizando contratos para la atención de los afiliados en salud con las E.P.S. que funcionen en su territorio y promoviendo la creación de las Empresas Solidarias de Salud."

Entre las funciones que vale la pena destacar asignadas a los entes de dirección del Régimen, durante el proceso de creación de las ESS, están las señaladas en el Decreto 1895/ 94 en su artículo 28, a saber:

- Fomentar la creación de las ESS y de las demás administradoras de los subsidios, para garantizar la cobertura creciente del Régimen.
- Contratar prioritariamente con las ESS con el fin de garantizar la Administración de los subsidios.

Según lo enunciado por el literal a. del artículo 4 del Decreto 2357/95, son funciones de los Departamentos, Distritos y Municipios dirigir el Régimen Subsidiado, de conformidad con las normas y orientaciones expedidas por el Gobierno, el CNSSS y el Ministerio de Salud.

Ellos además deben, adoptar y adecuar políticas de ampliación de coberturas, dimensionar la capacidad de afiliación al Régimen Subsidiado.

Ordena además el literal d. del art. 4 del Decreto arriba mencionado que los Departamentos, deben concurrir, bajo el principio de subsidiariedad, con los Distritos y Municipios, en la gestión del Régimen, sin exceder sus límites y en procura de fortalecer la autonomía local...

Son obligaciones de los entes de dirección, crear el Fondo Local de Salud correspondiente y la Subcuenta Especial del Régimen Subsidiado y crear una base de datos con todos los beneficiarios del Régimen en su territorio.

Finalmente el literal L del artículo 4 del Decreto 2357/95 ordena a las Direcciones de Salud, crear el Consejo Territorial de Seguridad en Salud (CTSSS).

El Acuerdo 25 del CNSSS, expedido el 4 de enero de 1.996, reglamenta las funciones del CTSSS en su artículo 5º que son fundamentalmente de asesoría a la Dirección Seccional de Salud y entre ellas vale la pena destacar la número 7 que les ordena "velar por la participación comunitaria estimulando la conformación de asociaciones de usuarios y comités de participación que hagan congruente la política nacional a nivel territorial" y la número 8 que los llama a "Velar por la constitución de ESS cuando estén dadas las condiciones para su funcionamiento

PLAN DE BENEFICIOS

Los contenidos vigentes actualmente como Plan de Beneficios para los beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud son los que aparecen en el Artículo 15 del acuerdo 23 de Enero de 1.996 y refrendados en la Circular externa # 007 del 17 de Marzo de 1.996 emanada de la Superintendencia Nacional de Salud en su anexo 1.

Aquí vale la pena destacar que la gradualidad planteada inicialmente por el Ministerio de Salud del Plan de Beneficios para el Régimen Subsidiado, presenta para el año 1.996, la inclusión de los Servicios para las Enfermedades ruinosas o catastróficas o de Alto costo, mediante la constitución por parte de las Administradoras del Régimen, de un Reaseguro para dichos eventos.

En síntesis el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) incluye las siguientes acciones:

Acciones de Promoción y educación.

- Acciones de prevención de la enfermedad y protección específica.
- Acciones de recuperación de la Salud, atención ambulatoria del primer nivel
- Atención hospitalaria de menor complejidad.
 - Atención de recuperación ambulatoria de la salud en el segundo nivel de atención (consulta especializada de la gestante con riesgo y del menor de un año y atención de oftalmología y optometría para menores de 19 años y mayores de 60 años)
 - Atención hospitalaria de mayor complejidad para el grupo PAMI (Programa Materno Infantil)
- Atención de las enfermedades de alto costo y unidad de cuidados intensivos.

[Regresar a la Página Principal](#)

RECURSOS DEL RÉGIMEN

El Régimen Subsidiado obtiene su financiación de los siguientes recursos:

- 15 puntos de que trata el numeral 2 del artículo 22 de la Ley 60 de 1.993, que son de forzosa inversión en subsidio a la demanda de servicios de salud.
- Los recursos propios y aquellos provenientes de ECOSALUD que los departamentos y municipios destinen a los subsidios en salud.
- Los recursos del situado fiscal y de las rentas cedidas a los departamentos que se requieren para financiar al menos los servicios del Segundo y Tercer Nivel del Plan de Salud de los afiliados al Régimen Subsidiado
- Los recursos para subsidios del Fondo de Solidaridad y Garantías descritos en el artículo 221 de la Ley 100.
- El 15% de las transferencias que a partir de 1.997 que reciban los municipios, distritos y departamentos como participaciones y transferencias por concepto del impuesto de renta sobre la producción de la industria petrolera causada en la zona de Cusiana y Cupiagua.(16)

RECURSOS DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN:

"Las Cajas de Compensación Familiar destinarán el 5% de los recaudos del subsidio familiar que administran, para financiar el régimen de subsidios en salud, salvo aquellas Cajas que obtengan un cuociente superior al 100% del recaudo del subsidio familiar del respectivo año, las cuales tendrán que destinar un 10%. La aplicación de este cuociente, para todos sus efectos, se hará de acuerdo con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 49 de 1990, y a partir del 15 de febrero de cada año.

RECURSOS DEL FOSYGA

El Fondo de Solidaridad y Garantías está reglamentado por los artículos 218 al 224 de la Ley 100.

El FOSYGA tiene las siguientes subcuentas que se manejan de forma independiente cada una, de conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política y con destinación específica consagradas por el artículo 219 de la Ley 100:

Subcuenta de compensación interna del régimen contributivo.

- De solidaridad del régimen subsidiado.
- De promoción de la salud.
- De seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

Cada una de estas subcuentas se maneja a través de una fiducia de acuerdo con el artículo cuarto del Decreto 1283 del 23 de julio de 1.996.

El capítulo tercero del citado decreto reglamenta la subcuenta de solidaridad. El artículo 22 de este decreto se refiere a los recursos de esta subcuenta conformada de la siguiente manera:

1. Un punto de la cotización de la solidaridad del régimen contributivo.
2. El porcentaje de los recursos recaudados por concepto del subsidio familiar que administra las Cajas de Compensación Familiar.
3. Aportes del presupuesto nacional en los términos establecidos por el literal C. del artículo 221 de la Ley 100.
4. Los rendimientos financieros de los recursos anteriormente citados.
5. Recursos de impuestos de remesas de utilidades de Empresas Petroleras correspondientes de la producción de la zona de Cusiana y Cupiagua.
6. Multas del artículo que trata la Ley 100 de 1993.
7. Impuesto social a las armas para financiar eventos de trauma mayor ocasionados por violencia de la población afiliada al régimen subsidiado en los eventos no cubiertos por el POS-S y de aquella vinculada al sistema.

Posteriormente aparece el Acuerdo número 28 del CNSSS. que fija los criterios y procedimientos de distribución de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), con el objeto de garantizar la afiliación al SGSSS a la población más pobre y vulnerable, de conformidad con lo establecido por la Ley 100, el Decreto 2357 y el Acuerdo 23 del CNSSS.

Allí aparecen discriminadas, en varias columnas, municipio a municipio las participaciones de estos, en los ingresos corrientes de la nación (ICN) de destinación exclusiva para el Régimen Subsidiado; la cofinanciación por el FOSYGA y el número de personas a afiliar con la sumatoria de estos dos recursos. Así mismo indica, en otra columna, los recursos invertidos por el esfuerzo propio de los municipios para destinar las transferencias municipales, diferentes a los de forzosa inversión, a la financiación del Régimen y la Cofinanciación FOSYGA, de Acuerdo con este esfuerzo. (Estos últimos se han denominado FOSYGA 2).

Se determina por ejemplo que los recursos del FOSYGA 2 concurrirán a la financiación del subsidio a la demanda en salud, "siempre y cuando el municipio programe y ejecute, como mínimo, la totalidad de los 15 puntos correspondientes al subsidio a la demanda" asignados por la Ley 60 de 1.993.

Esta cofinanciación por el FOSYGA, será proporcional al esfuerzo de cada municipio.(11).

Vale la pena destacar que el Acuerdo 32, autoriza a las Direcciones Seccionales de Salud, previo concepto del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, a redistribuir entre los municipios de más bajas coberturas, los recursos procedentes de la cofinanciación FOSYGA, destinados inicialmente a municipios que hayan alcanzado a cubrir la totalidad de los

beneficiarios del Régimen Subsidiado de los Niveles 1 y 2 de pobreza del SISBEN, con los recursos de los I.C.N., recursos de las Cajas de Compensación y el FOSYGA 1.(12). En Antioquia estos recursos se distribuyeron en aquellos municipios con coberturas del 30 % o menos en afiliación al Régimen Subsidiado. (13).

CONTRIBUCIONES DE LOS AFILIADOS

Según lo establecido en el artículo 19 del Acuerdo 23/1996, los beneficiarios del Régimen Subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos y cuotas moderadoras fijadas con base en las tarifas establecidas para el Régimen Subsidiado y de acuerdo con los niveles y categorías fijadas por el SISBEN así:

- En casos de indigencia y comunidades indígenas las atenciones serán gratuitas y no pagaran copagos ni cuotas moderadoras.
- Para los niveles 1 y 2 del SISBEN el copago máximo es del 5% del valor total de la atención, con un tope máximo a pagar por atención de un mismo evento de un salario mínimo mensual legal vigente.
- Este ultimo criterio fue modificado en el Artículo 11 Acuerdo No 30 del CNSSS, de la siguiente manera:
- Para el nivel 1, el copago será del 5% del valor de los servicios, pero este, no debe superar el 25% de un SMMLV por evento y el 50% por año.
- Para el nivel 2, el copago será de un 10% del valor de los servicios, sin superar el 50% de un SMMLV por evento y un SMMLV por año.

DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS (UPC-S)

Según lo enunciado en el artículo 17 del acuerdo 23 del CNSSS de 1996, los recursos del Régimen Subsidiado se distribuyen a los beneficiarios a través de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S) que para el año de 1996 tiene un valor de \$ 89.625.00.

Es importante aclarar que la UPC-S tuvo un valor histórico equivalente al 50% de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) ,es decir, de \$ 60.500 para 1.995, pues el Plan de Beneficios de ese entonces en el Subsidiado, era exactamente la mitad del Plan del Régimen Contributivo. (Sin incluir las acciones de Alto Costo).

En atención a circunstancias de orden socioeconómico, que hacen más gravosa la prestación del servicio en los departamentos del Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y Meta y la Región de Urabá tuvieron un incremento del 25% sobre la UPC-S vigente para 1995 (según los Acuerdos 23 y 26 de 1.996). Con la expedición del Acuerdo 35 del 17 de septiembre de 1996 del CNSSS, este incremento fue del 33% sobre la UPC-S de 1995. (14).

El artículo 18 del Acuerdo 23 establece valores diferenciales de la UPC-S por grupos etáreos y géneros de la siguiente manera:

DISTRIBUCIÓN DE LA UPC-S SEGÚN GRUPOS ETÁREOS

GRUPO ETAREO	ESCALA DIFERENCIAL	VALOR REAL-96
Menores de 1 año	1.61 UPC-S	\$ 144.299.80

Mujeres de 15 a 44 años	1.57 UPC-S	\$ 140.753.00
Otros Grupos	0.83 UPC-S	\$ 74.369.70

Fuente: Acuerdo 23 del CNSSS.

[Regresar a la Página Principal](#)

La U.P.C-S tiene una destinación proporcional para cada una de las acciones contempladas en el Plan de Beneficios para el Régimen Subsidiado, de acuerdo con criterios técnicos definidos por el Ministerio de Salud. Dicha distribución se relaciona en el cuadro que se anexa a continuación.

VALOR Y PORCENTAJE DE LA UPC-S POR SERVICIOS

DURANTE 1996SERVICIOS	VALOR AÑO (1996)	PORCENTAJE
Educación y promoción en salud	3975.76	4.4
Protección específica en salud	4905.47	5.5
Atención Ambulatoria y. recuperación en salud	7238.11	8.0
Consultas especializadas segundo y tercer nivel	249.75	0.3
Atención Hospitalaria primer nivel	8678.09	9.7
Atención Hospitalaria, parto y < de un año segundo nivel	4656	5.2
Salud oral	13340.98	14.9
Medicamentos esenciales	11623.77	13.0
Imágenes diagnósticas	1273.87	1.4
Laboratorio	4039.1	0.5
Gastos de remisión pacientes	2140.24	2.4
Alto costo	17.327.5	19.3
Administración	10.175.43	11.4
TOTAL POS-S	89.625.00	100

Fuente: POS-S Ministerio de Salud 1995 ajustado a 1996

LAS EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD

Las Empresas Solidarias de Salud (ESS), son Empresas Promotoras de Salud (EPS) de carácter solidario que afilian a los beneficiarios del Régimen Subsidiado con el objetivo de facilitar su acceso a los servicios del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado que reglamenta el Decreto 1895 del 3 de Agosto de 1.994, el decreto 2357 de Dic./29 de 1.995 y los Acuerdos 23, 28 y 32 emanados por el C.N.S.S.S. en 1.996 fundamentalmente.

El Programa de Empresas Solidarias de Salud tiene su origen en el Documento CONPES Social # 1 de 1.993 expedido por el gobierno Nacional con el fin de "poner en marcha una nueva modalidad de subsidio a la demanda, para ampliar los servicios de salud a la población más pobre y vulnerable del país"(17).

En dicho documento, se formula la filosofía general del programa y se adopta una estrategia financiera y operativa del mismo.

Entre las recomendaciones presentadas por el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación y acogidas por el CONPES, se encuentran la constitución de una fiducia con los

recursos asignados al programa que garantizará la agilidad de los pagos en todo el país, y la conformación de un equipo de gerencia, adscrito al despacho del señor Ministro que se encargó de formular el marco conceptual y operativo del programa.

Le correspondió al equipo de la gerencia nacional diseñar los instrumentos jurídicos, técnicos y administrativos que garantizaron la operación del programa, sin contrariar los preceptos reguladores del Régimen Subsidiado, establecidos por la ley 100, que por la misma época, Diciembre de 1993, fue sancionada por el Presidente de la República. (18)

Con el esquema de financiación establecido en el documento CONPES, a Diciembre de 1994, el Ministerio de Salud celebró un total de 171 convenios con un número equivalente de municipios, para beneficiar a 294.969 familias, equivalentes a 1.474.845 personas. Para ello el Ministerio aportó \$ 36.552.650.000.00 representados en subsidios a la demanda y \$ 12.195.982.210,67 representados en asistencia técnica, para la capacitación en gestión sanitaria y empresarial de las comunidades beneficiarias del Programa. Por su parte, los entes territoriales concurren con \$ 8.867.623.354 como contrapartida para cofinanciar la asignación del subsidio. (19)

Actualmente de los 171 proyectos, hay 152 consolidados definitivamente y con la certificación de la Superintendencia Nacional de Salud para ser administradoras del Régimen Subsidiado

La ley de Seguridad Social, ley 100 de 1993 que reforma el Sistema de Salud en Colombia, tiene entre otros propósitos, resolver problemas de inequidad en el acceso a los servicios y mejorar la calidad en la prestación de los mismos; enfrentar la desarticulación entre las diferentes instituciones del sector. (la inadecuada coordinación y complementariedad y la debilidad de la estructura organizacional y administrativa.

La inequidad en el acceso, originada en la baja cobertura de los servicios es quizás una de las más críticas. Este es uno de los ejes sobre los cuales se levanta la nueva ley: garantizar el acceso a la asistencia en salud a los más desfavorecidos. Este grupo, el 30% de la población, está calculado entre 10 y 12 millones de Colombianos. El Programa de ESS, a través de la focalización del gasto público, busca cubrir a la población ubicada "En los estratos uno y dos de las grandes ciudades, municipios con índices de NBI superiores al 60%, concentraciones poblacionales de más de 10.000 pobres y comunidades indígenas cuando su cultura y organización lo permitan (20).

Este propósito desarrollaría el postulado de la universalidad, que se inscribe en la meta Salud para Todos en el año 2000.

Las ESS son uno de los mecanismos de la Ley para manejar el subsidio con los cuales el Estado favorecerá el acceso al Sistema de Salud de los más pobres. Este mecanismo se conoce como Subsidio a la Demanda.

El subsidio a la demanda en salud debe beneficiar a toda persona cuyos ingresos no superen un salario mínimo legal vigente y no se encuentre afiliada a ningún sistema de seguridad social público o privado.

La ESS se constituye como una organización solidaria que afilia a grupos de familia de escasos recursos económicos, previamente seleccionados por el municipio, beneficiarios del subsidio a la demanda, que se unen para participar activamente en la solución de su problemática en salud, en la organización, administración y prestación de los servicios de salud y a mejorar su calidad de vida.

Los recursos de las ESS provienen de tres fuentes:

- Transferencias del situado fiscal de la nación según lo provisto en las leyes 60 y 100 de 1993.

- Recursos de las entidades territoriales; y
- Aportes de los afiliados, según su capacidad de pago.

La meta para las ESS en diez años, es contribuir al logro de afiliación de los 12.500.000 colombianos, que actualmente no tienen acceso a los servicios de salud, los cuales aspira a cubrir el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los objetivos trazados para las ESS son:

1. Ampliar la cobertura de los servicios de salud a los más pobres a través de la administración, orientación y ejecución del subsidio a la demanda de sus afiliados, de acuerdo a sus necesidades en salud.
1. Mejorar la Salud de la población más pobre a través de la oferta del paquete básico de servicios de salud, contenido en el POS-S mediante la ejecución de acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Las ESS tienen como **estrategias**:

- La puesta en marcha del subsidio a la demanda, asegurando la asignación directa de los recursos a los beneficiarios.
- Organizar y promover la participación comunitaria de los afiliados esto es, de los beneficiarios del subsidio a la demanda y de aquellos que sin ser beneficiarios del Subsidio a la demanda se afilien a esta para obtener servicios de salud.
- Organizar la prestación de los servicios para sus afiliados ya sea contratando entidades públicas, privadas o prestándolos directamente.
- Impulsar una cultura de la salud que supere el enfoque curativo de la atención y estimular procesos preventivos y de promoción de la salud, fundados en el autocuidado y autocontrol, en desarrollo del principio constitucional de que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.
- Ofrecer un paquete o plan de servicios, Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), a sus afiliados que garantiza servicios de salud en el Primer Nivel de atención para toda la población, Segundo y Tercer Nivel para la población materno Infantil (PAMI) y el Cuarto Nivel a través de un reaseguramiento para todos los afiliados según lo establecido en el Decreto 2357 de Dic. 1995 y el Acuerdo 23 de Enero 1996.

Los **aspectos novedosos** al interior de las ESS radican en que constituyen una propuesta de largo alcance tanto por las metas de cobertura y accesibilidad en salud que se proponen, como por las estrategias que incorporan a su gestión. Dichas novedades son :

- **El Subsidio a la demanda:**

[Regresar a la Página Principal](#)

Cuando el sistema de seguridad social entrega recursos a los más pobres, para que estos los manejen a través de la organización comunitaria, solidaria y sin ánimo de lucro. de carácter empresarial, con el fin de mejorar su acceso a los servicios de salud y contribuir a mejorar su calidad de vida.. Esta propuesta cuestiona la tradicional entrega de recursos del Estado a los prestadores de servicios de Salud (Hospitales, Centros de Salud) que, en sí misma, no se traduce en eficiencia y adecuado uso de los recursos.

- **Modelo preventivo**

El modelo de salud se plantea como más preventivo, generador de salud y bienestar que supere el tradicional y costoso enfoque de atención a la enfermedad.

- **Participación comunitaria:**

La Participación comunitaria es "una estrategia que busca la intervención directa de las personas, a través de organización en formulación de programas y respuestas a sus necesidades en salud."... "La ESS aspira a una participación amplia, libre y democrática de sus afiliados en la toma de decisiones en la cual la solidaridad, el mutualismo y la autogestión son los principios fundamentales"(21).

