

Oficina Internacional del Trabajo – Oficina Panamericana de la Salud

*Iniciativa para la extensión de la protección social en salud
a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe*

ESTUDIO DE CASO

**Regimen Subsidiado de Salud
Empresa Solidaria de Salud
"Co-Esperanza"**

Boyaca - Colombia

*Elaborado por:
Iván Jaramillo Pérez
Asociación Colombiana de Salud –ASSALUD-*

*Santafé de Bogotá, Colombia
Noviembre 1999*



**Programa OIT-STEP
Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza
Departamento de la Seguridad Social**

PRESENTACIÓN

La Oficina Internacional del Trabajo (OIT), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), llevan adelante una iniciativa para buscar alternativas de cobertura de salud de la población excluida en América Latina y el Caribe.

Dentro de esta iniciativa se realizará una reunión del 29 de noviembre al 1 de diciembre 1999 en México sobre “La extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos de la población en América Latina y el Caribe”. Uno de los objetivos de la reunión es discutir experiencias emprendidas por los sistemas de seguridad social y por otros sectores de la sociedad, orientadas a promover el acceso de la población a la protección social en el ámbito de la salud.

En el marco de esta iniciativa, el Programa “Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza” (STEP) del Departamento de Seguridad Social, Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha realizado una serie de estudios de caso de sistemas de micro-seguros de salud. Dichos estudios de caso tienen como objetivo, entre otros, proveer material de base para el desarrollo de la reunión de México. Los mismos constituirán la base de un análisis de síntesis.

Los estudios de caso han sido realizados y estructurados en base a una Guía¹ Metodológica elaborada por el Departamento de Seguridad Social de la OIT y la OPS. Copias de esta Guía pueden obtenerse en la sede del Programa STEP en Ginebra.

Este estudio se realizó sobre la experiencia de una cooperativa de salud en Colombia, la cual forma parte de un diseño empresarial comunitario impulsado por el Ministerio de Salud desde 1993, denominado, en forma genérica, “Empresas Solidarias de Salud”, ESS, nacidas para desarrollar inicialmente un programa de Atención Primaria de Salud y convertidas desde 1996 en “Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud”, ARS, con un programa de atención de la enfermedad y la maternidad mas integral y semejante al seguro de salud que cubre por lo general a los asalariados del Instituto de Los Seguros Sociales y denominado Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

El caso que hemos estudiado es el de la Empresa Solidaria de Salud "Co-esperanza", proyectada inicialmente para cubrir 1.000 familias en las zonas rurales del Municipio Industrial de Sogamoso en el centro del país, ubicado en el departamento de Boyacá, a 200 Kms. al norte de Santafé de Bogotá. Posteriormente, su radio de acción se ha extendido a casi 42.000 personas residentes en 30 municipios del Departamento de Boyacá y en tres zonas sub-urbanas de Bogotá. Este sistema contó con la participación de tres actores importantes: el sector público de salud, las municipalidades y la población organizada, entre los años 1995-1999.

El estudio se ubica dentro de una acción conjunta emprendida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el marco de las estrategias contra la exclusión social y la pobreza.

¹ OIT/OPS. 1999. *Guía para la Realización de Estudios de Caso de Sistemas de Seguro de Salud (Micro-seguros)*.

Las fuentes de información consultadas fueron:

- Información Nacional sobre funcionamiento del régimen subsidiado de salud y estadísticas de salud.
- Información documental suministrada por Co-Esperanza: estudios preliminares, regulaciones, estadísticas e información financiera la cual permitió la elaboración de la mayoría de los cuadros.
- Entrevistas con la Presidente del Consejo de Administración de la Cooperativa, la Gerente de la Empresa Solidaria de Salud y el Contador. Las entrevistas fueron grabadas, desgrabadas y editadas.

El trabajo de campo en Sogamoso fue realizado el 14,15,16 y 21 de julio de 1999, y estuvo a cargo del consultor, señor Iván Jaramillo Pérez de ASSALUD y el economista, señor Philippe Vanhuynegem de la OIT, Punto Focal del programa STEP (Estrategias y Técnicas contra la Exclusión social y la Pobreza) en el Equipo Técnico Multidisciplinario de los Países Andinos. El informe fue preparado por Ivan Jaramillo Pérez, e incorporó los valiosos comentarios y observaciones de Philippe Vanhuynegem y Dennis Arends.