Las ESS pueden calificarse como un proyecto de amplia movilización social de los más pobres alrededor de la prestación de los servicios de salud en la dirección de la consolidación de un modelo de " Cultura de la Salud".

- **La Familia espacio privilegiado de la intervención en Salud**

"La Familia es la unidad básica tanto para la convivencia como para el ejercicio de la democracia, como para potenciar procesos de bienestar o de malestar y enfermedad de sus miembros. En el primer sentido, aspira a desarrollar elementos que fortalezcan el respeto a la vida, el medio ambiente y el diálogo a fin de coadyuvar a la formación de ciudadanía ; en el segundo sentido vincula activamente al grupo al autocuidado en salud y a la prevención de la enfermedad. El POS-S comprende un conjunto de intervenciones familiares de carácter domiciliario"(22).

- **Gestión empresarial:**

"Los recursos presupuestales destinados al subsidio a la demanda en salud se consideran como inversión social. En tal sentido, su manejo eficiente y su capitalización 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" (23).

- **Vínculos con las Organizaciones no Gubernamentales (O.N.G.)**

Las ONGs., en su nuevo rol de complementación de la gestión social del Estado, tienen un papel activo en la constitución de las ESS. Son acompañantes y orientadoras de los procesos educativos y organizativos de gestación y consolidación del proceso de constitución de ESS.

Legalmente **las Empresas Solidarias de Salud se constituyen como personas jurídicas de carácter solidario, sin ánimo de lucro y de derecho privado, de origen y con participación comunitaria, creadas con el fin específico de administrar los subsidios en salud de acuerdo con las normas fijadas por el Gobierno Nacional.**(24).

Las funciones de las Empresas Solidarias de Salud se definen en el artículo 24 del Decreto 1895 de 1.994, ellas son:

- Cooperar con los entes territoriales en el proceso de clasificación socioeconómica e identificación de beneficiarios de los subsidios
- Fomentar y promover el proceso de afiliación de la población más pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado.
- Aplicar las tarifas fijadas para la contribución de los afiliados al Régimen Subsidiado de conformidad con las normas, y recaudar dichas contribuciones.
- Administrar los recursos del Régimen Subsidiado de conformidad con las reglas contenidas en el artículo 25 del decreto 1895/ agosto de 1.994.("A través de uno o

varios encargos Fiduciarios contratados con entidades financieras, cuentas con destinación específica garantizadas con pólizas de manejo").

- Recibir en comodato o en cualquier otro título legal la infraestructura pública que se les entregue para la administración y prestación de los servicios del Régimen Subsidiado.
- Organizar la red de servicios para la atención de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.
- Celebrar los contratos o convenios que sean necesarios para garantizarle a los beneficiarios que serán remitidos a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) que puedan proveer en forma adecuada los servicios que forman parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (-POS-S-), y que no puedan ser prestados por la entidad administradora del subsidio.
- Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de los beneficiarios, que incluyan la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el tratamiento y rehabilitación, dentro de los parámetros de calidad básica y costo mínimo.(25).

El Decreto 2357 del 29 de dic. de 1.993 establece en el Capítulo II, artículo 6 "Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado. Las Empresas Solidarias de Salud estarán autorizadas para afiliar a los beneficiarios del régimen subsidiado, con el objetivo de garantizar la prestación del POS-S, cuando acrediten ante la Superintendencia Nacional de Salud un patrimonio equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes por cada cinco mil afiliados. Este patrimonio podrá estar compuesto por los aportes de los asociados, las donaciones, y los excedentes que logre capitalizar.

PARAGRAFO 1 La Superintendencia Nacional de salud podrá revocar la autorización, además de los eventos señalados en la Ley, cuando la entidad no acredite dentro de los plazos que este organismo lo señale:

1. Un número mínimo de 5.000 afiliados a la fecha de suscripción del contrato o contratos de administración de subsidios y cincuenta mil al finalizar el tercer año.
1. Un margen de solvencia equivalente al 40% del valor mensual de la UPC-Subsidiada."

Para cumplir con los requisitos de afiliación, garantizar los servicios del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, alcanzar el número mínimo de afiliados que se les exige en el primero, y tercer año de funcionamiento, el patrimonio mínimo y el margen de solvencia económica; las Empresas Solidarias de Salud podrán asociarse a otras E.S.S. o buscar la asociación con otras EPS y Cajas de Compensación Familiar debidamente autorizadas para actuar como Administradoras del Régimen Subsidiado, de tal manera que sean responsables por la adecuada administración del riesgo y para fortalecer su capacidad financiera y administrativa. esto aparece reglamentado por el artículo 11 del Decreto 2357 de 1.995(26).

La Ley 100 que reglamenta el Sistema de Seguridad Social en Salud, define que los recursos del Régimen Subsidiado serán administrados preferencialmente por las Empresas Solidarias de Salud que se constituyan para tal efecto.(1).

Este concepto es refrendado por el Decreto 2357 en su artículo 13 cuando establece las reglas del concurso para las A.R.S. por parte de las Direcciones Territoriales.

Igualmente el literal 2 del artículo 10 Acuerdo 23 de 1.996 establece en lo que atañe a la Selección de la entidad administradora que "El beneficiario tendrá un mes contado a partir de la fecha de comunicación de la Dirección para elegir la entidad administradora de su preferencia e inscribirse ante ella. En caso de que no lo haga la Dirección de Salud, lo afiliará a aquella de su

elección, respetando el principio de preferencia contenido en el numeral 1 del artículo 216 de la Ley 100."

Así mismo el literal 2 del artículo 6 del Acuerdo 28 de marzo de 1.996, ampliando el plazo para la inscripción, dice "El beneficiario tendrá dos meses contados a partir de la fecha de comunicación de la Dirección para elegir la entidad administradora de su preferencia e inscribirse ante ella. En caso de que no lo haga, la Dirección de salud, lo afiliará a aquella de su elección, respetando el principio de preferencia contenido en el numeral 1 del artículo 216 de la Ley 100."

Finalmente, el artículo 11 del Acuerdo 32 del 23 de mayo de 1.996 establece la prelación para la asignación del subsidio en los siguientes términos: "Los afiliados a las ESS, clasificados según el SISBEN en los niveles 1 y 2 y los de más bajo puntaje dentro de estas categorías, tendrán la primera prelación para la asignación del subsidio. En la afiliación debe incorporarse a todos los miembros del grupo familiar."

Este artículo 11 continúa diciendo: "Todos los afiliados a una ESS, a 31 de diciembre de 1.995, que cumplan con los requisitos para ser beneficiarios del Régimen Subsidiado, se consideran como pertenecientes a ella, salvo que en ejercicio del derecho de libre escogencia, cambien de administradora antes del 30 de junio de 1.996, fecha después de la cual deberán permanecer como mínimo un año con la ESS."

[Regresar a la Página Principal](#)

PROCESO DE CONFORMACIÓN

Para la implementación y desarrollo de la ESS., las comunidades organizadas de los municipios donde tienen asiento estas empresas, han tenido que pasar o están pasando por el siguiente proceso:

- En un **primer momento o fase previa** hay una inscripción del proyecto de ESS por parte del Alcalde y el compromiso de financiación y cofinanciación, a través de un Convenio Interadministrativo celebrado entre el ente municipal y el Ministerio de Salud.
- **Una segunda fase** es la preparación y diseño durante la cual se lleva a cabo la contratación por parte del Ministerio de la asistencia técnica en gestión sanitaria y empresarial. Los contratos para tales fines se realizan con una entidad no gubernamental (ONG) con experiencia en el campo y tienen por objeto y responsabilidad, acompañar el proceso de organización y capacitación comunitaria (**Gestión Sanitaria**) y por otra parte adelantar los estudios necesarios para la consolidación de la Empresa (**Gestión Empresarial**)
- **La tercera fase** de creación de la ESS o fase de organización comunitaria y empresarial consiste en la consolidación de actividades de capacitación grupal y familiar, mediante la gestión sanitaria, la cual se inicia una vez que se lleve a cabo el proceso de selección de las familias beneficiarias del subsidio en salud, y termina con la realización de la primera asamblea de delegatarios para la elección de la Junta Directiva de la ESS.
- **La cuarta fase** es la puesta en marcha de las actividades propias de la Empresa orientadas a la administración de los recursos y a la contratación de la prestación de los servicios de salud.

Durante la **Gestión Sanitaria** se pretende lograr motivar e impulsar en las comunidades una dinámica organizacional que conduzca a la conformación de la ESS. e inducir un proceso de modificación y refuerzo de las actitudes y comportamientos de la población beneficiaria hacia un modelo de salud preventivo.

Las acciones que se desarrollan durante esta fase son entre otras:

- Contactar a las autoridades locales, Alcalde Municipal, Director Local de Salud, organizaciones comunitarias para determinar los mecanismos de selección de beneficiarios. A partir de 1.994 se reglamentó la selección mediante el Sistema de Información para la Identificación de Beneficiarios (SISBEN).
- Contactar, informar y motivar a las familias para iniciar el proceso de participación comunitaria.
- Seleccionar Agentes Educativos, uno por cada 200 familias con origen y arraigo comunitario.
- Formar los Agentes Educativos en los contenidos y metodología de capacitación y participación comunitaria, subsidio a la demanda en salud, deberes y derechos en salud, gestión en salud, promoción y prevención de las enfermedades más frecuentes en el área, de acuerdo con el perfil epidemiológico
- Integrar grupos de base por cada 20 familias.
- Motivar y capacitar estos grupos en los principios de solidaridad, participación, sentido de pertenencia y apoyo mutuo como principios fundamentales para la conformación de la ESS.
- Capacitar a las familias en conocimientos y actitudes que favorezcan la promoción y la prevención de las enfermedades más frecuentes en sus comunidades de origen y en la identificación de riesgos y relaciones de beneficio individual y colectivo entre lo preventivo y lo curativo.
- Capacitar un representante por cada 20 familias en técnicas de trabajo en grupo, gestión socio-empresarial y cooperativismo.
- Elaborar con los representantes familiares el diagnóstico de salud de la comunidad.
- Durante este proceso los Agentes Educativos y los grupos familiares, reciben material educativo de apoyo y se diligencia un Tarjeta Familiar en la cual se consigna información de la composición de la misma, sus condiciones de salud y el saneamiento de la vivienda.

Gestión Empresarial:

Antes de la finalización del proceso de Gestión Sanitaria, deberá estar contratada otra Entidad no Gubernamental que realizará la asistencia técnica en el área socio-empresarial y comunitaria de la salud.

Durante esta etapa se realizan actividades tan importantes como el estudio del mercado, el diseño técnico de la Empresa y el estudio de viabilidad económica (27).

Para la **Constitución Jurídica** se llevan a cabo los siguientes pasos:

- Elaboración de un Acta de Intención firmada por parte de los representantes familiares para constituir la ESS.
- Proceso de capacitación Empresarial y Cooperativa.
- Asamblea General de Constitución y aprobación de los Estatutos.
- Elección de Junta Directiva y Junta de Control Social

- Elección de Revisor Fiscal.
- Reunir documentación completa para enviar al Departamento Administrativo Nacional de Cooperativas (DANCOOP) para la obtención de la Personería Jurídica.

Las Empresas Solidarias de Salud pueden adquirir diferentes formas de persona jurídica de acuerdo con lo que defina la Asamblea General de socios, es decir, pueden adquirir el carácter de Asociaciones Mutuales, Cooperativas, Precooperativas, etc.(28). Tanto las Asociaciones Mutuales como las Cooperativas están regidas por la Ley Cooperativa (Ley 79 de 1.988). Para las Asociaciones Mutuales en concreto existe el Decreto 1480 del 7 de julio de 1.989 que les da la reglamentación definitiva.

Este hecho hace que las E.S.S. se ubiquen en un complejo lecho normativo y las carga de responsabilidades ante diferentes instancias del gobierno nacional: el Ministerio de Salud y el Departamento Administrativo Nacional de Cooperativas.

Las características principales de la Asociaciones mutuales y de las Cooperativas aparecen reflejadas en el siguiente cuadro:

CUADRO COMPARATIVO DE LOS PRINCIPALES ASPECTOS CARACTERÍSTICOS DE LAS ASOCIACIONES MUTUALES Y LAS COOPERATIVAS

ASPECTO	ASOCIACIÓN MUTUAL	COOPERATIVA
1. BASE LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de Colombia • Ley 79 de 1.988 • Decreto Reglamentario 1480 De Julio 7 de 1.988 	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de Colombia • Ley 79 de 1.988
2. OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda recíproca frente a elementales riesgos. • Satisfacción de necesidades mediante la prestación de Servicios de Seguridad Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Producir o distribuir conjunta y eficientemente bienes o servicios para satisfacer las necesidades de sus asociados y de la comunidad en general.
3. CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Debe funcionar con los principios de ayuda mutua e integración. • El patrimonio y número de asociados sea variable e ilimitado. • Debe realizar actividades de educación mutua. • Sin ánimo de lucro • Su duración es indefinida. • No devolución de la contribución de los 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe funcionar de conformidad con el principio de participación democrática. • Número de asociados variable e ilimitado. • Debe realizar de modo permanente actividades de educación cooperativa. • Integrada económica y social/ al sector cooperativo. • Duración indefinida • Debe establecer la irrepartibilidad de las reservas sociales y en

	<p>asociados o irrepartibilidad del remanente social en caso de liquidación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que permita la participación de otras entidades que tengan por fin promover el desarrollo integral del hombre. 	<p>caso de liquidación, la del remanente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que se promueva la integración con otras organizaciones de carácter popular que tengan por fin promover el desarrollo integral del hombre
4. MÍNIMO DE ASOCIADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Mínimo 25 personas naturales. • Máximo ilimitado. 	<ul style="list-style-type: none"> • El número de asociados es variable e ilimitado.
5. ORGANISMOS DE DIRECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Asamblea General. • Junta Directiva. • Representante Legal (el presidente de la Junta Directiva o un designado por él de acuerdo con los estatutos. • Junta de Control Social. • Revisor Fiscal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asamblea General. • Consejo de Administración. • Gerente nombrado por el Consejo de Administración. • Junta de Vigilancia. • Revisor Fiscal.
6. PATRIMONIO	<ul style="list-style-type: none"> • Fondo social mutual. • Fondos y reservas permanentes. • Auxilios y donaciones con destino al patrimonio. • No hay propiedad individual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aportes sociales, individuales y los amortizados. • Fondos y reservas permanentes. • Donaciones y auxilios con destino al incremento patrimonial • Una persona natural no puede tener más de un 10% y una persona jurídica más del 49% de los aportes sociales..
7. DISTRIBUCIÓN DE EXCEDENTES	<ul style="list-style-type: none"> • 20% de reserva para protección al fondo mutual. • Otras reservas y fondos para sus objetivos sociales. • Fondo especial para imprevistos. • Reservas, fondos, auxilios y donaciones de carácter patrimonial son 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% como mínimo para mantener una reserva de protección de los aportes sociales. • 20% como mínimo para el Fondo de Educación. • 10% mínimo para el Fondo de Solidaridad. • El remanente se distribuye según los estatutos o mandato de

	irrepartibles.	Asamblea.
8. CLASES	<ul style="list-style-type: none"> • Son únicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden ser especializadas en actividades económicas, sociales o culturales. • Multiactivas. • Integrales
9. INSPECCIÓN Y VIGILANCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Dancoop. • Cámara de Comercio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dancoop. • Cámara de Comercio.
10. DISOLUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Por decisión voluntaria de los asociados en Asamblea. • Por reducción del número mínimo requerido para su constitución (25). • Por incapacidad de cumplir el objeto social. • Por utilizar medios o actividades contrarias a su fines. las buenas costumbres o el espíritu mutualista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por acuerdo voluntario de los asociados • Por reducción del número mínimo requerido para su constitución • Por incapacidad de cumplir el objeto social. • Por fusión o incorporación a otra Cooperativa. • Por haberse creado contra ella concurso de acreedores, y • Por utilizar medios o actividades contrarias a su fines. las buenas costumbres o el espíritu mutualista.

Fuentes:- Ley 79/88 por la cual se actualiza la legislación cooperativa.

Documentos para la Acción. Secretaría de Desarrollo de la Comunidad.

El decreto 2150 de diciembre de 1.995 del Gobierno Nacional, transfirió la competencia del otorgamiento de las Personerías Jurídicas a las Cámaras de Comercio de los respectivos entes territoriales, excepto para aquellas entidades regidas por la Ley 100. Por lo tanto este requisito permanece como potestativo del DANCOOP.

Actualmente en el Departamento de Antioquia están conformadas 14 Empresas Solidarias de Salud distribuidas en las siguientes regiones:

[Regresar a la Página Principal](#)

URABÁ:

1. APARTADÓ
2. ARBOLETES.
3. CAREPA.
4. SAN PEDRO DE URABA
5. TURBO

OCCIDENTE ANTIOQUEÑO:

1. DABEIBA
2. FRONTINO

ORIENTE:

1. EL PEÑOL
2. RIONEGRO.

BAJO CAUCA:

1. EL BAGRE

MAGDALENA MEDIO:

1. PUERTO BERRÍO

SUROESTE:

1. TÁMESIS

VALLE DE ABURRÁ:

1. BELLO
2. MEDELLÍN.

Todas las ESS de Antioquia tienen la debida autorización para ejercer sus funciones como Administradoras del Régimen Subsidiado (A.R.S), desde marzo de 1.996 por parte de la SUPERSALUD, con excepción de la de Medellín que ha llevado un proceso más lento y que a la fecha no ha completado los requisitos establecidos en el Decreto 2357.

Cada una de estas Empresas se encuentra en diversas fases de su implementación y desarrollo. La determinación de las características que enmarcan este proceso en cada una de ellas, fue el objeto principal de esta investigación.

ASOCIACIÓN REGIONAL DE EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD

Para dar respuesta a las contingencias que presenta al implementación del Régimen Subsidiado y para hacerse competitivas de acuerdo con las exigencias de la reglamentación del mismo, las ESS de Antioquia iniciaron un proceso de agrupación desde agosto de 1.995, que culminó con la celebración de la asamblea de creación de la Asociación Regional, que abarca a las ESS de Antioquia, el Chocó y Puerto Boyacá en marzo de 1.996.

La Asociación regional lleva el nombre de JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA, como reconocimiento al primer Ministro que las impulsó e incluyó dentro del marco normativo de la Ley y de sus decretos reglamentarios, la posibilidad de que Empresas de economía solidaria pudieran tener parte en la administración de los recursos de la Seguridad Social en Salud.

A la fecha de su constitución, la Asociación Regional de ESS (ASO-REDESS), estaba conformada por 11 de ellas: 8 de Antioquia, 2 del Chocó y una de Boyacá.

A septiembre de 1.996 un total de 29 empresas están asociadas a ella : 13 de Antioquia, 10 del Chocó, Puerto Boyacá y 5 del Eje cafetero (Caldas, Risaralda y Quindío).

ASO-REDESS adquirió personería jurídica en abril de 1.996.

En los Estatutos aprobados está consignada la voluntad de asociación que tiene por objeto el "crear, organizar, dirigir, gestionar, controlar y poner en funcionamiento una ASOCIACIÓN VOLUNTARIA, solidaria, de derecho privado, sin ánimo de lucro, con fines de interés social y común, de número de asociados variable e ilimitado, reconocida, inscrita y registrada por el Estado colombiano..."(29).

"ASO-REDESS es una Institución Auxiliar del Cooperativismo en la cual, las ESS son simultáneamente usuarias, propietarias y gestoras de la misma....". "Es una Empresa Auxiliar de segundo grado, para complementar el objeto de las ESS".(30).

ASO-REDESS impulsó desde diciembre de 1.995 un proceso hacia la conformación de una Confederación Nacional de Empresas Solidarias de Salud y gestó la celebración del primer encuentro nacional de ESS con la presencia de 132 de ellas y el apoyo y participación activa del Ministerio de Salud.

En este encuentro nacional se firmó un Acta de voluntad, para la conformación de la Confederación Nacional.(31) Se avanzó hacia ella en varias reuniones posteriores de delegados departamentales y regionales, hasta la constitución oficial de la misma en el segundo encuentro nacional de ESS que se celebró en Cali el 23 de agosto de 1.996.

La Confederación Nacional fue constituida como un ente de carácter gremial de tercer grado, integrada por 13 Federaciones y/o Asociaciones de carácter regional donde están representadas casi la totalidad de las ESS del país.

[Regresar a la Página Principal](#)

[Regresar a la página anterior](#)

EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN ANTIOQUIA

La población del Departamento de Antioquia según censo de 1.985 proyectada a 1.996, es de 4.887.628 habitantes; el total de la población sisbenizada 1 y 2 tanto del área urbana como rural es de 1.096.797 personas.

La población afiliada al Régimen Subsidiado está en proporción a los recursos de financiación, así:

- Los recursos de origen municipal: \$ 19.029.768.267.oo.
- Los recursos de las Cajas de Compensación \$ 2.796.478.750.oo.
- Los recursos del Fondo SYGA 1: \$ 11.699.839.287.oo.
- Los recursos de conversión de Oferta a Demanda \$ 5.464.964.oo.
- Los recursos de cofinanciación FOSYGA 2: \$ 1.010.718.304.oo.

Estos recursos permiten cubrir a 513.534 personas, equivalentes al 46.83% de la población SISBEN 1 y 2 del departamento. (32)

El proceso de implementación del Régimen Subsidiado en Antioquia, de conformidad con lo establecido por el Decreto 2357 de dic/95 y el Acuerdo 23 del CNSSS de enero/ 96, los siguientes hechos determinantes:

1. El 4 de febrero de 1.996 se realizó la convocatoria para la selección de las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) en 1.996 y el 7 de Marzo del 96 se cerró la Convocatoria.

2. La Junta de Licitaciones, creada mediante resolución 0125 de feb. 19 de 1.996 y reunida el 15 de marzo de 1.996 aprobó la participación de las ARS, según los requisitos del Decreto 2357, que son:

- Resolución de SUPERSALUD.
- Evaluación de la Red de Servicios de Salud,

En esta reunión, la Junta de Licitaciones aprobó la participación en la Administración del Régimen de 24 A.R.S. a saber:

1. Seis Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.):

- Comfenalco.
- Saludcoop.
- Caprecom.
- Coomeva S.A.
- Cafesalud S.A.
- Unimec S.A.

1. Cuatro Cajas de Compensación Familiar:

- Comcaja.

- Comfama.
- Comfamiliar- Camacol.
- Comfenalco.

1. Catorce E.S.S.:

Sabana de Torres (Santander del Sur)

Todas las del Departamento de Antioquia exceptuando a la de Medellín, que aún no se había conformado y que, por ser la capital, un municipio descentralizado por Ley 60, no depende para la implementación del R. Subsidiado del Departamento.(33).

1. Las coberturas para el Régimen Subsidiado en Antioquia han tenido la siguiente progresión cronológica:

COBERTURAS POR EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN ANTIOQUIA EN 1.996.

FECHA	MUNICIPIOS CONVENIO	POBL. CUBIERTA
DICIEMBRE 31 DE 1.995	6	51.250
JUNIO 30 DE 1.996	31	119.116
JULIO 9 DE 1.996	62	251.883
JULIO 19 DE 1.996	89	368.100
JULIO 26 DE 1.996	96	397.447
AGOSTO 2 DE 1.996	112	453.730
AGOSTO 14 DE 1.996	119	481.284
AGOSTO 27 DE 1.996	121	497.239
AGOSTO 30 DE 1.996	122	503.739

Fuente: D.S.S.A., Grupo de Régimen Subsidiado

De la tabla anterior se concluye el vertiginoso desarrollo que ha tenido el Régimen Subsidiado en el Departamento de Antioquia en materia de afiliación y, entendiéndose que el reto de la libre competencia frente a las E.P.S. y Cajas de Compensación, ha ocupado gran parte del tiempo de los representantes de las ESS y de sus líderes, se puede inferir que la implementación del Plan de Beneficios, con énfasis en Promoción y Prevención, pueda estar un poco descuidado, ya que son los Agentes Educativos, quienes mayor empeño han tenido que colocar en las campañas de mercadeo.

No obstante, es importante reconocer que justamente el hecho de haber comenzado a penetrar dentro de las comunidades objeto del Subsidio a la demanda, desde mucho antes de iniciarse el proceso ordenado por el Decreto

2357 de 1.995, es lo que ha hecho fuertes a la mayoría de las E.S.S. en sus poblaciones de origen y en los municipios vecinos.

Las ESS de Antioquia alcanzaron, a septiembre de 1.996, a tener una cobertura en .27 municipios del departamento y a afiliar un total de 99.277. beneficiarios del régimen subsidiado. La distribución de dichos beneficiarios por E.S.S. y por municipios aparece reflejada en la tabla que se incluye a continuación.

**AFILIADOS POR MUNICIPIOS DE LAS E.S.S. DE ANTIOQUIA
PERTENECIENTES A ASO-REDESS A JULIO DE 1.996**

ESS	MUNICIPIO	MUNICIPIOS CONTRATADOS	BENEFIC. POR MUNICIPIO	TOTAL BENEFICIARIOS
ASOCIACION MUTUAL "NUEVOS HORIZONTES"	TURBO	TURBO	11.671	11.671
ASOCIACIÓN MUTUAL "ALVARO URIBE VELEZ"	EL PEÑOL	EL PEÑOL GRANADA SAN VICENTE	6.850 1.102 1.014	8.966
ASOCIACIÓN MUTUAL "FAMILIAS CAMPESINAS"	DABEIBA	DABEIBA	4.666	4.666
EMPRESA MUTUAL INTEGRAL DE SALUD	CAREPA	CAREPA CHIGORODÓ	2.863 4.680	7.543
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL	ARBOLETE	ARBOLETES NECOCLÍ SN. JN. DE URABÁ	4.453 2.159 3.178	9.790
"FRONSALUD"	FRONTINO	FRONTINO	6.600	6.600
ASOCIACIÓN MUTUAL "FAMILIAS UNIDAS"	BELLO	BELLO BARBOSA	10.200 1.500	11.700
ASOCIACION MUTUAL "SALUD Y	PUERTO BERRIO	PTO. BERRIO	5.535	5.535

PROGRESO"		MACEO CARACOLI		
"COORSALUD"	RIONEGRO	RIONEGRO LA CEJA EL CARMEN GRANADA	2.973 2.779 1.509 2.739	10.000
ASOCIACIÓN MUTUAL "PROGRESO COMUNITARIO "	TÁMESIS	TÁMESIS JERICÓ	4.746 2.254	7.000
ASOCIACIÓN MUTUAL "FAMILIAS UNIDAS"	APARTADO	APARTADÓ	6.169	6.169
ASOCIACIÓN. MUTUAL "COMUNIDAD UNIDA"	EL BAGRE	EL BAGRE ZARAGOZA	5.019	5.019
ASOC. MUTUAL SOLIDARIA PARA SALUD "EL BIENESTAR"	SAN PEDRO DE URABÁ	SAN PEDRO DE URABA	4.628	4.628
TOTAL	13	27	99.277	99.277

[Regresar a la Página Principal](#)

Fuente: ASO- REDESS. Base de datos para las enfermedades de alto costo.

1. Las coberturas de Aseguramiento para el Régimen Subsidiado a septiembre de 1.996 en los municipios donde tienen sede las E.S.S., según información suministrada por la D.S.S.A. al C.T.S.S.S. en septiembre de 1.996 fue la siguiente:

**COBERTURAS ASEGURAMIENTO RÉGIMEN SUBSIDIADO EN
MUNICIPIOS CON ESS EN ANTIOQUIA A SEPT. DE 1.996.**

MUNICIPIO	CATEGORÍA	SISBEN 1 Y 2	AFILIADOS	% COBERTURA.
APARTADO	3	45.548	16.169	35
ARBOLETES	4	13.545	4.453	33
BELLO	1	27.417	22.500	82
CAREPA	5	14.073	5.863	42
DABEIBA	5	17.562	4.666	27
EL BAGRE	4	13.544	5.354	40
FRONTINO	4	11.585	70163	62
EL PEÑOL	5	8.500	6.850	81
P. BERRIO	4	30.216	6.035	20
RIONEGRO	2	10.079	9.095	90
S. PEDRO UR	5	21.401	4.628	22
TÁMESIS	4	7.609	3.883	51
TURBO	2	80.108	11.671	15

Fuente: Dirección Seccional de Salud, Régimen Subsidiado.

De la anterior tabla podemos inferir lo siguiente:

- Los municipios donde hay ESS con mayores coberturas de la población SISBEN 1 y 2 identificada hasta entonces son Rionegro y Bello. Pero bien vale la pena anotar que en este último municipio la cobertura de aplicación de la encuesta del SISBEN no alcanzó a ser siquiera del 40%, lo que lo ubicaría en el grupo de los de menor cobertura hasta la fecha.
- Los municipios con ESS, donde se alcanzó menor cobertura de su población niveles 1 y 2 fueron respectivamente: Turbo (15%), Puerto Berrío (20%), San Pedro de Urabá (22%), Dabeiba (27%) y Arboletes (33%).

Se debe destacar aquí que tres de estos municipios, recibieron recursos extraordinarios por parte del Ministerio de Salud para aumento de coberturas así:

Apartadó \$200 millones.

Carepa \$200 millones.

Turbo \$200 millones. (34).

Además, se debe resaltar que según la "Propuesta de Reasignación de los recursos de cofinanciación del FOSYGA asignados en el Acuerdo 28 del CNSSS a los municipios de Antioquia", preparada por el Grupo del Régimen Subsidiado en Sept. de 1.996, donde se priorizan a los municipios con coberturas por debajo del 30% (32), se beneficia también Puerto Berrío con

recursos para 1.641 pólizas más. No se incluyen en esta reasignación a San Pedro de Urabá y a Dabeiba.

Con todo lo dicho y a pesar de las dificultades que ha presentado su implementación, el Régimen Subsidiado en Antioquia es uno de los de mayor desarrollo en el país y en él las ESS han jugado un papel protagónico esencial..

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional descriptivo, retroprospectivo y transversal con cortes.

2.2. UNIVERSO

Las 14 Empresas Solidarias de Salud del Departamento de Antioquia.

Por dificultades en la recolección de la información, el análisis de la investigación se realizó con 13 de las 14 Empresas Solidarias de Salud.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

La Empresa Solidaria de Salud.

2.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

La recolección de la información se realizó mediante entrevistas estructuradas, utilizando un formulario precodificado, con preguntas cerradas en su totalidad y agrupadas de la siguiente forma:

1. VARIABLES DE IDENTIFICACION.
2. VARIABLES DE DEMANDA.
3. VARIABLES DE ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS.
4. VARIABLES DE ESTRUCTURA OPERATIVA Y ADMINISTRATIVA.
5. VARIABLES ECONOMICAS.

La encuesta fue respondida por el Gerente en el mayor número de casos y en algunas con participación del presidente de la Junta Directiva y con la colaboración de otros miembros de la Junta.

Además de la encuesta se realizó una visita de observación directa a algunas de las Empresas. Durante la visita se recolectó información adicional sobre las dificultades y el proceso mismo de conformación de las ESS, estas entrevistas fueron grabadas y analizadas posteriormente.

A las Empresas que no fueron visitadas directamente, la encuesta se les realizó telefónicamente. Previamente se les envió para su conocimiento el formulario, facilitando de esta forma su diligenciamiento

No se visitaron el total de las ESS por dificultad económica, para compensar esta situación, se mantuvo contacto personal y permanente con los gerentes, en las visitas que estos realizan periódicamente a la ciudad de Medellín.

La información fue recogida directamente por los cuatro investigadores.

Los sesgos de información se controlaron por medio de la estandarización y entrenamiento de los investigadores y de las herramientas a utilizar.

La elaboración y el análisis de la información se realizó en forma sistematizada utilizando el programa estadístico EPI Info 6.0.

Se obtuvo información actualizada a septiembre de 1996, a través de la base de datos para el reaseguro de las enfermedades de alto costo de la Asociación Regional de Empresas Solidarias de Salud (ASO-REDESS).

Se hizo una descripción de las características principales de los municipios donde tienen sede las ESS, con base en la información del anuario estadístico de Antioquia de 1993, El Documento Series Cronológicas de Salud de la oficina de Epidemiología de la DSSA en 1994 y los registros del Perfil de Morbimortalidad de la DSSA.

2.5 ALCANCES Y LIMITACIONES

Se planeó estudiar las 14 Empresas Solidarias de Salud del Departamento de Antioquia, de las cuales solo fue posible encuestar 13, debido a que la del municipio de Medellín no suministró la información solicitada a través del instrumento.

De las 13 ESS. restantes, la información obtenida por medio de las encuestas, en algunas, no pudo ser obtenida completamente por las siguientes razones:

1. La no participación de los presidentes de Juntas Directivas o Consejos de Administración en el proceso de elaboración de la encuesta y la falta de conocimiento de algunos gerentes, por estar recientemente nombrados y no haber participado en el desarrollo inicial de conformación de las ESS.
1. La falta de presupuesto para visitar el total de las ESS.
1. 3.La ausencia de un sistema de información adecuado no permitió acceder a la información solicitada en forma completa.
2. A la fecha de la realización de la encuesta el desarrollo de tres de ellas era incipiente y muchos de los datos inqueridos no eran aplicables.

A pesar de las limitaciones señaladas anteriormente, tanto presupuestales como logísticas, se alcanzaron a visitar las Empresas Solidarias de: Apartadó, Bello, Dabeiba, El Peñol, Frontino, Puerto Berrio, Rionegro y Támesis.

En la visita realizada a la ESS de Apartadó se obtuvo simultáneamente información parcial, por entrevista directa con los gerentes y miembros de Juntas Directivas datos de otras ESS de Urabá que se encontraban en la Asamblea de Constitución de la Asociación Regional de Empresas Solidarias de Salud (ASO-REDESS).

En lo que respecta a la segunda parte de la encuesta: "DETERMINACIÓN DE LA DEMANDA", los resultados obtenidos por las encuestas realizadas fueron muy limitados por la poca información que se pudo obtener por parte de los encuestados. En algunos casos no se tenía la morbilidad completa, discriminada por grupos etéreos y en otros faltaban las cifras de mortalidad.

Por tal razón, y en atención a la importancia trascendental que para los objetivos planteados por los investigadores tiene la DETERMINACIÓN DE LA DEMANDA, se decidió acudir al Anuario Estadístico de Antioquia para el año de 1.994, para suplir esta información faltante.

[Regresar a la Página Principal](#)

RESULTADOS

Para una mejor comprensión de los resultados de la investigación, esta se presenta siguiendo el orden en que fueron diseñadas las variables de la encuesta, en cinco grupos a saber:

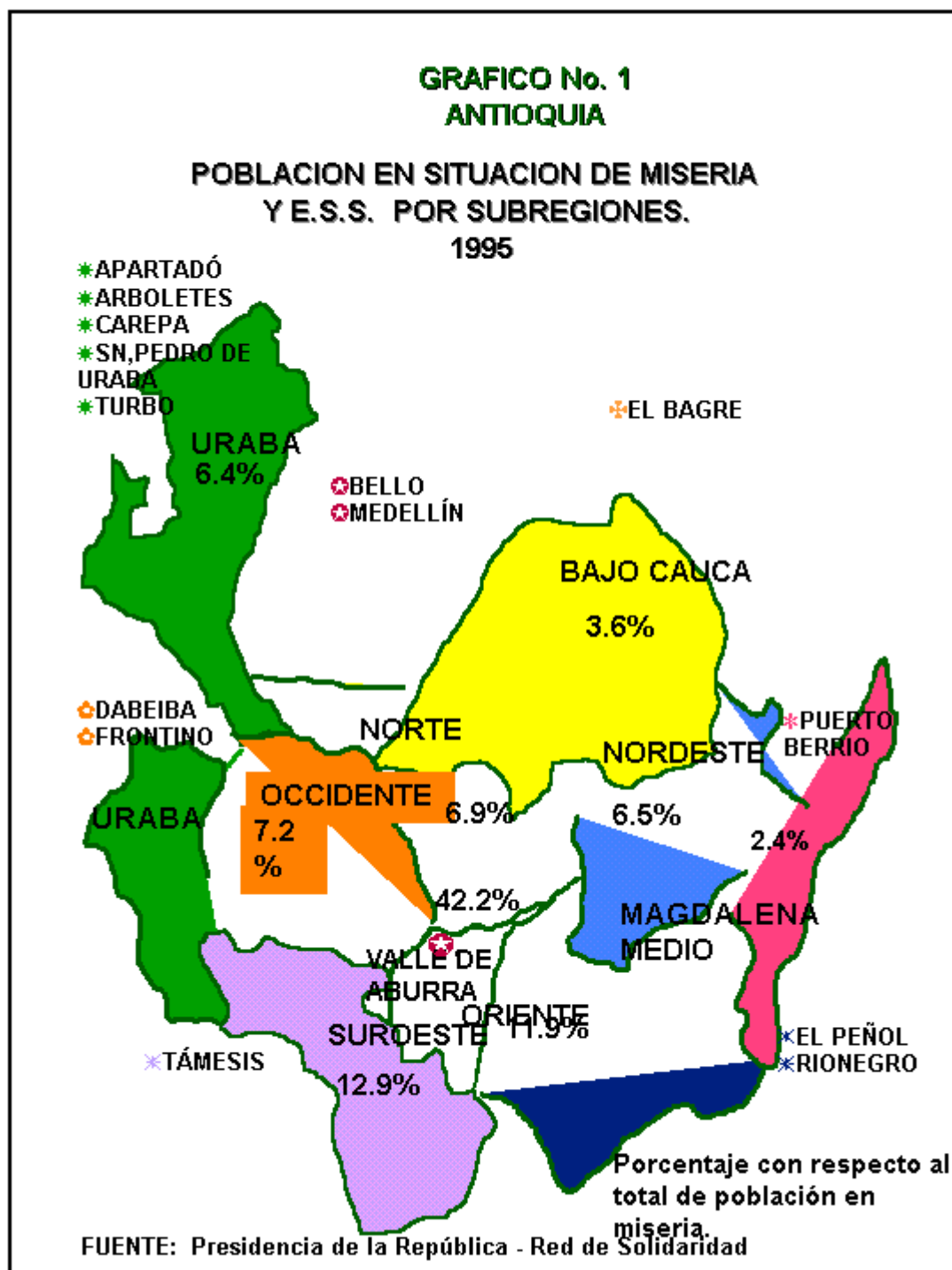
- 3.1. IDENTIFICACION.
- 3.2. DETERMINACION DE LA DEMANDA.
- 3.3. ESTRUCTURA DE SERVICIOS.
- 3.4. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA.
- 3.5. SITUACION ECONOMICA.

3.1. VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN:

Vale la pena aclarar, que para una adecuada identificación de las diferentes Empresas Solidarias de Salud con sede en el departamento de Antioquia, es necesario ubicar al lector dentro de las principales características de los municipios donde funcionan cada una de las ESS objeto de este estudio. Ver ANEXO N° 1.