Queremos agradecer la significativa, generosa y desinteresada colaboración prestada por la siguientes personas para el exitoso cumplimiento de nuestra misión:

- Dr. Rodrigo Bustamante, Director de la Asociación Colombiana de la Salud, ASSALUD.
- Dra. Sulma Barrera, Médico Gerente de la Cooperativa Co-Esperanza.
- Enfermera Blanca Avella de G., Presidenta del Consejo de Administración de Co-Esperanza.
- C.P. Luis Alfredo Vacca, Contador.

Finalmente, de modo especial, a los miembros de la cooperativa Co-Esperanza que participaron con nosotros en las reuniones de trabajo y que nos proporcionaron sus opiniones y aportes.

INDICE DE MATERIAS

PRESENTACIÓN	I
GLOSARIO DE SIGLAS	VIII
I. INTRODUCCIÓN	1
II. DESCRIPCION DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	9
III. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	17
1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DEL AREA DE FUNCIONAMIENTO DEL SEGURO DE SALUD	17
2. ASPECTOS ECONÓMICOS	19
3. ASPECTOS SOCIALES	20
4. INDICADORES DE SALUD	22
5. ARTICULACIÓN CON LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.	25
6. OFERTA DE ATENCIÓN MEDICA.	26
7. PROTECCIÓN SOCIAL EN MATERIA DE SALUD	29
IV. PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	32
1. ORIGEN DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	32
2. ETAPAS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	38
2.1 Identificación de necesidades y definición de objetivos del SIS	38
2.2 Estudio del Contexto y Estudio de Factibilidad Financiera.	44
2.3 Información del Grupo Destinatario	45
2.4 Inicio de Actividades	47
2.5 Liderazgo y toma de decisiones	49
3. FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PRIMER EJERCICIO	52
3.1 Afiliados y otros beneficiarios	52
3.2 Paquetes de Beneficios Ofrecidos por el SIS	54
3.3 Financiamiento	56
3.4 Prestadores de Atención Medica	60
3.5 Administración y gestión	60
4. ASISTENCIA TÉCNICA Y FORMACIÓN	64
V. CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	66
1. GRUPO DESTINATARIO Y BENEFICIARIOS	66
1.1 Características del grupo destinatario	66
1.2 Diferentes Categorías de Beneficiarios	69
1.3 Número de Beneficiarios y Evolución	71
1.4 Causas de pérdida del status del afiliado.	73
1.5 Penetración del Grupo Destinatario	73
2. PAQUETES DE BENEFICIOS Y OTROS SERVICIOS OFRECIDO	75

2.1	Paquetes de Beneficios Ofrecidos por el SIS	75
2.2	Pago de Prestaciones	80
2.3	Otros Servicios Ofrecidos a los Beneficiarios	82
3.	ASPECTOS FINANCIEROS DEL FUNCIONAMIENTO .	87
3.1	Fuentes de Financiamiento .	87
3.2	Costos	89
3.3	Excedentes y Distribución de Excedentes	91
3.4	Fondos de Reserva	91
4.	PRESTADORES DE ATENCIÓN MÉDICA	93
4.1	Prestadores de atención médica que trabajan con el Seguro de Salud (SIS)	93
4.2	Relaciones entre los Prestadores y el Sistema de Seguro.	94
4.3	Pago a los Prestadores	98
5.	ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DEL SEGURO DE SALUD (SIS)	101
5.1	Estatutos y reglamentos	101
5.2	Organización de la Gestión del Seguro de Salud (SIS)	101
5.3	Carácter Democrático y Participativo de la Gestión	108
5.4	Gestión de las Disponibilidades	111
5.5	Sistema de información e instrumentos de gestión	111
5.6	Función de Control	114
5.7	Distribución de Funciones	114
5.8	Equipamiento e Infraestructura	115
6.	ACTORES EN RELACIÓN CON EL SEGURO DE SALUD.	116
6.1	Estructuras de reaseguro y fondos de garantía	116
6.2	Estructura de Asistencia Técnica	117
6.3	Movimientos Sociales y Organizaciones de la Economía Social	117
6.4	Relaciones con otros actores	118
VI.	INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	120
1.	DINÁMICA DE LA AFILIACIÓN	120
2.	UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS.	122
3.	FINANCIAMIENTO Y SITUACIÓN FINANCIERA.	124
VII.	PUNTO DE VISTA DE LOS ACTORES SOBRE EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	130
1.	PROCESO DE EVALUACIÓN	130
2.	PUNTO DE VISTA DE LOS RESPONSABLES	132
2.1	Puesta en marcha del SIS	132
2.2	Dinámica de la afiliación.	135
2.3	Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores	136
2.4	Pago de aportes.	140