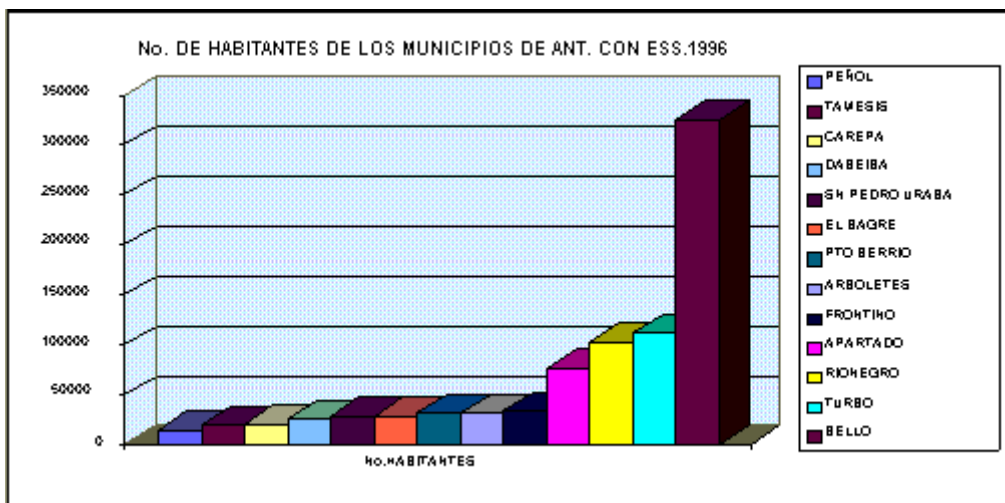
Los resultados obtenidos en las variables de indentificación se muestran a través de diferentes medios para hacer mas facil su observación:

La ubicación de las 14 Empresas Solidarias de Salud, dentro de las diferentes regiones de Antioquia aparece en el mapa siguiente:



La población proyectada para los municipios de Antioquia donde tienen sede la ESS objeto del presente estudio se presenta en la grafica siguiente:

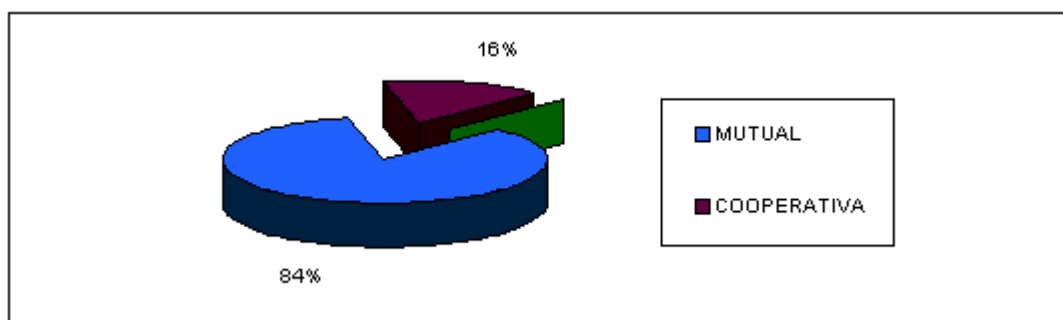
GRAFICA No. 2



Las Empresas que fueron encuestadas, están conformadas según su razón social en 11 Asociaciones Mutuales (84.%) y 2 son de carácter Cooperativo (16%). Esta relación se representa gráficamente en la torta que se coloca a continuación.

GRAFICA No3

REPRESENTACION DEL TIPO DE ASOCIACIÓN ENCONTRADA EN LAS ESS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA



FUENTE: Encuestas.

Estas ESS responden a los nombres que aparecen en la tabla que se relaciona a continuación:

[Regresar a la Página Principal](#)

TABLA No 1

EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD DE ANTIOQUIA DISCRIMINADAS POR MUNICIPIOS Y FECHA EN QUE FUERON ENCUESTADAS.

MUNICIPIO	FECHA DE ENCUESTA	NOMBRE DE LA EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD
RIONEGRO	20/02/96	COORSALUD

TURBO	09/03/96	ASOCIACION MUTUAL NUEVOS HORIZONTES
DABEIBA	07/10/96	FAMILIAS CAMPESINAS
FRONTINO	05/05/96	COOPERATIVA FRONTINO FRONSALUD
EL PEÑOL	18/02/96	ASOCIACION MUTUAL ALVARO URIBE VELEZ
TAMESIS	28/04/96	ASOCIACION MUTUAL PROGRESO COMUNITARIO
ARBOLETES	01/10/96	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE ARBOLETES.
BELLO	09/10/96	ASOCIACION MUTUAL FAMILIAS UNIDAS ESS DE BELLO
CAREPA	09/03/96	EMPRESA MUTUAL INTEGRAL DE SALUD
PTO. BERRIO	26/05/96	ASOCIACION MUTUAL SALUD Y PROGRESO
EL BAGRE	25/09/96	ASOCIACION MUTUAL COMUNIDAD UNIDA
APARTADDO	12/10/96	ASOCIACIÓN MUTUAL FAMILIAS UNIDAS
SAN PEDRO URABÁ	09/10/96	ASOC.MUTUAL SOLIDARIA PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR

Fuente: Encuestas.

Las coberturas alcanzadas en afiliación al Régimen Subsidiado en Salud por las diferentes E.S.S. de Antioquia al momento de la encuesta y su relación con la población total de los municipios y el número de habitantes con N.B.I.(Necesidades Básicas Insatisfechas), están consignadas en la tabla que se coloca a continuación.

TABLA No. 2

COBERTURAS EN AFILIACION AL REGIMEN SUBSIDIADO POR LAS EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD DE ANTIOQUIA EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA

MUNICIPIOS	No.HAB.	No.AFILI.	% AFIL POBL TOTAL	POBL NBI	% POBL NBI	% AFIL POBL NBI
PEÑOL	15551	6863	44,1	8657	55,7	79.2
TAMESIS	19629	5000	25,5	9500	48,4	52,6
CAREPA	20938	5065	24,2	15075	72,0	33,6

DABEIBA	26165	4666	17,8	18813	71,9	24,8
Sn P. URABA	27981	6500	23,2	25547	91,3	25,4
EL BAGRE	29460	5054	17,2	19532	66,3	25,9
PTO BERRIO	31914	5000	15,7	16021	50,2	31,2
ARBOLETES	32255	9790	30,4	28707	89,0	34,1
FRONTINO	32826	5550	16,9	21796	66,4	25,5
APARTADO	77165	6169	8,0	43058	55,8	14,3
RIONEGRO	104000	3400	3,3	21947	21,1	15,5
TURBO	113002	10750	10,4	87351	77,3	12,3
BELLO	325094	12566	3,9	76397	23,5	16,4
TOTAL	855980	81303	9,5	392401		20,7

FUENTE : Datos de la encuesta, DSSA

En 7 de las Empresas Solidarias de Salud se pudo obtener al momento de la encuesta la información del número de afiliados, en 6 de ellas por zona de residencia y en 5 la distribución por sexos. En la Tabla que aparece a continuación, el cero debe leerse dato sin información.

TABLA N°3

DISTRIBUCIÓN DE LOS AFILIADOS A LAS EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD POR SEXO Y ZONA DE RESIDENCIA 1996

MUNICIPIOS	Nº. AFILIA- DOS	URBANO.	RURAL	MASCULINO	FEMENINO
RIONEGRO	3400	0	0	0	0
TURBO	10750	6750	4000	5220	5530
DABEIBA	4666	550	4116	2360	2306
PTO BERRIO	7754	1220	6574	3868	3886
PEÑOL	10339	0	0	0	0
TAMESIS	5000	3500	1500	0	0
ARBOLETES	9790	0	0	0	0
BELLO	12566	12061	505	5183	7383
CAREPA	5065	0	0	0	0
PTO BERRIO	5000	0	0	0	0
EL BAGRE	5054	3638	1416	2383	2671
APARTADO	6169	6169	0	0	0

SN PEDRO URABA	6500	0	0	0	0
TOTAL	92053	33888	18111	19014	21776

Fuente: Encuestas.

El tiempo transcurrido desde la firma del Acta de intención para la creación de las ESS fluctuó entre los meses de junio y agosto de 1994

El 100% de la ESS celebraron convenio Interadministrativo

[Regresar a la Página Principal](#)

De las ESS. Estudiadas 12 (92.3%) realizaron la Gestión Sanitaria con diferentes Organizaciones no Gubernamentales (ONG.). A continuación se presenta una tabla y una gráfica de la relación porcentual y por número de ESS. que desarrollaron este proceso.

TABLA No 4

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE REALIZARON LA GESTIÓN SANITARIA EN LAS ESS DE ANTIOQUIA

ONG	No.EMPRESAS	PORCENTAJE
CIMDER	2	15.4
FUDESCO	9	69.2
PROGRAMA UNI	1	7.7
SIN DATO	1	7.7

Fuente: Encuestas.

El número de familias capacitadas en Gestión Sanitaria estuvo en un rango entre 1000 y 2770 familias, siendo la ESS. del municipio Bello la de menor rango y la de El Peñol la que más familias capacitó, en la tabla siguiente se relacionan todas las familias que recibieron capacitación y el número de afiliados.

La distribución de municipios capacitados por cada una de las O.N.G. que participaron dentro del proceso de Gestión Empresarial en Antioquia fue de la siguiente manera:

TABLA No. 5

DISTRIBUCIÓN DE MUNICIPIOS POR O.N.G. CAPACITADORA EN GESTIÓN SANITARIA

ONG GESTIÓN SANITARIA	EMPRESAS ASESORADAS
------------------------------	----------------------------

FUDESCO	APARTADÓ, BELLO, DABEIBA, EL BAGRE, EL PEÑOL, FRONTINO, PUERTO BERRÍO TÁMESIS, TURBO
CIMDER	ARBOLETES CAREPA
PROGRAMA UNI	RIONEGRO
SIN DATO	SAN PEDRO DE URABÁ

Fuente: Encuestas.

TABLA No. 6

FAMILIAS CAPACITADAS EN GESTION SANITARIA DE LAS ESS DE ANTIOQUIA

VERSUS NUMERO DE AFILIADOS EN 1.996.

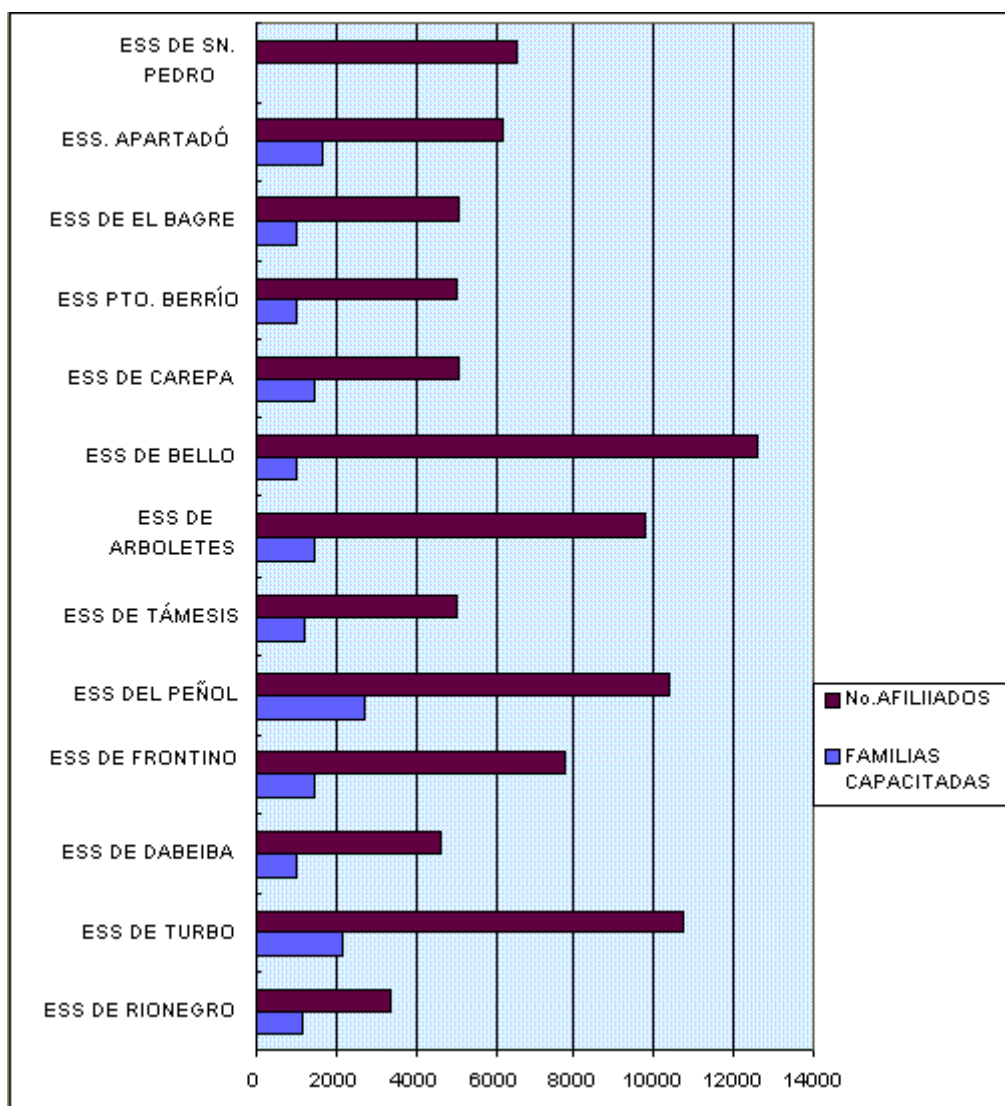
NOMBRE DE LA ESS	FAMILIAS CAPACITADAS	No. AFILIADOS
COORSALUD	1137	3400
ASOCIACION MUTUAL NUEVOS HORIZONTES	2150	10750
FAMILIAS CAMPESINAS	1000	4666
COOPERATIVA FRONTINO FRONSALUD	1500	7754
ASOCIACION MUTUAL ALVARO URIBE VELEZ	2770	10339
ASOCIACION MUTUAL PROGRESO COMUNITARIO	1200	5000
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE ARB.	1500	9790
ASOCIACION MUTUAL FAMILIAS UNIDAS ESS DE BELLO	1000	12566
EMPRESA MUTUAL INTEGRAL DE SALUD	1475	5065
ASOCIACION MUTUAL SALUD Y PROGRESO	1000	5000
ASOCIACION MUTUAL COMUNIDAD UNIDA	1000	5054
FAMILIAS UNIDAS	1700	6169
ASOC.MUTUAL SOLIDARIA PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR	0	6500

FUENTE: Encuestas

Se presenta una la gráfica en que se comparan las familias capacitadas en gestión sanitaria versus número de afiliados de cada una de las ESS,

GRAFICA No.4

PROPORCIÓN DE FAMILIAS CAPACITADAS EN GESTIÓN SANITARIA VERSUS NÚMERO DE. AFILIADOS EN LAS ESS DE ANTIOQUIA EN 1.996



FUENTE: Encuestas

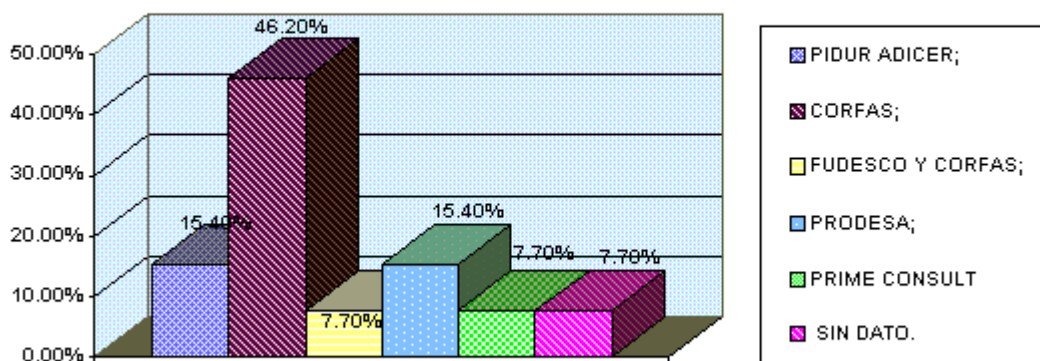
No se obtuvieron datos del número de familias capacitadas de la Empresa Solidaria de San Pedro de Urabá

La Gestión Empresarial se realizó en 12 Empresas Solidarias (92.3%) realizó Gestión Empresarial de una no se obtuvo el dato.

[Regresar a la Página Principal](#)

La Gestión Empresarial fué realizada por las siguientes ONG

GRAFICO No. 5
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS ONG QUE REALIZARON LA
CAPACITACIÓN EN GESTION EMPRESARIAL EN LAS ESS DE ANTIOQUIA



Fuente: Encuestas.

El número de líderes capacitados en Gestión Empresarial fluctuó entre 13 y 110

capacitándose el mayor número de ellos en la ESSS de Turbo y el menor en la ESS de Carepa, la información de San Juan de Urabá no fue considerado por no haberse obtenido.

TABLA No. 7

LIDERES CAPACITADOS POR EMPRESA SOLIDARIA EN GESTIÓN
EMPRESARIAL EN 1.994

MUNICIPIO	NOMBRE DE LA ESS	LIDERES CAPACITADOS
RIONEGRO	COORSALUD	38
TURBO	ASOCIACION MUTUAL NUEVOS HORIZONTES	110
DABEIBA	FAMILIAS CAMPESINAS	50
FRONTINO	COOPERATIVA FRONTINO FRONSALUD	75
EL PEÑOL	ASOCIACION MUTUAL ALVARO URIBE VELEZ	82
TAMESIS	ASOCIACION MUTUAL PROGRESO COMUNITARIO	50
ARBOLETES	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE ARB.	60

BELLO	ASOCIACION MUTUAL FAMILIAS UNIDAS ESS DE BELLO	113
CAREPA	EMPRESA MUTUAL INTEGRAL DE SALUD	13
PTO. BERRIO	ASOCIACION MUTUAL SALUD Y PROGRESO	43
EL BAGRE	ASOCIACION MUTUAL COMUNIDAD UNIDA	50
APARTADDO	FAMILIAS UNIDAS	80
SAN PEDRO URABÁ	ASOC.MUTUAL SOLIDARIA PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR	0

FUENTE: Encuestas

En proporción a su número de beneficiarios la ESS con mayor porcentaje de líderes capacitados fue la de Apartadó con 1.29 por cada 100 afiliado y la de menor proporción fue la de Carepa con 0.25 por cada 100.

De las 13 ESS analizadas, 11 tienen Junta Directiva por tratarse de Asociaciones Mutuales y en las 2 restantes, por ser Cooperativas, el organismo directivo conformado, es el Consejo de Administración.

En 11 de las ESS. (86.4%) encuestadas se tenía Fiducia contratada para la Administración y el pago de los recursos en el momento de la encuesta, las dos restantes, (15.3%) todavía no habían constituido el encargo fiduciario.

Las Fiduicias contratadas por las ESS estuvieron distribuidas como se expresa en la siguiente tabla:

TABLA No. 8

FIDUCIAS CONTRATADAS POR LAS ESS DE ANTIOQUIA AL MOMENTO DE LA ENCUESTA EN 1.996

NOMBRE DE LA FIDUCIA	No. DE ESS
FIDUFES	3
FIDUCIARIA POPULAR	2
FIDUCAFE	2
FIDUAGRARIA SA	2
LA PREVISORA	1
FIDUAGRARIA Y FIDUFES	1
SIN DATO	2
TOTAL	13

FUENTE: encuestas

El Diseño Técnico se tenía realizado en 12 de las E.S.S.(92.3%).

La ESS de CAREPA al momento de la encuesta no había cumplido con este requisito.

El Estudio de viabilidades fue realizado en el 92.3% de las ESS encuestadas. Solo en una de ellas no se obtuvo el dato (San Pedro de Urabá)

3.2. Determinación de la Demanda

Como se expresó al señalar los alcances y limitaciones de la Investigación, para la Determinación de la Demanda, se acudió como fuente al Anuario Estadístico de 1.994 para el Departamento de Antioquia, ya que los datos obtenidos de la encuesta no permiten una adecuada homologación para ser presentados globalmente, para describir el perfil epidemiológico de los municipios donde tienen sede las ESS de Antioquia.

Estos datos hacen parte integral del Anexo No 1.