2.5	Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios	140
2.6	Gestión de los riesgos vinculados con el seguro	140
2.7	Fraudes	143
2.8	Administración y gestión	144
2.9	Relaciones con el Estado (nacional, subnacional y local)	147
2.10	Funcionamiento global	147
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE CO-ESPERANZA		150
FICHA ANEXA “A”		160
FICHA ANEXA “B”		164
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS		165
OTROS ANEXOS (Por fuera de este texto)		

INDICE DE CUADROS

Cuadro No.	Título	Página
1	Valor diferencial de la UPC	5
2	Afiliados al sistema de seguridad social en salud	6
3	Afiliación por régimen	7
4	Porcentaje de afiliados por régimen, según región	7
5	Estructura etárea de los afiliados	11
6	Zona de residencia	11
7	Egresos y prestaciones	13
8	Cotizaciones de los asociados a la cooperativa	14
	Población del Municipio de Sogamoso	18
9	Población del Departamento de Boyacá	18
10	Posición ocupacional de la región de Boyacá	20
11	Ocupación en la región de Boyacá	20
12	Nivel educativo en la región de Boyacá	21
13	Factores de riesgo y sus causas	23
14	Indicadores de salud	23
15	Afiliación a la seguridad social	24
16	Consultantes al médico	25
17	Tipo de servicio consultado	25
18	Egresos y estancias "Hospital San José"	26
	Disponibilidad y utilización "Hospital San José"	27
19	Motivos de no consulta en la región de Boyacá	28
20	Tipos de prestadores	28
21	Afiliados al sistema de seguridad social en salud	29
22	Afiliación por régimen	30
23	Afiliación por región	31
24	Estructura de la población inicial en 1995	34
25	Motivos de no consulta en la región	35
26	Egresos y estancias "Hospital San José"	36
	Disponibilidad y utilización "Hospital San José"	36
27	Factores de riesgo y sus causas	42
28	Crecimiento de los afiliados	54
29	Plan obligatorio de salud inicial	55
30	Fuentes financieras del SIS	56
31	Inversiones y gastos iniciales	57
31	Cotizaciones a la cooperativa	57
32	Ingresos y egresos	58
33	Personal del SIS	63
34	Asistencia técnica	64
35	Población afiliada con respecto a la población objeto	66
36	Zona de residencia de los afiliados	67
37	Estructura etárea de los afiliados	67
38	Posición ocupacional de la región de Boyacá	67
39	Ocupación de la región de Boyacá	68
40	Nivel educativo en la región de Boyacá	68
41	Estructura etárea de la población final en 1999	72
42	Zona de residencia de los afiliados	72
43	Seguimiento del crecimiento de los afiliados	72
44	Plan obligatorio de salud actual	77
44	Consultantes al médico	82
45	Tipo de servicio consultado	82
46	Monto total de las cotizaciones recibidas	87
47	Ingresos del régimen subsidiado a nivel nacional	88

48	Monto de las prestaciones pagadas	89
49	Costo proporcional de los servicios por personal año	90
50	Relación costos de administración / ingresos	90
51	Fondos sociales	91
52	Excedente o déficit (ingresos y recursos)	91
53	Relación entre las prestaciones mensuales con las reservas patrimoniales	92
54	Relación entre las prestaciones y las reservas en efectivo	92
55	Relación entre las prestaciones y los fondos sociales	92
56	Plazo de pago de prestadores 1999	100
57	Formación recibida (fase de creación y primer ejercicio)	115
58	Infraestructura y equipos	115
59	Población afiliada con respecto a la población objeto	120
60	Crecimiento de los afiliados	121
61	Costo proporcional de los servicios por persona año	122
62	Estructura del costo persona año	123
63	Servicios de enfermería	124
64	Excedente o déficit	125
65	Costo relativo de las prestaciones	125
66	Cotizaciones a la cooperativa	125
67	Valor de las cuentas por cobrar	125
68	Relación de liquidez	126
69	Relación de solvencia	126
70	Cotizaciones / egresos	126
71	Aportes estado + cotizaciones / egresos	127
72	Costos administración / ingresos	127
73	Prestaciones / reservas patrimoniales	127
74	Prestaciones / reservas en efectivo	128
75	Fondos sociales	128
76	Costos salud / cotizaciones	128
77	Recursos propios / costo total	129
78	Plazo de pago a prestadores	129