3.3. Estructura de Servicios:

Con respecto a los resultados obtenidos en las variables de Estructura de Servicio encontramos:

Que 12 de las ESS. (92.3%) tenían el POS-S ajustado al perfil Epidemiológico del municipio, solo una no lo ajusto

De las 13 ESS entrevistadas a la fecha de la encuesta, 10 (76.9%) estaban prestando los servicios contemplados en el POS-S y en 2 (15.4%) no se obtuvo el dato, en la de Carepa no se prestaban los servicios de atención a los afiliados.

La prestación de servicios se inicio por 5 ESS. durante 1995, en 1996 habían comenzado a prestar los servicios 5 Empresas más al momento de ser encuestadas y una no lo prestaba.

La forma de contratación encontrada se dividió en: Seis de las ESS.(46.2%) contrataron en forma global la prestación del servicio y otras seis en forma parcial y solo la ESS. de Carepa no había realizado la contratación.

Con relación a la prestación de servicios de Promoción y Prevención, 8 de las ESS. (61.8%) la realizaban a través de Equipos Comunitarios propios, otras 2 empresas (15.4%) contrataron dicha prestación y 3 ESS.(23.1%) no habían comenzado a desarrollar esta actividad.

La atención ambulatoria de primer nivel se brindaba en 10 de las ESS. (76.9%) de IPS contratadas, dos de las ESS aún no prestaban dicho servicio y la restante ESS lo desarrollaban con la IPS propia y con IPS contratada.

La Atención Hospitalaria de primer nivel se realizaba en 11 de las ESS. (84.6%) por medio de contratación con IPS públicas y 1 ESS. (7.7%) no prestaba aún este servicio.

En 8 de las ESS (61.5%), realizaban la atención ambulatoria de segundo nivel con IPS de referencia, 2 (15.4%) IPS local, otras 2 (15.4%) con IPS local y de referencia y 1 (7.7%) no tenía ningún tipo de contratación.

La Atención de segundo nivel hospitalaria para el PAMI la realizaban, 8 (61.5%) de las ESS. por medio de IPS privada, 4 (30.8%) con IPS privada y pública y una (7.7%) no tenía contratado este servicio..

Los servicios de Odontología contratados por las ESS presentaron el siguiente comportamiento:

El 53.8% (7) contrató con IPS Pública la atención en Salud Oral; el 15.4% (2) con odontólogo independiente e IPS Pública; 7.7%(1)con odontólogo independiente,7.7%(1) odontólogo independiente e IPS Propia;7.7% (1)no lo había contratado y se encuentra una ESS sin dato.

Para tener una mejor apreciación de la prestación de los servicios de Salud Oral al interior de las ESS de Antioquia se representaron en el siguiente gráfico..

El 53.8%(8) contrataron los servicios de laboratorio de una I.P.S. pública, el 23.1%(3) con IPS mixta, el 7.7%(1) lo presta en laboratorio particular. y el 15.4%(2) no presta el servicio

El 61.5%(8) servicio de imagenología con IPS Pública, 23.1%(3) con radiólogo particular e IPS Pública, 7.7% (1) no lo realizaba y 7.7% (1) con radiólogo particular.

El 46.2%(6) suministra los medicamentos a los afiliados a través de Boticas Comunitarias, el 46.2% (6) con farmacia propia y el 7.7% (1) a través de farmacia particular.

[Regresar a la Página Principal](#)

3.4. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA:

Estas variables mostraron los resultados que se describen a continuación:

El 69.2% (9) de las ESS contaban con Manual de Reglamentación para la prestación de servicios y el 30.8% (4) no lo tenían.

El 69.2% (9) utilizaba como sede un local en arrendamiento, el 15.4% (3) en comodato y solo una tiene sede propia, la de Bello, a la ESS. de Puerto Berrio le fue cedido un local en calidad de préstamo.

En relación a la asesoría recibida por parte del Ministerio, esta se describe en la siguiente tabla:

TABLA No. 9

VALORACION DE LA ASESORIA DEL MINISTERIO DE SALUD PARA LA CONFORMACION DE LAS ESS. DE ANTIOQUIA

ASESORIA DEL MINISTERIO	CONCEPTO DE LA ESS.
BUENA	30.8 %
Regular	46.2 %
Mala	15.4%
No recibió	7.7 %

FUENTE: Encuestas

El 46.2%(96) considera regular la asesoría de la DSSA; 23.1%(3) Mala y el 30.8%(4).

TABLA No. 10

VALORACION DE LA ASESORIA DE LA DSSA. HACIA LAS ESS. DE ANTIOQUIA

ASESORIA DE LA D.S.S.A.	CONCEPTO DE LA ESS.
Buena	0 %
Regular	46.2 %
Mala	23.1 %
Nula	30.8 %

FUENTE: Encuestas

El 62.2%(9) considera bueno el apoyo logístico brindado por el municipio; el 23.1% (3) regular y el 7.7% (1) malo.

TABLA No. 11

VALORACION DEL APOYO LOGISTICO RECIBIDO POR LAS ESS.DE PARTE DEL MUNICIPIO

APOYO DEL MUNICIPIO	CONCEPTO DE LA ESS.
Buena	62.2 %
Regular	23.1 %
Mala	7.7 %

FUENTE: Encuestas

El 69.2% (9) de los afiliados a las ESS fueron carnetizados por estas y el 23.1% (3) en forma mixta por el Municipio y las Empresas

El 92.3% conformó el Comité Operativo Local.

En cuanto a la conformación Técnico Administrativa encontramos:

Las Empresas Solidarias de Salud están gerenciadas como se aprecia en la tabla que aparece a continuación:

TABLA No. 12

PROFESIONES EN LOS GERENTES DE LAS ESS. AL MOMENTO DE LA ENCUESTA

PROFESIÓN	NÚMEROS DE GERENTES
Administrador de Empresas	4
Bachiller	1
Contador	2
Economistas	1
Ingeniería Industrial	1
Médico	1
Nutricion y Dietética	1
Sociologo	1
Tecnólogo en Sistemas	1
TOTAL	13

FUENTE: Encuestas

La Experiencia Administrativa de estos oscila entre 0 y 30 años como valores extremos, encontrándose gerentes con experiencia de 2, 4, 6, 8 y 10 años.

La Experiencia en Trabajo Comunitario oscila entre 0 (dos) y 25 (uno) años, como valores extremos. Los otros gerentes presentaban una experiencia en trabajo comunitario de 1 (tres), 2 (dos), 4 (uno), 6 (uno), 12 (uno) 16 (uno) y 20 años (uno).

En 4 de la 13 ESS. no se había nombrado Auditor Médico.

3.5. SITUACIÓN ECONÓMICA

Los presupuestos para el funcionamiento de la ESS. fueron aprobados en un 100 % por el Ministerio de Salud y el Comité Operativo Local, 7 durante el año 1995, 1 durante 1996 y de las 5 restantes no se obtuvo la fecha de aprobación.

El monto del presupuesto aprobado oscila entre \$ 75.625.000 a \$ 618 000.000, de la ESS. del El Peñol no se obtuvo el dato. En la Tabla que a continuación se presenta se hace una distribución del monto de los presupuestos aprobados en cada ESS..

TABLA No. 13

**PRESUPUESTO APROBADO POR LOS CONVENIOS
INTERADMINISTRATIVOS PARA LAS ESS. DEL DEPARTAMENTO DE
ANTIOQUIA**

EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD	PRESUPUESTO
CORSALUD	\$ 180.000.000
ASOCIACIÓN MUTUAL NUEVOS HORIZONTES	\$ 258.000.000
FAMILIAS CAMPESINAS DE DABEIBA	\$ 75.625.000
COOPERATIVA FRONTINO 'FRONSALUD'	\$ 270.000.000
ASOCIACIÓN MUTUAL ÁLVARO URIBE VELEZ	SIN DATO
ASOCIACION MUTUAL PROGRESO COMUNITARIO	\$ 120.000.000
EMPRESA MUTUAL INTEGRAL PARA EL DESARROLLO DE ARBOLETES	\$ 270.000.000
ASOCIACION MUTUAL 'FAMILIAS UNIDAS' DE BELLO	\$ 240.000.000
EMPRESA MUTUAL INTEGRAL DE SALUD DE CAREPA	\$ 75.625.000
ASOCIACIÓN MUTUAL 'SALUD Y PROGRESO' DE PUERTO BERRÍO'	\$ 138.717.809
ASOCIACIÓN MUTUAL 'COMUNIDAD UNIDA' DEL BAGRE	\$ 120.000.000
FAMILIAS UNIDAS DE APARTADÓ	\$ 618.000.000
ASOCIACIÓN MUTUAL SOLIDARIA PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR SAN PEDRO DE URABÁ	\$ 113.000.000
TOTAL	\$ 2.478.967.809

FUENTE: Encuestas

[Regresar a la Página Principal](#)

4. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El Sistema de Salud en Colombia, incluida la seguridad social, hasta la vigencia de la Ley 100 de 1.993, se caracterizaba por la falta de universalidad, solidaridad y eficiencia. Estas condiciones fueron las que ordenó transformar la Constitución Nacional de 1.991 y constituyen los principales retos de la nueva Ley.

La carencia de **universalidad** del sistema vigente hasta 1.993 se expresaba principalmente en la insuficiente cobertura de la protección en salud de la población colombiana.

La falta de **solidaridad** del sistema se generaba en las enormes diferencias de recursos que se destinaban a la atención de grupos poblacionales con necesidades de atención diversas, a través de múltiples entidades exclusivas y excluyentes, sin canales financieros que permitieran la ayuda mutua entre los afiliados y mucho menos de ellos hacia la población más pobre que quedaba por fuera de cualquier subsistema.

Finalmente, el sistema resultaba **ineficiente** por su organización institucional, por los deficientes resultados observados en comparación con el gasto total del sector y por la creciente insatisfacción de los usuarios.

Es en este marco: de un sistema de salud inequitativo e insolidario, desarticulado, con ausencia de cobertura familiar, ineficiente, asistencialista y con enfoque más hacia la enfermedad que hacia la salud, bajo en coberturas y selectivo por capacidad de pago; que nace el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano

La Constitución Política de 1.991, sentó las bases para una reforma sustancial en la salud del país. Ella define un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social en el país. En lo relativo específicamente a la salud, la Constitución establece la seguridad social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional, y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia (Artículo 48).

Además, el nuevo Sistema pretende garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, servicio público a cargo del Estado, quien lo organiza, dirige, establece políticas, reglamenta, vigila y controla. En su prestación pueden concurrir agentes públicos y privados. Los servicios deben ser organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad (Artículo 49).

La Ley 60 de 1.993 que define la distribución de competencias y recursos entre las entidades territoriales y fortalece los aportes fiscales para el sector de la salud en estos niveles de administración, consolida el proceso iniciado con la expedición de la Ley 10 de 1.990 que reestructuraba el Sistema Nacional de Salud creado en 1.975 y desarrolla los contenidos de la Constitución Política de 1.991.

En materia de salud, la Ley 60 refuerza la descentralización que inició la Ley 10 de 1.990, determinándose en ella las competencias de la Nación, los departamentos y los municipios.

En materia financiera y en forma concomitante a esta definición de funciones y responsabilidades, la Ley 60 de 1.993 robustece las finanzas de la salud no sólo a través de la destinación de mayores recursos, sino mediante la definición clara de la base de liquidación de los recursos del situado fiscal con destinación específica para la salud, cuando establece que el 25% de las transferencias

que recibirán los municipios para inversión social, son de destinación específica para la salud y 15 puntos de estos, se deben destinar al subsidio en salud.

Todos estos componentes estructurales y legales amplían el marco democrático para que la participación social y la solidaridad tengan su sustrato político, para tener un asidero real y con capacidad resolutoria frente a la problemática del sector salud en el país.

Es por esto que nace la Solidaridad del Régimen Contributivo para con el Subsidiado y del Estado para con los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado a través de la cofinanciación por el Fondo de Solidaridad y Garantías.

Es en este escenario donde comienzan a gestarse en el país, formas amplias de participación ciudadana y de concertación social, aún desde antes del surgimiento de la Ley 100 y que con la llegada de esta, se fortalecen y viabilizan. Estas formas de participación ciudadana son las Empresas Solidarias de Salud.

Las Empresas Solidarias de Salud se constituyen como personas jurídicas de carácter solidario, sin ánimo de lucro y de derecho privado, de origen y con participación comunitaria, creadas con el fin específico de administrar los subsidios en salud de acuerdo con las normas fijadas por el Gobierno Nacional.(25).

Después de todo un proceso sufrido por parte de las más diversas comunidades en todos los departamentos del país, llegan a conformarse y a consolidarse más de 150 proyectos de autogestión y organización comunitaria, hechos realidad a través de la participación de estas ESS en la administración del Régimen Subsidiado y coparticipando en el reto de transformación de los viejos esquemas por la **NUEVA CULTURA DE LA SALUD**.

En Antioquia comenzaron desde 1.993, 14 proyectos para la conformación de dichas empresas y a la fecha de realización de la encuesta 13 de ellos son una plena realidad creciente que comienza a afianzarse dentro del nuevo S.G.S.S.S.

La población del Departamento de Antioquia según censo de 1.985 proyectada a 1.996, es de 4.887.628 habitantes; el total de la población sisbenizada 1 y 2 tanto del área urbana como rural es de 1.096.797 personas.

La población afiliada al Régimen Subsidiado está en proporción a los recursos de financiación, así:

- Los recursos de origen municipal: \$ 19.029.768.267.oo.
- Los recursos de las Cajas de Compensación \$ 2.796.478.750.oo.
- Los recursos del Fondo SYGA 1: \$ 11.699.839.287.oo.
- Los recursos de conversión de Oferta a Demanda \$ 405.464.964.oo.
- Los recursos de cofinanciación FOSYGA 2 \$ 1.010.718.304.oo.
- Total de los recursos \$ 34.942.269.572.oo.

Estos recursos permiten cubrir a 513.534 personas, equivalentes al 46.83% de la población SISBEN 1 y 2 del departamento. (33)

Las ESS de Antioquia alcanzaron, a julio de 1.996, a tener una cobertura en .27 municipios del departamento y a afiliar un total de 99.277 beneficiarios del régimen subsidiado.

La distribución de dichos beneficiarios por E.S.S. y por municipios aparece reflejada en la tabla "AFILIADOS POR MUNICIPIOS DE LAS E.S.S. DE ANTIOQUIA PERTENECIENTES A ASO-REDESS A JULIO DE 1.996", que aparece para mayor comprensión en la página siguiente:

TABLA No. 14

**AFILIADOS POR MUNICIPIOS DE LAS ESS. DE ANTIOQUIA
PERTENECIENTES A ASO-REDESS A JULIO DE 1.996**

NOMBRE DE LA ESS	MUNICIPIO	MUNICIPIOS CONTRATADOS	BENEFIC. POR MUNICIPIO	TOTAL BENEFICIARIOS
ASOCIACION MUTUAL "NUEVOS HORIZONTES"	TURBO	TURBO	11.671	11.671
ASOCIACIÓN MUTUAL "ALVARO URIBE VELEZ"	EL PEÑOL	EL PEÑOL GRANADA SAN VICENTE	6.850 1.102 1.014	8.966
ASOCIACIÓN MUTUAL "FAMILIAS CAMPESINAS"	DABEIBA	DABEIBA	4.666	4.666
EMPRESA MUTUAL INTEGRAL DE SALUD	CAREPA	CAREPA CHIGORODÓ	2.863 4.680	7.543
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL	ARBOLETE	ARBOLETES NECOCLÍ SN. JN. DE URABÁ	4.453 2.159 3.178	9.790
"FRONSALUD"	FRONTINO	FRONTINO	6.600	6.600
ASOCIACIÓN MUTUAL	BELLO	BELLO	10.200	11.700

"FAMILIAS UNIDAS"		BARBOSA	1.500	
ASOCIACION MUTUAL "SALUD Y PROGRESO"	PUERTO BERRIO	PTO. BERRIO MACEO CARACOLI	5.535	5.535
"COORSALUD"	RIONEGRO	RIONEGRO LA CEJA EL CARMEN GRANADA	2.973 2.779 1.509 2.739	10.000
ASOCIación MUTUAL "PRoGRESO COMUNITARIO"	TÁMESIS	TÁMESIS JERICÓ	4.746 2.254	7.000
ASOCIación MUTUAL "FAMILIAS UNIDAS"	APARTADO	APARTADÓ	6.169	6.169
ASOCIación. MUTUAL "COMUNIDAD UNIDA"	EL BAGRE	EL BAGRE ZARAGOZA	5.019	5.019
ASOC. MUTUAL SOLIDARIA PARA SALUD "EL BIENESTAR"	SAN PEDRO DE URABÁ	SAN PEDRO DE URABA	4.628	4.628
TOTAL	13	27	99.277	99.277

Fuente: ASO- REDESS. Base de datos para las enfermedades de alto costo.

[Regresar a la Página Principal](#)

Esto quiere decir que las E.S.S. de Antioquia tenían una participación en el mercado del Régimen Subsidiado del Departamento del 19.33 % a julio de 1.996, teniendo en cuenta que en el Departamento de Antioquia están presentes 24 A.R.S., de las cuales 14 son las ESS.

Para alcanzar esta meta que aparece en el cuadro anterior y para buscar un horizonte de mayor participación porcentual en el mercado del Régimen

Subsidiado y crecer no solamente en afiliación, sino también en el propósito de garantizar cobertura en servicios de salud con énfasis en lo promocional y lo preventivo y en la búsqueda de la transformación de los determinantes para enfermar y morir, las E.S.S. de Antioquia han recorrido un camino marcado por éxitos y fracasos, logros alcanzados y por alcanzar, que fueron el objeto detallado de el presente estudio.

A continuación se presentan los principales elementos que dan pie a discusión desde los resultados obtenidos por la encuesta.

La discusión la podemos dividir en dos aspectos fundamentales:

4.1. Discusión frente al logro de los objetivos planteados.

4.2. Discusión de los resultados de la encuesta.

[Regresar a la Página Principal](#)

4.1.LOGRO DE LOS OBJETIVOS:

De cara al objetivo general propuesto por los investigadores cual fuera: " Evaluar la conformación, funcionamiento y situación actual de las Empresas Solidarias de Salud del departamento de Antioquia en el período comprendido entre 1.993 y 1.996", se cree que pudo lograrse en gran parte, pues los resultados mostrados anteriormente expresan en términos generales la situación pasada y presente de las ESS y el proceso que vivieron para su conformación, los momentos críticos en su crecimiento y una valoración descriptiva de los principales factores que muestran su funcionamiento y estado actual.

Las dificultades para la consecución de alguna parte de la información, las limitaciones de tipo logístico por carencia de recursos económicos por parte de los investigadores, a pesar de haberse tocado las puertas del Ministerio de Salud, la Dirección Seccional de Salud y de las mismas E.S.S., quizás impidieron una mayor oportunidad en la toma del dato y del cumplimiento del cronograma propuesto en el Proyecto de Investigación. Esto impidió, junto con otras limitantes al interior de las mismas ESS, que ya fueron enunciadas en el capítulo de ALCANCES Y LIMITACIONES, que se alcanzara en un 100% el logro del objetivo general.

Si se mira a los objetivos específicos se puede apreciar que:

- La descripción del proceso de capacitación en gestión sanitaria y empresarial pudo darse en términos nominales y cuantitativos en lo que respecta a las O.N.G. encargadas de realizarlas, las familias y los líderes capacitados, pero la valoración cualitativa y el alcance de la labor que cada una de ellas pudo tener, no fue posible lograrlos dado el carácter descriptivo de la investigación. Sin embargo se cree que este podría ser un buen tema de investigación para futuros acercamientos a la realidad de las ESS.
- Se pudo apreciar tanto por el desarrollo de la encuesta, como por las visitas y entrevistas realizadas a las ESS, las dificultades que han tenido en el proceso de desarrollo y constitución. Se resaltan allí específicamente dificultades de índole político en cuanto a la voluntad de algunos gobiernos municipales que no apoyaron el proceso; de índole económico en lo que tuvo que ver con el momento de iniciación en la prestación de los servicios, la aprobación de los presupuestos, el pago de las nóminas y el traslado de los recursos por parte de la Nación a los municipios y de estos a las ESS; dificultades en los procesos de participación comunitaria por la politización con ánimo clientelista en algunos de los casos, hecho que aparece como gran amenaza para el proceso y que podría en algún momento desviarlo de su norte inicial; dificultades en las relaciones con los organismos de Dirección del SGSSS (Ministerio de Salud y Departamento principalmente), en lo que tiene que ver con la asesoría y acompañamiento inicial que por Ley y por mandato constitucional les corresponde.