GLOSARIO DE SIGLAS

ARS :	Administradora de Régimen Subsidiado
ASSALUD :	Asociación Colombiana de la Salud
CCF :	Cajas de Compensación Familiar
CNSSS :	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CIMDER	Centro de Investigaciones y Desarrollo Regional
DANE	Departamento Administrativo Nacional del Estadística
DANCOOP	Departamento Nacional de Cooperativas
DGSSS	Dirección General de Seguridad Social en Salud
DNP :	Departamento Nacional de Planeación
ECAT	Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Trabajo
ECOSALUD	Empresa Colombiana de la Salud
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
ESS	Empresa Solidaria de Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
FUDESCO	Fundación para el Desarrollo Cooperativo
ICN	Ingresos Corrientes de la Nación
IPS	Institución Prestadora de Servicios
ISS	Instituto de Seguros Sociales
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAB	Plan de Atención Básica
PAI	Programa de Inmunizaciones
PIB	Producto Interno Bruto
POS	Plan Obligatorio de Salud
POSS	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado
REUNIRSE	Red de Universidades
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
SUPERSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UPC	Unidad de Pago por Capitación

I. INTRODUCCIÓN

Estudio de caso sobre el Régimen Subsidiado de Salud en Colombia, Ley 100 DE 1993 ⁽²⁾.

El estudio de caso de la Empresa Solidaria de Salud llamada Co-Esperanza, como una experiencia específica de micro-seguro, se enmarca y es un producto concreto de la Reforma al Sistema de la Seguridad Social en Colombia exigida por la Constitución Política de 1991 y desarrollada por la legislación de 1993 dentro de un contexto descentralizado del sector público de la salud, hoy a cargo de las entidades territoriales municipales y departamentales.

Contexto Constitucional. Según el esquema vigente anterior a la Constitución de 1991, las personas que no estaban vinculadas a la Seguridad Social quedaban en manos de la economía de mercado si tenían con qué pagar, o de la asistencia pública si carecían de recursos. La nueva Constitución no mencionó el concepto de asistencia pública y en cambio consagró el derecho a la seguridad social como universal. Dentro del nuevo contexto constitucional, la Ley 100/93 estableció dos regímenes en la seguridad social, uno contributivo y otro subsidiado y estableció la obligación de todo ciudadano a vincularse a cualquiera de los dos. Dentro de estos parámetros puede decirse que la cobertura de la Seguridad Social en Salud en términos legales es universal.

Objetivos de la Reforma. La creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS mediante la ley 100 de 1993 pretende conseguir la cobertura universal en salud de la población colombiana bajo dos regímenes de aseguramiento: el Contributivo con aproximadamente un 70% de la población como máximo y el Subsidiado para un 30% de la población como mínimo. El aseguramiento según la pretensión de la norma deberá garantizar la distribución equitativa de los subsidios y la accesibilidad efectiva a los servicios de salud sobre la base de un Plan Obligatorio de Salud progresivamente igual para todos y ofrecido en condiciones de calidad y eficiencia, enfatizando servicios básicos de prevención y promoción.

Las Empresas Solidarias de Salud. Desde 1993 se impulso el proyecto de las Empresas Solidarias de Salud ESS, como formas empresariales comunitarias para el manejo de la Atención Primaria en Salud, pero meses después se creó en Colombia el Régimen Subsidiado de Salud como una forma de Seguridad Social para los estratos mas pobres y desde 1996 las Empresas Solidarias de Salud se les dio la función de ser Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud, ARS, con un Plan de Salud mas integral y semejante al otorgado a los asalariados dentro del Régimen Contributivo de la Seguridad Social. Este nuevo plan integral se denomina Plan Obligatorio de Salud –POS- con una variedad contributiva y otra subsidiada.

El Régimen Subsidiado de Salud. El Régimen Subsidiado del SGSSS es el conjunto de normas que rigen la afiliación o vinculación de los individuos y de su núcleo familiar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del aporte estatal total o parcial de una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (la UPC es el valor para financiar el POS de una persona en un año), con recursos fiscales o de solidaridad ; así mismo

² D.2357/95 - D. 0757/97- Acuerdo 022/95 CNSSS - Acuerdo 023 de 1995 - Acuerdo 025 de 1995 - Acuerdo 28 de 1996 - Acuerdo 30 de 1996 - Acuerdo 32 de 1996- Acuerdo 049 de 1996 - La Resolución 03997 del 30 de Octubre de 1996 y..en El abc del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud, Marco Político, Filosófico, legal y operativo, Ministerio de Salud, Bogotá 1997- Circular Nro. 004 de 1996 Supersalud.

incluye el conjunto de normas que regulan la organización y el funcionamiento de las entidades que permiten la operación del sistema. El Régimen Subsidiado está regulado por un Consejo Nacional de Seguridad Social y se financia con recursos de origen fiscal (50%) aportados principalmente por los municipios y con recursos de solidaridad (50% de los aportes) aportados por el régimen contributivo obrero-patronal (o de la Seguridad Social clásica).

Administración del régimen subsidiado⁽³⁾. El Régimen Subsidiado se maneja en forma descentralizada por parte de las direcciones municipales, distritales y departamentales de salud, y es complementario al Sistema de Salud definido por la Ley 10/90 y la Ley 60/93. En estas Leyes se incluyen como competencias de las entidades territoriales los programas del Plan de Atención Básica y Salud Pública que no forman parte del régimen subsidiado; además, en la transición y mientras exista el régimen de subsidios a la oferta en los hospitales, éstos son regulados por esas normas. El objetivo del Régimen Subsidiado es entonces el de financiar desde la demanda la atención en salud (sin incluir prestaciones económicas) a las personas pobres y vulnerables y a los núcleos familiares que no tienen capacidad para cotizar el aporte mínimo que requiere el Régimen Contributivo del SGSSS.

Para administrar el régimen subsidiado las direcciones locales, distritales o departamentales de salud suscriben contratos con las Empresas Solidarias de Salud y en general con las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS- que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se cofinancian con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los del subsector oficial de salud que destinen los departamentos y municipios para el efecto. Las ARS que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado deben prestar, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el Plan de Salud Obligatorio. El régimen Subsidiado está delegado para su gestión en tres clases de Administradoras: 175 Empresas Solidarias de Salud, 50 Cajas de Compensación Familiar y 10 Entidades Promotoras de Salud.

Las reglas básicas para la Administración del Régimen de Subsidios en Salud, son las siguientes:

- La Dirección Seccional o Local de Salud debe contratar preferencialmente la administración de los recursos del subsidio con Entidades Promotoras de Salud de carácter comunitario, tales como las Empresas Solidarias de Salud -ESS- que como se sabe deberían ser propiedad de los propios afiliados ⁽⁴⁾.
- Cuando la contratación se hace con una entidad que no sea propiedad de los usuarios, como cualquier otra de las Empresas Promotoras de Salud o Cajas de Compensación Familiar existentes, la contratación entre las direcciones seccionales o locales de salud con las entidades administradoras de los subsidios (CCF, EPS, ESS etc.) se deberá realizar mediante concurso ⁽⁵⁾ y se regirá por el régimen de contratación privado.
- Los Beneficiarios del Régimen Subsidiado pueden elegir libremente entre varias Administradoras del Régimen Subsidiado y trasladarse libremente (hasta una vez por año) entre las diversas ARS.

³ L.100/93. Art. 215.

⁴ Los hechos posteriores han creado un peligroso divorcio entre los propietarios de las ESS y los afiliados a las ESS, pues estas empresas se organizaron antes de la sistematización y solo el 20 % o menos de los propietarios resultaron con derecho.

⁵ En la práctica el concurso se sustituyó por la inscripción libre de las ARS ante las Direcciones Seccionales y Locales y la selección libre de las ARS por parte de los beneficiarios.