- La observación y descripción de la estructura organizacional actual de las ESS se logró medir parcialmente en lo que respecta a la planta de cargos administrativos, las características de los organismos de dirección y de control, algunas características del perfil de los gerentes, la reglamentación interna en la prestación de los servicios. Se considera que este aspecto es uno de los que mayor relevancia tiene al pensar en nuevos elementos a estudiar en futuras investigaciones que hagan énfasis en lo que tiene que ver con políticas de mercadeo implementadas desde las ESS para la extensión de coberturas, implementación de sistemas de información en salud, planeación estratégica y desarrollo de acciones para la expansión del plan de beneficios con énfasis en promoción y prevención.
- En relación con la cuantificación del número de afiliados y sus características, hubo grandes limitaciones por las dificultades para obtener la información exacta y oportuna ante la carencia de una base de datos en la mayoría de las ESS. La mirada a los mecanismos de afiliación y contratación, sólo pudo darse en términos cuantitativos y en lo que respecta a delimitación de responsabilidades en este proceso. Se deja entrever como una posible ampliación al presente estudio, una valoración de la eficiencia y eficacia en el proceso de afiliación y en los mecanismos de contratación con las I.P.S. para la prestación de servicios.
- La descripción de los mecanismos de Participación Comunitaria se alcanzó de manera muy somera mediante el instrumento para la presente investigación y se hace necesario implementar un estudio que profundice ampliamente en este aspecto que tiene elementos de supremo interés para ser mostrados e imitados por otros municipios y a la vez se debe tener una profunda reflexión acerca de la orientación que se le esté dando en cada ESS a los procesos participativos comunitarios, para adoptar medidas correctivas y orientarlos oportunamente hacia el logro de los objetivos colectivos y evitar desviaciones hacia la priorización de logros particulares prevalentes sobre los generales.
- El objetivo de "evaluar el apoyo institucional por parte de los entes municipales, departamentales y nacionales que han tenido las ESS para su conformación, implementación y desarrollo" se logró en términos de la valoración cualitativa que la encuesta le dió a cada uno de los organismos implicados en dicho apoyo institucional y de manera ampliada a través de las apreciaciones personales obtenidas de parte de algunos de los encuestados, como se dijo anteriormente.
- La descripción de los tipos de servicios que ofrecen a los beneficiarios cada una de las ESS se logró en un 100%.
- La valoración de la situación económica de las ESS para determinar su estado de solvencia financiera, no se logró como estaba planteada, ya que este objetivo trasciende los logros alcanzados por el instrumento de recolección de la información. Además se contó con el atenuante de la

dificultad para obtener esta información, por la no presencia de los Estados Financieros debidamente actualizados y sistematizados en la mayoría de las ESS que repondieron a la encuesta.

Este es otro aspecto en el bien vale la pena profundizar, si se realiza un análisis de rentabilidad financiera de las ESS, con el fin de medir su capacidad de permanencia dentro del SGSSS en el marco del mercado regulado imperante hoy en el país. Sería de suprema utilidad para conocer el logro de los objetivos planteados desde los lineamientos ministeriales en torno a la administración de los recursos del Régimen Subsidiado con base en una distribución porcentual acorde con U.P.C-S para valorar la eficiencia de las ESS en el cumplimiento de su misión como A.R.S. y para validar oportunamente los contenidos del POS-S y justificar ajustes regionales al mismo.

4.2. RESULTADOS DE LA ENCUESTA:

Para seguir con el planteamiento metodológico en la presentación de los resultados, se clasifica la presente discusión con el mismo esquema que clasifica las variables en los 5 grupos y universos temáticos planteados en la encuesta.

4.2.1 VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN.

La primera gran limitante en el proceso de homologación de los datos de la encuesta fue la fecha de realización de la misma, que por las dificultades ya descritas, fue muy diferente en las distintas ESS investigadas. En las ESS de Rionegro, Turbo, Frontino, El Peñol, Támesis, Carepa y Puerto Berrío, la información se pudo obtener en el primer semestre de 1.996, tal como se planteó en el Proyecto de Investigación. El resto de ESS completaron los datos en el segundo semestre. Esto presenta una dificultad para el análisis comparativo de la realidad plasmada por cada uno de estos grupos de ESS.

Es pertinente pensar en la necesidad de ampliar la presente investigación realizando cortes sucesivos para conocer la transformación y desarrollo que van teniendo las ESS de Antioquia en su devenir.

El predominio de la figura jurídica de Asociación Mutua sobre la de Cooperativa es un aspecto destacable dentro del fenómeno ESS en Antioquia. Tradicionalmente las Asociaciones Mutuales llamadas por el Decreto 1480 de julio de 1.988 que las reglamenta a brindar servicios de Seguridad Social, se han limitado, con contadas excepciones a ofrecer servicios funerarios para sus asociados. Con el advenimiento de las ESS, las Asociaciones Mutuales le inyectan un nuevo potencial de acción ampliando sus actividades a otros propósitos ya expresados teóricamente en su razón social y que hasta el momento no habían desarrollado suficientemente..

Los municipios donde están ubicadas las E.S.S. tienen unas características claramente diferenciadas y su categorización según la clasificación dada por la Ley 136 aparece en la siguiente tabla presentada en el marco teórico:

[Regresar a la Página Principal](#)

TABLA No. 15

**CATEGORÍAS SEGÚN LEY 136 Y COBERTURAS ASEGURAMIENTO
RÉGIMEN SUBSIDIADO EN MUNICIPIOS CON ESS EN ANTIOQUIA A
SEPT. DE 1.996.**

MUNICIPIO	CATEGORÍA	SISBEN 1 Y 2	AFILIADOS	% COBERTURA.
APARTADO	3	45.548	16.169	35
ARBOLETES	4	13.545	4.453	33
BELLO	1	27.417	22.500	82
CAREPA	5	14.073	5.863	42
DABEIBA	5	17.562	4.666	27
EL BAGRE	4	13.544	5.354	40
FRONTINO	4	11.585	70163	62
EL PEÑOL	5	8.500	6.850	81
P. BERRIO	4	30.216	6.035	20
RIONEGRO	2	10.079	9.095	90
S. PEDRO UR	5	21.401	4.628	22
TÁMESIS	4	7.609	3.883	51
TURBO	2	80.108	11.671	15

Fuente: Dirección Seccional de Salud, Régimen Subsidiado.

Los municipios categoría 4 y 5 son la mayoría (9 en total), estando esto acorde con los planteamientos iniciales del Ministerio de Salud, para implementar el programa de ESS en los municipios con mayores índices de N.B.I.

Es profundamente llamativa la presencia de 5 de las 14 ESS en la Región de Urabá, zona inmensamente rica, pero a la vez, inmensamente pobre de nuestro Departamento, con grandes concentraciones de la riqueza en manos de unos pocos y con una gran masa desposeída, y con el componente de violencia en espiral que alcanza dimensiones extremas y que a la vez refleja la realidad nacional. Pero es supremamente alentador apreciar como en un clima de intensas dificultades, las comunidades encuentran caminos de participación y espacios para la autogestión y el desarrollo, en búsqueda de satisfactores para esas necesidades básicas no satisfechas.

Los resultados obtenidos de las ESS de Urabá, es perfectamente aplicable para las de Puerto Berrío en el Magdalena Medio y El Bagre en el Bajo Cauca antioqueños, así como Dabeiba y Frontino en el Occidente.

Las coberturas de Aseguramiento para el Régimen Subsidiado a septiembre de 1.996 en los municipios donde tienen sede las E.S.S., según la información suministrada por la D.S.S.A. al C.T.S.S.S. en septiembre de 1.996 que aparece en la tabla de arriba permitió inferir lo siguiente:

- Los municipios donde hay ESS con mayores coberturas de la población SISBEN 1 y 2 identificada hasta entonces son Rionegro y Bello. Pero bien vale la pena anotar que en este último municipio la cobertura de aplicación de la encuesta del SISBEN no alcanzó a ser siquiera del 40%, lo que lo ubicaría, en caso de haberse completado la identificación de los potenciales beneficiarios, en el grupo con mas baja cobertura hasta la fecha.
- Los municipios con ESS, donde se alcanzó menor cobertura de su población niveles 1 y 2 fueron respectivamente: Turbo (15%), Puerto Berrío (20%), San Pedro de Urabá (22%), Dabeiba (27%) y Arboletes (33%).

Se debe destacar aquí que tres de estos municipios, recibieron recursos extraordinarios por parte del Ministerio de Salud para aumento de coberturas así:

Apartadó \$ 200 millones.

Carepa \$ 200 millones.

Turbo \$ 200 millones. (35).

Además, se debe resaltar que según la "Propuesta de Reasignación de los recursos de cofinanciación del FOSYGA asignados en el Acuerdo 28 del CNSSS a los municipios de Antioquia", preparada por el Grupo del Régimen Subsidiado en Sept. de 1.996, donde se priorizan a los municipios con coberturas por debajo del 30% (36), se beneficia también Puerto Berrío con recursos para 1.641 pólizas más. No se incluyen en esta reasignación a San Pedro de Urabá y a Dabeiba que presentaron también coberturas por debajo del 30%.

En relación con el tamaño de la población de los municipios donde hay ESS en Antioquia, llama la atención la presencia de Bello como gran ciudad entre una serie de municipios de menor tamaño. Pero es importante resaltar que este es el municipio del área metropolitana donde han tenido asentamiento durante las 3 últimas décadas grupos de población que han migrado desde diferentes zonas del Departamento impulsados en gran medida por el fenómeno de la violencia. Es aquí, donde vuelve a tener importancia el rol esperanzador expresado cuando se hacía referencia a los procesos participativos comunitarios en las Regiones de Urabá, Bajo Cauca y Magdalena Medio.

Cuando se mira la distribución urbano-rural de la composición poblacional de los municipios sede de las ESS de Antioquia, expresada en la Tabla No.16, vemos como casi todos ellos tienen una población predominantemente rural. La dificultad en la obtención del dato de los afiliados a las ESS discriminados por área urbana y rural dificultó concluir si las ESS responden o no a las expectativas de la población mayoritariamente rural en ellas o si la afiliación está sesgada hacia las áreas urbanas, como se expone en la tabla a continuación:

TABLA N° 16

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LOS MUNICIPIOS SEDE DE LAS ESS DE ANTIOQUIA PROYECTADA A 1.995

MUNICIPIOS	N° DE HAB.	URBANO		RURAL	
RIONEGRO	104000	74000	71.2%	30000	28.8
TURBO	113002	39013	34.5%	73989	65.5
DABEIBA	26165	8312	31.8%	17853	68.2
PTO BERRIO	32826	8520	26%	24306	74%
PEÑOL	15551	5968	38.4%	9583	61.6%
TAMESIS	19629	6321	32.2%	13308	67.8%
ARBOLETES	32255	9244	28.7%	23011	71.3%
BELLO	325094	317951	97.8%	7143	2.2%
CAREPA	20938	6821	32.6%	14117	67.4%
PTO BERRIO	31914	23408	73.3%	8506	26.7
EL BAGRE	29460	19908	67.6%	9552	32.4%
APARTADO	77165	43974	57.0%	33191	43.0%
SN PEDRO URABA	27981	7936	28.4%	20045	71.6%
TOTAL	752025	571376	76%	284604	24%

Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia 1994

[Regresar a la Página Principal](#)

Es determinante también de manera negativa, para los propósitos de esta investigación, el no haberse podido obtener el dato de la población de afiliados a las ESS de Antioquia, discriminada por sexos. Este hecho condiciona el impedir un adecuado análisis del comportamiento del perfil epidemiológico y de los servicios de salud brindados.

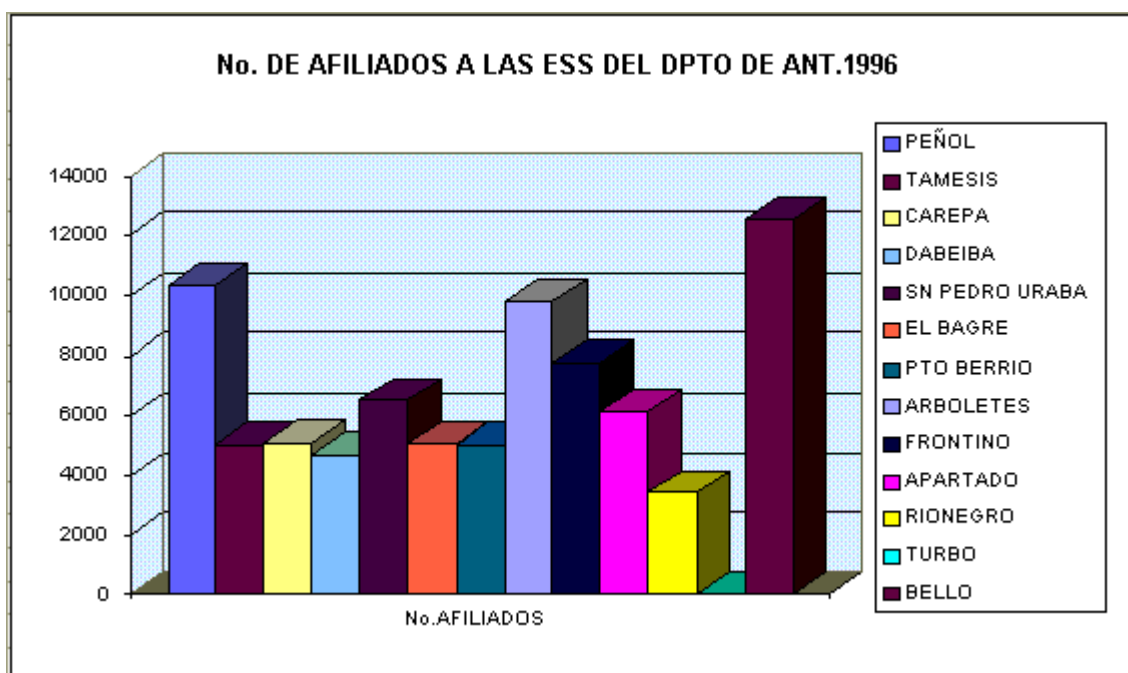
Cuando se mira el total de afiliados en el momento de la encuesta (81.303), según aparece en la tabla N° 2, se puede apreciar que este número de personas es considerablemente menor al de la base de datos de ASO-

REDESS para julio de 1.996 (99.277). Esto es explicable por las variadas fechas en que se recogieron los datos en las diferentes ESS.

Lo anterior permite inferir que si se hubiera tenido un corte exacto para todas las ESS en el primer semestre del año y cortes sucesivos en los trimestres subsiguientes, se reflejaría una curva de crecimiento de inflexión positiva mostrando una dinámica alentadora en lo que tiene que ver con afiliación.

La gráfica No 6 que se muestra a continuación mostró que en valores absolutos, la ESS de mayor número de afiliados al momento de la encuesta fue la de Bello, seguida por El Peñol y Arboletes. Pero al observar la tabla No 2, que señala el valor relativo de esta afiliación frente al total de población del municipio, confirma de nuevo una proporción mayor en el municipio de El Peñol, superior al 60%, seguida por Arboletes con el 30% de su población cubierta y muy de cerca por Támesis, San Pedro de Urabá y Frontino. Finalmente, Bello y Turbo, presentan las más bajas coberturas en proporción al total de su población, hecho perfectamente explicable por el tamaño de la misma en cada uno de ellos.

GRAFICA No. 6



Haciendo una extrapolación de los datos consignados en la Tabla N° 3 del capítulo de resultados y dejando solamente los de las ESS que completaron las respuestas se observa:

De los datos obtenidos por la encuesta, en 7 de las 13 ESS estudiadas, en lo que tiene que ver con la distribución urbano rural de los afiliados a las ESS (se conoció el dato de un total de 51.999 afiliados), el 34.8% de los mismos reside en área rural y el 65.2% restante es del área urbana. Se pudo apreciar que las

ESS. de Apartadó, tienen en su totalidad una población urbana, y Bello en un 96%. En Bello esto es perfectamente explicable por ser una ciudad con muy escasa población rural, pero cabría preguntarse por qué en Apartadó no se ha alcanzado cobertura para la población rural?.

Los municipios con mayor cobertura rural entre los que se obtuvo el dato fueron Dabeiba (88.2%) y Puerto Berrío (84.8%), ya que prorizaron en el momento de realizar la Gestión Sanitaria este grupo poblacional.

Igualmente de los 40.790 beneficiarios, distribuidos en 6 de las ESS de las que se pudo obtener la información de la distribución de los afiliados por sexos, el 46.7% son masculinos y el 53.3% restante son mujeres. Esto marca una tendencia diferencial proporcionalmente mayor para buscar la afiliación, por parte de las mujeres que de los hombres, hecho perfectamente explicable por estar ellas dentro de los grupos más vulnerables, especialmente las que se encuentran en edad reproductiva.

La distribución por sexos muestra un comportamiento similar en casi todas las ESS que respondieron la encuesta pero se aprecia una tendencia más grande hacia la afiliación femenina en Bello donde alcanza al 58.8% de los afiliados.

En lo relacionado con el proceso de implementación de las ESS de Antioquia vale la pena resaltar lo siguiente:

Todas ellas, sin excepción, pasaron por el proceso en cuatro fases, diseñado por el Programa de ESS del Ministerio de Salud para la conformación de las mismas

- En un **primer momento o fase previa** hubo una inscripción del proyecto de ESS por parte del Alcalde y el compromiso de cofinanciación, a través de un Convenio Interadministrativo celebrado entre el ente municipal, el departamento de Antioquia y el Ministerio de Salud.
- Todos los municipios firmaron dicho Convenio Interadministrativo para impulsar los proyectos de creación de las respectivas ESS y en una amplia concertación con sus comunidades se lanzaron al reto de construir las hoy en proceso de consolidación ESS de Antioquia.
- **Una segunda fase** fue la preparación y diseño durante la cual se llevó a cabo la contratación por parte del Ministerio de la asistencia técnica en gestión sanitaria y empresarial. Los contratos para tales fines se realizaron con una entidad no gubernamental (ONG) con experiencia en el campo y tuvieron por objeto y responsabilidad, acompañar el proceso de organización y capacitación comunitaria en los aspectos más relevantes de su perfil epidemiológico para iniciar acciones de autocuidado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad (**Gestión Sanitaria**) y por otra parte adelantar los estudios necesarios para la consolidación de la Empresa (**Gestión Empresarial**)

En lo relacionado con las O.N.G. que llevaron a cabo la Gestión Sanitaria es de suma relevancia la presencia de FUDESCO (Fundación para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia) en 9 de los 13 proyectos estudiados. Es interesante reconocer aquí la importancia de la presencia de FUDESCO en la preparación de las familias para la conformación de las ESS, no solamente en Antioquia, sino también, a todo lo largo y ancho de la geografía nacional. Todo esto fue posible según lo percibido por las entrevistas de los investigadores con las Juntas Directivas y los Gerentes de las ESS, gracias a la inmensa capacidad logística y a la claridad conceptual acerca del propósito que se quería por parte de la ONG en mención.

Para recordar lo sucedido en este aspecto, se extrapola a este lugar del análisis la tabla "No. 5 DISTRIBUCION DE MUNICIPIOS POR ONG CAPACITADORA EN GESTIÓN SANITARIA":

Una de las falencias detectadas a través de las entrevistas con los representantes de las ESS es la falta de continuidad de la asesoría por parte de todas las ONG comprometidas inicialmente, luego de haber terminado sus contratos. Todas, al terminarse el proceso, se ausentaron de las comunidades. Cabe preguntar qué sería de estas ESS y de las familias capacitadas por ellas, de haberse continuado con nuevos ciclos ininterrumpidos de capacitación por parte de las ONG presentes inicialmente?...

Las familias que recibieron capacitación en Gestión Sanitaria, como se expresó al presentar los resultados fluctuaron entre las 1.000 capacitadas en Bello y las 2.770 que recibieron dicha capacitación en El Peñol. Un elemento interesante para el análisis sería el preguntarse: Cuántas de las Familias capacitadas permanecieron en el proceso de su ESS.?, y lo que sería mejor aún: Cuántas de ellas han logrado transformar los condicionantes para enfermar y morir?

En lo que respecta a la Gestión Empresarial, la ONG. que mayor asesorías realizó fue CORFAS (Corporación Fondo de Apoyo de Formas Asociativas), con 6 de los 12 proyectos, de cuyas empresas, se obtuvo este dato.

Al igual que lo dicho para las ONG encargadas de la Gestión Sanitaria, las ONG responsables de la Gestión Empresarial adolecen de haber dejado el proceso después de terminada su relación contractual con el Ministerio de Salud para tal fin. Aquí vale la pena destacar, según datos obtenidos en las entrevistas, que algunos de los profesionales contratados para realizar la Gestión Empresarial, se quedaron en los municipios, en algunos casos como asesores y en algunos otros como gerentes, y en la mayoría de los casos, por varios meses, su vinculación fue Ad Honorem.

[Regresar a la Página Principal](#)

De la Gestión Empresarial se obtuvo como resultado un número variable de líderes capacitados en los procesos participativos comunitarios y muchos de ellos permanecen como Agentes Educativos, jugando un auténtico y verdadero papel de liderazgo. Sin embargo la medida de esta realidad, se desconoce, es una pregunta interesante a responder por una futura investigación: Cuántos de

los líderes capacitados se mantienen haciendo frente a los retos del desarrollo de sus empresas y sus comunidades?.....

- **La tercera fase** de creación de la ESS o fase de organización comunitaria y empresarial consistió en la consolidación de actividades de capacitación grupal y familiar, mediante la gestión sanitaria, la cual se inició una vez llevado a cabo el proceso de selección de las familias beneficiarias del subsidio en salud, y terminó con la realización de la primera asamblea de delegatarios para la elección de la Junta Directiva o el Consejo de Administración de la ESS, de las Juntas de Control Social y sus respectivos Revisores Fiscales

Aquí es pertinente inquietarse por cuál es el grado de pertenencia que los miembros de dichas Juntas y Consejos han tenido y tienen, cuál es su grado de autonomía, cuál su capacidad de incidir en la toma adecuada de decisiones, cuáles los manejos políticos que hay al interior de las mismas, cuál el grado de desarrollo participativo y gerencial que llegarán a alcanzar?. A todas estas inquietudes, no respondió la presente investigación y se constituyen en fuente para ser afrontada por futuros investigadores.

En lo que respecta a las Juntas de Control Social o Juntas de Vigilancia, igualmente es necesario cuestionarse acerca de cómo están desarrollando su labor, si con eficiencia y prestancia o por el contrario, son figuras decorativas o sus miembros fueron elegidos por cumplir con un requisito de Asamblea.

De suma importancia es también traer aquí, la discusión en torno a los demás mecanismos de Control Social en Salud que están obligados a montar los municipios del país, cuales son los Comités de Veeduría Ciudadana, en cuyo proceso de conformación y fortalecimiento, las ESS, están llamadas a tener un papel protagónico.

- **La cuarta fase** fue la puesta en marcha de las actividades propias de la Empresa orientadas a la administración de los recursos y a la contratación de la prestación de los servicios de salud. Para ello fue necesario como requisito establecido por el Ministerio de Salud que las ESS, una vez obtenida su Personería Jurídica, constituyeran un Encargo Fiduciario de Administración y Pagos para trasladar a él, los recursos del Convenio y ejecutarlos contra un presupuesto que debió ser elaborado por los Gerentes y aprobado por las Juntas Directivas, los Comités Operativos Locales y por el Ministerio de Salud.

El presupuesto mencionado se debió elaborar en cada ESS siguiendo las pautas determinadas por el CNSSS, para ser ejecutado prestando los servicios contemplados en el POS-S.

Al momento de realizarse la encuesta, las Fiducias contratadas por las ESS de Antioquia eran las siguientes:

FIDUFES fue contratada por: las ESS de Rionegro, Frontino y El Peñol.

FIDUCIARIA POPULAR por: Turbo y Apartadó.

FIDUCAFÉ por: Dabeiba y El Bagre.

FIGUAGRARIA S.A.por: Támesis y Puerto Berrio.

LA PREVISORA por: Arboletes.

La ESS. de Bello constituyó dos encargos fiduciarios, con FIDUAGRARIA S.A., contrató los recursos del Convenio y con FIDUFES, los ICN de 1995.

SIN DATO: las ESS. de Carepa y San Pedro de Urabá

Es importante consignar el testimonio de los Gerentes y Asesores de las ESS en el sentido de que al iniciarse el programa, por sugerencia del Ministerio de Salud, las ESS debieron contratar sus encargos fiduciarios con FIDUAGRARIA S.A. casi en su totalidad y que los datos que aparecen arriba son los del momento de la encuesta y no los iniciales. Esto quiere decir, que algunas de ellas, a la fecha de elaboración de la encuesta, ya habían cambiado de Fiducia.

También es bueno anotar aquí que aunque el instrumento de la encuesta no valoraba cualitativamente las diferentes Fiducias, las ESS asociadas a ASO-REDESS, contrataron de manera conjunta los servicios de FIDUFES para la administración en un Fondo común, los recursos destinados para el pago de la Póliza de Reaseguro para el cubrimiento de los siniestros por enfermedades del Cuarto Nivel de complejidad o enfermedades de Alto Costo.

La escogencia de FIDUFES para este encargo, se debió a que las ESS después de apreciar diferentes ofertas, encontraron en ella, la menos costosa, y reconocieron, por la experiencia de las ESS que ya tenían su encargo previamente con FIDUFES, una gran eficacia en los pagos y calidad en la atención.

ASO-REDESS administra este Fondo, gestionando el traslado de los recursos por parte de las ESS, realizando la Auditoría e Interventoría de los servicios prestados a los beneficiarios de las ESS por parte de las IPS contratadas por la Asociación para atender los eventos del Cuarto Nivel, y ordenando el pago de los deducibles por los eventos que se presentan. También coordina todas las actividades administrativas en relación con el reaseguro, logrado en forma conjunta a través de La Previsora VIDA S.A.

4.2.2. DETERMINACIÓN DE LA DEMANDA:

Para comenzar a prestar sus servicios asistenciales las ESS debieron elaborar a través de las O.N.G. que las asesoraron socio- empresarialmente un documento que se llamó:

"Diseño Técnico y Estudio de Viabilidad". Dicho documento fue sometido en cada caso, a la revisión, en varias ocasiones, por el equipo de gerencia del Programa de ESS. de Minsalud, previamente a su aprobación definitiva.

En el citado documento debió aparecer un análisis de la demanda en salud de cada uno de los municipios. Ese estudio de demanda debe contener las principales causas de morbi-mortalidad del municipio, tanto en forma general, como discriminadas por grupos etáreos. A pesar de ello, la información pertinente fue de muy difícil consecución por parte de los investigadores. Esto podría explicarse quizás, por el desconocimiento del mismo por parte de los gerentes y miembros de las Juntas Directivas al momento de la encuesta, pues en muchas de las ESS., los gerentes han cambiado y manifiestan desconocimiento del Diseño Técnico

La importancia del estudio de demanda radica en que este, fue la base sobre la cual se realizó el ajuste del Plan de Beneficios (POS-S), a las condiciones de la población que recibió la capacitación para la conformación de la ESS.

Podemos agregar además que sólo cuando se conoce el comportamiento de la estructura de morbi-mortalidad de una población, se puede realizar una adecuada planeación de los servicios de salud y una adecuada administración de los dineros transferidos por la Nación a los municipios y contratados por estos con las A.R.S. y, en el caso que nos ocupa, con las ESS de Antioquia.

De lo anterior se concluye que urge la necesidad de que en las ESS se tenga un conocimiento real del comportamiento de los fenómenos epidemiológicos de sus comunidades, no sólo para lo relacionado con los servicios asistenciales, sino también, para lo que se relaciona con las estrategias de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que, como se resaltó en el Marco Teórico, constituye el elemento diferenciador y cualificador del enfoque de prestación de servicios desde la demanda que promulgan y defienden las ESS.

Por todo lo expuesto, los investigadores, supliendo en parte la carencia arrojada en este aspecto por los resultados de la encuesta, decidieron consultar de fuente oficial (la Dirección Seccional de Salud de Antioquia), lo relacionado con el perfil de morbimortalidad de los municipios sede de las E.S.S. e incluirlos en el ANEXO N° 1. La morbilidad corresponde a los datos de 1.995 y los registros de defunción son los de 1.993, los últimos que se tienen condensados.

Se considera que el material recopilado será una fuente de consulta importante para las mismas ESS. y para futuros investigadores de la realidad en salud del departamento de Antioquia, cuando las ESS hayan logrado una consolidación en el SGSSS y puedan mostrar con hechos reales, cambios positivos en las condiciones de salud de sus afiliados.

[Regresar a la Página Principal](#)

4.2.3. ESTRUCTURA DE SERVICIOS:

Cuando se observa la secuencia del inicio en la prestación de los servicios de salud por parte de las Empresas Solidarias de Salud del Departamento de Antioquia se puede inferir que estas han vivido un proceso cargado de

dificultades y que su esfuerzo ha sido grande para finalmente llegar a cumplir su cometido.

Lo anterior se explica cuando se mira que los Convenios Interadministrativos se firmaron en su mayoría en 1.994 y sólo 2 años después, se comenzó de manera efectiva dicha prestación de servicios. Esto adquiere una justa explicación en lo complejo del proceso, en la diversidad de actores que intervienen en él, en lo novedoso del modelo de ESS. y en las múltiples gestiones de tipo administrativo que debieron realizar ante las distintas instancias de decisión, tanto de orden Municipal, Departamental, como Nacional.

Es importante dejar consignado en este análisis, el hecho de la normatividad cambiante que vivió el Régimen Subsidiado durante sus dos primeros años, y el conflicto de intereses que desde los mismos entes de Dirección del Sistema se plantearon frente al enfoque que debería dársele a la prestación de los servicios de Salud en Colombia. El hecho más significativo fue la aparición del régimen de transitoriedad promulgado por el Decreto 2491 del 8 de noviembre de 1.994. que reglamentó parcialmente el Régimen Subsidiado dándole potestad transitoria a los entes territoriales para convertirse en Administradoras del Subsidio a través de la creación de EPS. Públicas de carácter Departamental o Municipal. Dicha transitoriedad se extendía, según el decreto en mención, hasta el 31 de diciembre de 1.995.

Desde la aparición de este Decreto y hasta finales del año 1.995, el Gobierno Nacional y las Direcciones Seccionales de Salud, colocaron toda su energía en impulsar las EPS. transitorias del orden departamental. Contrariamente disminuyó su credibilidad en el proceso de las ESS, según lo expuesto por los mismos gerentes en el momento de la entrevista. Las relaciones entre la D.S.S.A. y las ESS. llegaron a deteriorarse, al no haber claridad en la reglamentación y apoyo a las ESS. La aparición de una reglamentación clara expresada en el Decreto 2357 de diciembre de 1995, que terminó con el Régimen de transición y la consolidación y fortalecimiento de las Empresas Solidarias de Salud a través de la Asociación Regional, generó un cambio en las políticas de los funcionarios de la DSSA. y una nueva orientación se desarrolló hacia las ESS.

A todas estas, los servicios de salud, unas primero y otras después, se han ido comenzando a prestar por las ESS de Antioquia. Su comportamiento de acuerdo a los datos arrojados por la encuesta muestra el siguiente perfil:

La mitad de las ESS. que al momento de la encuesta habían contratado sus servicios de salud lo hicieron en forma global con las E.S.E. Hospitales, a cargo de la Dirección Seccional de Salud y la otra mitad presentaba otras alternativas en la prestación de sus servicios de salud a los afiliados. La ESS. que respondió no haberlos contratado aún, fue la de Carepa, a la cual se le realizó la encuesta muy recién comenzada la investigación, pero esta, a la fecha de cierre de la recolección de la información ya había comenzado a prestar servicios de salud a sus afiliados.

Los servicios de Promoción y Prevención que son la esencia diferenciadora del modelo nuevo de demanda del SGSSS y la fortaleza que han acusado las ESS a lo largo y ancho del territorio nacional, venían prestándose en el 61.8% de las ESS de Antioquia (ocho), a través de Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) propios, 2 ESS la contrataron con el Hospital y 3 de ellas no los habían contratado aún.

Vale la pena cuestionar, sobre cuáles han sido los logros reales de estos ECOS: ¿se ha logrado introducir lo suficientemente en las comunidades donde prestan sus servicios?, ¿cuál es el enfoque que le dan a su actividad?, ¿realizan actividades educativas permanentes a los distintos grupos poblacionales y con enfoque de riesgo? o, ¿se dejan absorber por el enfoque asistencialista bajo la presión de la gran demanda insatisfecha por parte de las comunidades a las cuales sirven?.

Serían muchos más los interrogantes acerca de este singular aspecto de vital importancia para el futuro desarrollo de las ESS., que sin dudarlo un momento, constituye un prospecto de investigación a ser abordado por epidemiólogos, sociólogos y gerentes de la Salud Pública, interesados en el presente y futuro de las comunidades marginadas de Antioquia.

Pasando a otro plano de la prestación de servicios de salud, se encontró que las atenciones ambulatorias en su mayoría eran contratadas por las ESS. (77%), dado el fin con el cual fueron creadas las A.R.S. el cual es: contratar la prestación de servicios de salud.

Es consenso en las ESS. de Antioquia, el tratar de fortalecer fundamentalmente la red de servicios pública, dado que esta, está llamada a fortalecerse y a hacerse eficiente y en consideración de que en la mayoría de municipios de Antioquia es la D.S.S.A. la que tiene la más extensa y completa red de servicios de Primer Nivel.

La red de servicios departamentales del Segundo Nivel de complejidad, adolece en la mayoría de las Regionales del personal profesional especializado, capacitado para asumir los riesgos de las patologías de mayor complejidad, a pesar de que brindan algunos servicios especializados del segundo nivel. Esta es una de las grandes deficiencias del sistema colombiano y está marcada por determinantes de diversa índole, destacándose entre ellas, la falta de incentivos económicos para los profesionales de la salud para trabajar en la provincia, la poca participación del sector salud en el presupuesto general de la Nación y la ineficiencia en la administración que el mismo sector acusa de los exiguos recursos que le llegan.

Esto se refleja en la proporción de ESS que hasta el momento de la encuesta no habían contratado los servicios hospitalarios del Segundo Nivel (30.8%, 4 ESS).

Los gerentes relataron diversos tipos de dificultades para no tener resuelto este aspecto de la red de servicios.

Esto se convierte en un riesgo para toda la población, especialmente para la población materno-infantil considerada como vulnerable, por quien deben responder las ESS., las demás atenciones en este Nivel de complejidad, aún siguen siendo de responsabilidad del Departamento, con cargo a los recursos que recibe por cuenta del subsidio a la oferta.

Es válido cuestionarse si esta deficiencia en la red de servicios no podrá estar jalonando un riesgo para el aumento de la prevalencia de la morbilidad materno infantil, cuya disminución es prioridad señalada por las directrices de la Organización Mundial de la Salud O.M.S. y del propio Ministerio de Salud.

En lo que respecta a los servicios de Salud Oral, en general también predominó la contratación con la red pública (53.8%).

Cuando se analiza lo relacionado con la Salud Oral, lo primero que viene a la mente es la extensión de cobertura que se viene logrando. Se tiene que cuestionar por la validez y el impacto de los programas preventivos de Salud Oral. Allí, nuevamente las ESS, están llamadas a ser protagonistas y a impactar grandemente a su población a través de campañas promocionales, orientadas con profesionales en el área.

Los servicios de laboratorio y de imagenología presentan el mismo comportamiento que los demás servicios asistenciales contratados por las ESS. de Antioquia, al aparecer prioritariamente prestados a través de la red de servicios pública.

Un aspecto que tiene particular importancia cuando se mira el nuevo modelo es la alta prevalencia de Boticas Comunitarias (en 6 de las ESS), pues este es uno de los elementos que fortalece más la participación de la comunidad y la facilita la accesibilidad a los medicamentos, para la población beneficiaria. La correcta y eficiente administración de estas Boticas comunales, no solamente deja en las comunidades mayores índices de satisfacción en la prestación del servicio por parte de las ESS, sino que significa en la mayoría de los casos, rentabilidad en los recursos invertidos.

En términos globales y para concluir el análisis de la estructura de los servicios de las ESS., es importante destacar la mentalidad inicial de apoyo a la red de servicios pública, la cual es la que mayor experiencia tiene en la prestación de servicios de primer y segundo nivel. Esto es importante si se mira desde la óptica del nuevo sistema general de seguridad social en salud y en donde el Régimen Subsidiado debe apoyar para que se estructure y fortalezca económicamente una red de servicios con las suficientes alternativas que satisfagan el 100% de la demanda con los criterios de equidad, calidad y eficiencia.

4.2.4 Estructura Administrativa y Operativa:

Es pertinente anotar para efectos del análisis, según aportes de algunos de los gerentes en el momento de la visita a las ESS, el hecho de que la planta de cargos con que iniciaron su funcionamiento fue muy reducida por la concepción

que se tenía en la gerencia nacional de ESS, ya que fueron concebidas como empresas muy pequeñas y con una visión limitada de su crecimiento potencial.

Sucesivos cambios en la distribución porcentual de la UPC-S destinada para Administración, redujeron en varias ocasiones la planta de cargos que apareció en el Diseño Técnico elaborado por las ONG. encargadas de la Gestión Empresarial.

De los resultados de la encuesta se puede deducir lo siguiente en lo que tiene que ver con la estructura administrativa de las ESS al momento de ser encuestadas:

Las profesiones acreditadas por los Gerentes de las ESS de Antioquia. fueron muy variadas, predominando fundamentalmente la presencia de Administradores (4) y Contadores (2). Sólo 2 de los gerentes acreditaron pertenecer al área de la salud (1 Nutricionista y un Médico), un Ingeniero Industrial, un Economista y un Sociólogo completan el marco de las profesiones de los gerentes. Se incluyen además una Tecnóloga en Sistemas y un Bachiller.

Al analizar este aspecto, es interesante cuestionarse el por qué no aparecen más profesionales del área de la salud en el manejo gerencial de estas empresas comunitarias?.

Cuál enfoque es el que seguirán dándole a las ESS. sus gerentes, uno economicista, o uno orientado hacia la modalidad de promoción y prevención como originalmente fueron concebidas las ESS?, o de otro lado, tienen los profesionales de la salud realmente un interés por los aspectos relacionados con el desarrollo comunitario o por el contrario prevalece en ellos el estilo asistencialista y de atención a la enfermedad sobre el modelo que busca la Nueva Cultura de la Salud?. Aquí es pertinente cuestionar también cuál es la orientación que se le está dando desde las Universidades a la formación del recurso humano en salud , cuál la orientación que debe dársele aún, desde el momento en que el estudiante ingresa a la universidad?...

[Regresar a la Página Principal](#)

Un dato relevante en la composición del cuadro de los gerentes de las ESS. de Antioquia en cuanto a su experiencia administrativa es que esta fluctúa entre 0 y 30 años. Entre los profesionales que justamente acreditaron tener menos tiempo en el área administrativa, estuvieron los del área de la salud. El médico que se desempeña como gerente tiene experiencia de 4 años de trabajo con comunidades.