Focalización de los subsidios. Adicionalmente la Ley ⁽⁶⁾previó el establecimiento de un reglamento de focalización de los subsidios por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual define los criterios generales que deben aplicar las entidades territoriales para identificar los beneficiarios del sistema, según las normas del régimen subsidiado. En todo caso, el carácter del subsidio, que puede ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación, se ha debido establecer según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda; sin embargo, hoy el subsidio es integral y no exige cotizaciones ni aportes periódicos de los afiliados al Régimen Subsidiado, los cuales solamente deben hacer algunos copagos para la atención hospitalaria.

Con el fin de crear instrumentos efectivos que permitan focalizar los subsidios, la misión social organizada por el Departamento Nacional de Planeación desarrolló un sistema de información para identificar con precisión al beneficiario de los subsidios, denominado el SISBEN. Tal sistema permite elaborar una ficha por cada núcleo familiar, en la cual se combinan variables desarrolladas por el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas -NBI-, que como se sabe tienen que ver fundamentalmente con infraestructura y servicios, y otras por el método de indicadores de pobreza relativa apoyado sobre todo en los niveles de ingreso.

Las personas clasificadas mediante el SISBEN que cumplen con los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como posibles beneficiarios del régimen de subsidios, se deben inscribir ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual califica su condición de beneficiario del subsidio.

No obstante lo anterior, el legislador prefirió precisar⁽⁷⁾ que se subsidiará en el Sistema General de Seguridad Social en Salud a la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, y que tendrán particular importancia, dentro de este grupo, las madres durante el embarazo, parto y post - parto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un 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 profesionales independientes, artistas y deportistas, los toreros y sus subalternos, los periodistas independientes, los maestros de obra y albañiles, los taxistas, los electricistas, los desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

Los Beneficiarios. Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante el régimen subsidiado, son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización⁽⁸⁾. Técnicamente tienen derecho al subsidio aquellos habitantes no asalariados que no pueden pagar al menos el 12 % sobre dos salarios mínimos, bien sea solos o en conjunto con otros miembros del núcleo familiar. Cálculos del Ministerio de Salud estiman que un treinta por ciento (30 %) de la población colombiana estaría dentro de los parámetros para ser beneficiario del régimen subsidiado, concretamente la población no asalariada que devenga menos de dos salarios mínimos por familia y que forma parte de los estratos 1 y 2 sobre un total de 6 en que se ha clasificado la población colombiana mediante el SISBEN.

Tipos de subsidiados. El Régimen subsidiado del SGSSS posee tres modalidades de relación con sus potenciales beneficiarios:

⁶ L.60/93. Art.30 - L.100/93.Art.213, par.

⁷ L.100/93.Art.157, literal a.2.

⁸ L.100/93.Art.157, literal a.2 y Art. 211.

Afiliación ordinaria. Cuando los potenciales beneficiarios debidamente clasificados con el sistema de identificación de beneficiarios de los subsidios SISBEN, se carnetizan y se afilian a una Empresa Solidaria de Salud o a una entidad o programa autorizado a gestionar el régimen -ARS-, y reciben un Plan de Salud Obligatorio Subsidiado -POS-S- que se financia con las unidades de pago por capitación de los subsidios a la demanda .

Afiliación especial. Cuando los potenciales beneficiarios debidamente autorizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se vinculan a un programa de cotización subsidiada, por lo general con recursos fiscales explícitos, con derecho al plan obligatorio de salud, igual al del régimen contributivo del SGSSS y administrado por las EPS, tal como ocurre con las Madres Comunitarias, los indígenas y las empleadas domésticas.

Los Vinculados. La categoría de vinculados es un eufemismo para caracterizar a los beneficiarios que no están afiliados al SGSSS mediante ningún acto administrativo: contrato, resolución, carné, etc., y que no acreditan ninguna contribución a una Entidad Promotora de Salud o Administradora del Régimen Subsidiado.

Los usuarios que tienen el carácter de personas vinculadas son aquéllos que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen contributivo o subsidiado, tienen derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones hospitalarias públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado⁽⁹⁾. Estos hospitales financian la prestación de servicios con recursos fiscales, los cuales a su vez son complementados con las cuotas de recuperación de costos que deben pagar los usuarios de acuerdo a su clasificación socioeconómica. El régimen de vinculados aspira a ser transitorio y se prevé que en el año 2001 todo colombiano deberá estar afiliado al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, fecha en la cual además se unificarán los planes de salud para todos los habitantes del territorio nacional según lo previsto en la Ley⁽¹⁰⁾.