Por el contrario, uno de los profesionales del área contable no manifestó tener mucha experiencia comunitaria.

Es de suma importancia resaltar como el economista, el sociólogo y el bachiller del grupo de los gerentes, acreditaron respectivamente, 25, 20 y 16 años de trabajo comunitario, lo que permite inferir acerca del profundo liderazgo que

ellos encarnan y del sentido de pertenencia que pueden tener para con el proceso de ESS.

Un aspecto que surge como cuestionamiento esencial desde esta investigación es el de la capacitación y motivación permanente que reciben los gerentes de las ESS, y no solamente ellos, sino también, todo el personal administrativo que asume el riesgo del manejo de los recursos del Régimen Subsidiado en sus municipios. Este aspecto es importante mirarlo no solamente frente a la actualización permanente que deben tener los gerentes, sino la debida a los líderes comunitarios, para que cada día tengan mayor protagonismo, capacidad y respuesta a las responsabilidades delegadas en ellos, como lo ordenan los principios orientadores de la Atención Primaria en Salud.

Los Auditores médicos estaban contratados por 9 de las 13 ESS al momento de la encuesta y cuatro de ellas aún no tenían resuelta esta necesidad.

No fue un alcance de esta investigación el conocer el grado de preparación real para ejercer su oficio como auditores de estos profesionales y los modelos de auditoría empleados por ellos. Valdría la pena preguntarse por el hecho de si tienen en las ESS modelos de auditoría proactivos, tendientes a contribuir a mejorar la calidad en la prestación del servicio o si por el contrario, son reactivos y fiscalizadores.

Buen objeto para investigación futura lo constituye también, extender una mirada hacia la agilidad con que se realiza la auditoría e interventoría y la prestancia con que vienen entregándose por un lado las facturaciones desde las IPS a las ESS y., por otro lado, los pagos desde estas últimas a las primeras.

Las ESS no han alcanzado el desarrollo administrativo y gerencial, en su gran mayoría para hacerse al recurso de una sede propia y el 70% aproximadamente funcionan en sede alquilada, 2 de ellas han recibido locales en comodato, tal como está permitido y contemplado en el Decreto 1895 de 1.994 y de una, no se obtuvo el dato. Sólo una de ellas, la ESS de Bello, logró visionar la posibilidad de adquirir una sede propia, haciendo uso de los rendimientos financieros de los encargos fiduciarios en 1.995 y de una redistribución de los excedentes del balance general de 1.995, según aprobación de la Asamblea General de delegados, celebrada en 1.996.

Es pertinente insistir que este camino debe ir siendo recorrido por las demás ESS, en aras a cumplir con los requisitos establecidos por el artículo 6 del Acuerdo 23 del 4 de enero de 1.996 emanado por el CNSSS. Este reza así: "Las ESS estarán autorizadas para afiliar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, con el objetivo de garantizar la prestación del POS-S, cuando acrediten ante la Superintendencia Nacional de Salud, un patrimonio equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes por cada cinco mil afiliados. Este patrimonio podrá estar compuesto por los aportes de los asociados, las donaciones y los excedentes que logren capitalizar".

No solamente son los requisitos de Ley los que hacen importante determinar que las ESS vayan adquiriendo sus propias sedes, sino que esto las va haciendo más sólidas financieramente y las va protegiendo ante eventuales contingencias.

Un elemento que permitió acercarse a la medición de la capacidad administrativa de las ESS fue la elaboración de normas o manuales para la prestación de los servicios asistenciales y orientación a los beneficiarios y a las I.P.S. en los trámites que deben realizarse para optimizar la atención. Es diciente en sentido positivo el apreciar que un poco más de las $\frac{3}{4}$ partes de las ESS. anotaron tener reglamentado algo en este aspecto.

La reflexión en torno a lo dicho bien valdría la pena ampliarla con una nueva investigación que busque la manera como se están ajustando todos los actores a la reglamentación fijada por las ESS y, de otro lado, investigar por la periodicidad con que se hacen ajustes a la misma, para adaptarla a la nueva reglamentación que va saliendo por parte de los organismos de dirección del Sistema.

Un tema que arrojó resultados preocupantes desde la percepción de los encuestados, fue el de las asesorías por parte de los organismos de Dirección. Cuando se inquirió por la asesoría del Ministerio de Salud, el 61.6% de las ESS que respondieron, la consideró entre regular y mala y el 76.8% de ellos valoró la asesoría de la D.S.S.A. de idéntica forma.

Ante tan alarmantes datos, bien vale la pena preguntarse: cuál es el tipo de compromiso que se tiene con las comunidades marginadas del departamento por parte de los entes ministerial y seccional?. Cómo se promulgan en el país leyes que tienden al fortalecimiento de las regiones y municipios, cuando hay funcionarios que reaccionan frente a la tendencia descentralizadora del país?.

Una panorámica más alentadora la ofrecen las respuestas obtenidas al preguntar por el apoyo logístico de los municipios, para la conformación de las ESS, ya que el 62% respondieron que dicho apoyo fue bueno. De lo dicho se puede inferir que la gran fortaleza de los procesos participativos locales se impulsa con ahinco por las administraciones municipales y que son estas, en unión con su comunidad, las verdaderas encargadas de dirigir las organizaciones hacia acciones que busquen transformar la realidad que condiciona el proceso salud-enfermedad. Urge la presencia en los niveles seccional y nacional de verdaderos líderes que apoyen los esfuerzos de la provincia y crean en ella, para que la concertación sea realmente una política coherente y las decisiones tomadas a nivel central y los aportes que hacen las leyes y decretos, se conviertan en realidad tangible, sin tantas trabas y trámites, para poder construir una Colombia participativa y autogestionaria.

En lo relacionado con el proceso de carnetización de los beneficiarios, en al mayoría de los casos la responsabilidad fue asumida por las propias ESS y sólo en 23.1% se pudo contar con la colaboración de los entes municipales.

De todo lo expuesto, de lo obtenido por el análisis de los datos captados por la encuesta y de las entrevistas en las visitas a las ESS, se puede llegar a concluir que las ESS de Antioquia han tenido un desarrollo significativo, que van construyendo sus fortalezas, pero que aún es largo el camino por recorrer desde el punto de vista empresarial y como empresas sui generis, creadas dentro de un modelo de seguridad social en salud.

4.2.5 SITUACIÓN ECONÓMICA:

Al momento de la encuesta, la totalidad de las ESS habían logrado la aprobación de su presupuesto por parte del Ministerio de Salud, el Comité Operativo Local y las respectivas Juntas Directivas o Consejos de Administración.

Este proceso, de acuerdo con lo conversado con algunos de los gerentes, fue demorado, debido a que en muchas ocasiones, el presupuesto, les fue devuelto por parte del Ministerio de Salud antes de su aprobación definitiva.

Los presupuestos aprobados para cada una de las ESS fluctuó entre \$ 75.625.000.000 para el montaje de la Asociación Mutua "Familias Campesinas" de Dabeiba y \$ 618.000.000.000 para la conformación y puesta en marcha de la Asociación Mutua "Familias Unidas" de Apartadó.

El total de los recursos comprometidos por el Convenio Interadministrativo para el montaje de las ESS de Antioquia fue de \$ 2.478.967.809, sin conocerse el dato de los recursos transferidos para la conformación de la ESS de El Peñol, con una cofinanciación distribuida porcentualmente así: 80% por parte del Ministerio de Salud, 10% por la DSSA y 10% por los municipios.

Con el esquema de financiación establecido en el documento CONPES No 1, a Diciembre de 1994, el Ministerio de Salud celebró un total de 171 convenios con un número equivalente de municipios, para beneficiar a 294.969 familias, equivalentes a 1.474.845 personas. Para ello el Ministerio aportó \$ 36.552.650.000.00 representados en subsidios a la demanda y \$ 12.195.982.210,67 representados en asistencia técnica, para la capacitación en gestión sanitaria y empresarial de las comunidades beneficiarias del Programa. Esto da un gran total de aportes por parte del Ministerio de Salud de \$ 48.748.632.210.67.

Por su parte, los entes territoriales concurren con \$ 8.867.623.354 como contrapartida para cofinanciar la asignación del subsidio. (20)

El total de recursos comprometidos entre Ministerio y Direcciones Seccionales de Salud alcanzó a \$ 57.616.255.556 en todo el país.

[Regresar a la Página Principal](#)

Antioquia con un 7.6% de las E.S.S. del país, recibió por concepto de los recursos de los Convenios Interadministrativos de las 12 E.S.S. cuyos datos se conocieron, el 4.3 % de los recursos. Es importante aclarar aquí, que no se

incluyen los datos para el proyecto de Medellín por no haberse podido obtener respuesta de las personas a las cuales se les entregó la encuesta.

Cuando se indagó por otros recursos diferentes a los del Convenio Interadministrativo se obtuvo respuesta por parte de 11 de las ESS, procedentes esencialmente de aportes de los afiliados fundamentalmente en todas ellas. Además, se conoció que las ESS de los municipios de Bello y Támesis lograron acceder a la totalidad de los I.C.N de 1.995.

Para el año 1.996 la totalidad de las ESS firmaron contratos con el Departamento y los municipios donde les fue aprobado participar por la Junta de Licitaciones y donde se realizó el proceso de inscripción de beneficiarios, en los términos del Decreto 2357 de 1.995 y del Acuerdo 23 de 1.996.

Adicionalmente, en los municipios con ESS, donde se alcanzó menor cobertura de su población niveles 1 y 2 que fueron respectivamente: Turbo (15%), Puerto Berrío (20%), San Pedro de Urabá (22%), Dabeiba (27%) y Arboletes (33%), se planteó por parte del CNSSS realizar un esfuerzo para darles una refinanciación para aumento de coberturas.

Tres de estos municipios, recibieron recursos extraordinarios por parte del Ministerio de Salud para aumento de coberturas así:

Apartadó \$200 millones.

Carepa \$200 millones.

Turbo \$200 millones. (34).

Además, se debe resaltar que según la "**Propuesta de Reasignación de los recursos de cofinanciación del FOSYGA asignados en el Acuerdo 28 del CNSSS a los municipios de Antioquia**", preparada por el Grupo del Régimen Subsidiado en Sept. de 1.996, donde se priorizan a los municipios con coberturas por debajo del 30% (32), se beneficia también Puerto Berrío con recursos para 1.641 pólizas más. No se incluyen en esta reasignación a San Pedro de Urabá y a Dabeiba.

En lo que tuvo que ver con el registro porcentual del presupuesto ejecutado a los dos y cuatro meses posteriores a la iniciación de la prestación de los servicios de salud, no fue posible encontrar respuestas confiables en un número significativo de ESS, razón por la cual estos datos no resisten un análisis que pueda ser objetivo frente a la realidad vivida por las ESS.

Es de anotar al respecto, que muchas de las ESS, al momento de ser encuestadas, no llevaban más de dos meses de haber iniciado la prestación de los servicios de salud.

En la gran mayoría de las ESS, los estados contables no se encontraban al día y por lo tanto esto impidió la recolección oportuna de los datos que se requirieron por parte de los investigadores.

Hay en esta, una gran debilidad acusada por las ESS, pues la oportunidad en la obtención de la información contable es requisito fundamental para la planificación empresarial y para la adecuación de los servicios de salud a los perfiles epidemiológicos.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

"Evaluar la conformación, funcionamiento y situación actual de las Empresas Solidarias de Salud del departamento de Antioquia en el período comprendido entre 1.993 y 1.996", fue el objetivo general de la presente investigación. Este pudo lograrse en gran parte, pues los resultados mostrados, expresan en términos generales la situación pasada y presente de las ESS y el proceso que vivieron para su conformación, los momentos críticos en su crecimiento y una valoración descriptiva de los principales factores que muestran su funcionamiento y estado actual.

De todo lo expuesto, de lo obtenido por el análisis de los datos captados por la encuesta y de las entrevistas en las visitas a las ESS, se puede llegar a concluir que las ESS de Antioquia han tenido un desarrollo significativo, que van construyendo sus fortalezas, pero que aún es largo el camino por recorrer desde el punto de vista empresarial y como empresas sui generis, creadas dentro de un modelo de seguridad social en salud.

En Antioquia, a pesar de estar conformada por 124 municipios, se desarrollaron 14 proyectos para la conformación de ESS.

De las 14 Empresas que se propuso estudiar el grupo de investigadores, se logró obtener información de 13.

Hay una concentración de ESS en la región de Urabá donde se encuentran 5 de ellas y otras más se encuentran ubicadas en zonas del Departamento con altos índices de N.B.I. y con problemas sociales similares a los de Urabá.

Las Empresas Solidarias de Salud en Antioquia, comenzaron a conformarse mucho antes de la aparición de la reglamentación de la Ley 100 de 1.993.

Todas las Empresas estudiadas cumplieron con el proceso planteado por el Ministerio de Salud para su conformación y puesta en marcha en las cuatro etapas consideradas en el marco teórico.

Las E.S.S. de Antioquia han tenido un rápido crecimiento en la afiliación de beneficiarios, logrando alcanzar una participación en el mercado del Régimen Subsidiado del Departamento del 19.33 % a julio de 1.996, teniendo en cuenta que en el Departamento de Antioquia están presentes 24 A.R.S., de las cuales 13 son las ESS.

A pesar de que las ESS realizaron estudios para conocer la demanda de los servicios de salud que contiene las principales causas de morbi-mortalidad del municipio, tanto en forma general, como discriminadas por grupos étnicos, se encontró un gran desconocimiento del mismo por parte de los gerentes y

miembros de las Juntas Directivas al momento de la encuesta, lo cual constituye una gran limitante para diseñar estrategias de intervención para lograr un impacto sobre el perfil de sus municipios.

Aunque las ESS de Antioquia han logrado implementar su red de servicios para la prestación del POS-S para sus beneficiarios, estas no se apartan de las dificultades que plantea el Sistema ocasionadas por el déficit de la oferta de servicios de salud, cuyo desarrollo no va a la par con el desarrollo de la demanda.

Del análisis de la estructura de los servicios de las ESS, se concluye la intención de apoyo a la red de servicios pública, en agradecimiento por parte de la comunidad hacia el estado que le brinda la posibilidad de participar en la administración de los recursos del Régimen Subsidiado; pero, debe pensarse hacia más adelante que debe estructurarse una red de servicios con las suficientes alternativas que satisfaga el 100% de la demanda con los criterios de equidad, calidad y eficiencia.

Las ESS de Antioquia han logrado un proceso de aglutinación y unidad mediante la constitución de la Asociación Regional de ESS para la defensa y consolidación de sus intereses colectivos e implementar mecanismos de asesoría y consultoría capaces de dar respuesta a los retos futuros que les corresponda afrontar.

Las ESS de Antioquia tienen una estructura administrativa y operativa aún deficiente para los retos que les corresponde enfrentar, pero han logrado responder a las contingencias que les ha presentado el desarrollo del Régimen Subsidiado de Seguridad social en Salud.

Los gerentes que tienen a su cargo las ESS, presentan deficiencias en capacitación en Seguridad Social y en herramientas gerenciales en salud, para la toma adecuada de decisiones que conduzcan a la transformación de los condicionantes para enfermar y morir que afectan a su población objeto y para implementar el nuevo modelo que plantea la Ley 100 de Seguridad Social en Salud.

La Asesoría que recibieron las ESS para su conformación por parte de las ONG encargadas de la Gestión Sanitaria y Empresarial no ha tenido una continuidad en el tiempo.

La asesoría por parte del Ministerio de Salud y la Dirección Seccional de Salud, tuvo múltiples carencias y en algunos momentos, las ESS de Antioquia han vivido por parte de ellos una posición contraria a sus objetivos institucionales.

Las Empresas Solidarias de Salud como espacios privilegiados de Participación Comunitaria y Concertación Social que buscan el desarrollo de un nuevo modelo en salud con énfasis en la Promoción y Prevención, podrán alcanzar el impacto y el protagonismo dentro del nuevo modelo de Seguridad Social en Salud del país, si no se apartan del Norte para el cual han sido creadas.

Son múltiples las amenazas y debilidades que afrontan las ESS de Antioquia. Para lograr superarlas y poder acrecentar sus fortalezas y aprovechar las oportunidades que les brinda el medio, como resultado de lo obtenido en la presente investigación, los autores recomiendan:

1. Implementar un estudio que profundice ampliamente en los mecanismos de Participación Comunitaria que se dan a su interior ya que este aspecto tiene elementos de supremo interés para ser mostrados e imitados por otros municipios y a la vez se debe tener una profunda reflexión acerca de la orientación que se le esté dando en cada ESS a los procesos participativos comunitarios, para adoptar medidas correctivas y orientarlos oportunamente hacia el logro de los objetivos colectivos y evitar desviaciones hacia la priorización de logros particulares prevalentes sobre los generales
2. Urge la necesidad de que en las ESS se tenga un conocimiento real del comportamiento de los fenómenos epidemiológicos de sus comunidades, no sólo para lo relacionado con los servicios asistenciales, sino también, para lo que se relaciona con las estrategias de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que, como se resaltó en el Marco Teórico, constituyen el elemento diferenciador y cualificador del enfoque de prestación de servicios desde la demanda que promulgan y defienden las ESS.
3. Mirar al interior de las ESS los alcances cualitativos que tuvo la Gestión Sanitaria y el grado de transformación de los determinantes del proceso Salud - Enfermedad que se lograron a través de ella.
4. Reforzar la educación a las Juntas Directivas o Consejos de Administración , a los organismos de Control Social y los líderes que conformaron la ESS, para que mantengan el proceso democrático participativo alejado de la politización inapropiada que los desvíe de los auténticos intereses comunitarios que enmarcaron su acción inicial.
5. Realizar futuras investigaciones sobre las políticas de mercadeo implementadas desde las ESS, el desarrollo de los sistemas de información y de la planeación estratégica, para impulsar el crecimiento empresarial de las mismas.
6. Se debe pensar permanentemente desde las ESS y desde sus organismos asesores como lo es ASO-REDESS en planes agresivos de mercadeo social con fuerte énfasis en las fortalezas del modelo de ESS para enseñarlo a las Administraciones municipales, a las IPS y a los mismos afiliados, para una completa comprensión y una adecuada utilización del Plan de Beneficios.
7. Los organismos de Dirección del Sistema (Ministerio, Dirección Territorial y Local de Salud), deben implementar mecanismos y actividades de asesoría oportuna y eficaz para impulsar el crecimiento de las ESS.
8. Deben buscar las ESS tener un portafolio de servicios cada vez más ampliado para brindar a sus afiliados una mayor y más oportuna y adecuada atención a sus necesidades en salud.

9. Se sugiere la realización de una nueva investigación con enfoque hacia las variables de tipo económico que se manejan al interior de las ESS, con el fin de medirla rentabilidad de las mismas y su capacidad de ajustar sus servicios al plan de beneficios trazado por las directrices del Ministerio de Salud.

10. Urge establecer mecanismos de vigilancia desde las Juntas de Control Social o Juntas de Vigilancia y participar activamente de los Comités de Veeduría Ciudadana con el fin de velar por la correcta aplicación de los recursos ajustados a los contenidos del POS-S, así como establecer también, procesos de vigilancia sobre los demás actores del Sistema.

El proceso de conformación de la Empresas Solidarias de Salud se ha caracterizado por estar lleno de dificultades de toda índole ante la falta de claridad en la reglamentación y la ausencia de una continuidad en la voluntad política para su apoyo, asesoría y gestión. Esta situación se ha manifestado tanto a nivel nacional como departamental y municipal y afecta sin excepción al universo objeto de observación en esta investigación

[Regresar a la Página Principal](#)

[La bibliografía de este documento es muy extensa. Si desea consultarla presione sobre este vínculo para obtener una copia de la misma en formato de Microsoft® Word comprimido](#)