Financiación. El Régimen Subsidiado se sostiene dentro de un sistema de cofinanciación al cual concurren aportes de solidaridad asignados por el régimen contributivo, otros recursos fiscales nacionales y los de los fondos seccionales y locales de salud. Quedan entonces incluidos los recursos de salud descentralizados por la Ley 10/90 y la Ley 60/93 que financian el 50% del régimen subsidiado, a los cuales se agregan los recursos asignados por Ley 100/93 para la cuenta especial de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- que financian el otro 50%.

Está previsto que los recursos adicionales de origen nacional y de solidaridad deben girarse a una cuenta especial de los Fondos Locales y Seccionales ⁽¹¹⁾, donde a su vez se recogen los aportes que las entidades territoriales destinan al Régimen Subsidiado⁽¹²⁾. Estos giros no son incondicionales y automáticos sino que están sujetos a la realización de contratos para la gestión del régimen subsidiado entre los departamentos, municipios y distritos y las empresas administradoras de los subsidios, en cuyo caso la cuenta solidaridad actúa como un sistema de cofinanciación y redescuento.

⁹ L.100/93.Art.157, literal b.

¹⁰ L.100/93.Art.162.

¹¹ L.100/93.Art.221, par. 1.

¹² L.100/93.Art.214, par. 1.

Las ARS que afilien beneficiarios del régimen subsidiado reciben, por cada uno de los afiliados, hasta el valor de la unidad de pago por capitación de los fondos seccionales, distritales y locales de salud y de la cuenta especial para subsidios del Fosyga⁽¹³⁾.

Tal cuota para 1996 fue de un valor de US\$ 89.5 per cápita y para 1997 se reajusto a US\$ 108 per capita. Para el reconocimiento del valor de la afiliación de los beneficiarios del régimen Subsidiado se ha establecido la siguiente escala diferencial por grupo etáreos y por género :

Cuadro 1.
VALOR DIFERENCIAL DE LA UPC - S

Grupo Etéreo	Escala Diferencial sobre la unidad (1)
Menores de un 1 año	1.65 UPC-S
Mujeres de 15 a 44 años	1.57 UPC-S
Otros Grupos	0.83 UPC-S

Como era de preverse que el proceso de formación de las empresas solidarias de salud y sobre todo su puesta en funcionamiento en forma eficiente presentara dificultades, debido a que requiere de la formación de recursos humanos con alguna capacidad administrativa y gerencial, siendo esta una de las condiciones menos frecuentes entre los estratos populares beneficiarios de los subsidios, por tal razón se ha previsto en los reglamentos que los recursos financieros sean manejados mediante una fiducia bancaria y que la nomina de funcionarios este constituida por profesionales (Médicos, Contadores y Administradores). Los reglamentos han habilitado también a las Cajas de Compensación Familiar CCF y a las Entidades Promotoras de Salud – EPS- como otras entidades administradoras de los subsidios -ARS-, bien sea en complemento, en alianza o en sustitución de las Empresas Solidarias de Salud.

Resultados de la Reforma. Seis años han transcurrido desde la aprobación de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 -que reformó la Seguridad Social en Salud en Colombia- y doce años desde que se inició el proceso de descentralización del sector público de la salud: primero con el Decreto 77/87 posteriormente con la ley 10 de 1990 y finalmente con la ley 60 de 1993. Durante este tiempo se ha avanzado en la puesta en marcha de las reformas y en la creación de todo tipo de expectativas, tanto positivas como negativas.

En Agosto de 1997⁽¹⁴⁾, la Universidad de los Andes (Programa CIDER-REUNIRSE) encontró que en las zonas pobres de 110 municipios la accesibilidad a los servicios médicos cubría el 95% de la población consultada en cerca de mil hogares. Pero además, encontró que el 87% manifestaba estar satisfecha con los servicios recibidos.

Simultáneamente la Encuesta sobre Calidad de Vida, realizada por el DANE durante el segundo semestre de 1997, encontró que el 57% de la población estaba afiliada a la seguridad social, el 85% de los afiliados consideraba que la atención había sido oportuna y el 82.5% evaluó la calidad del servicio como buena.

Es de recordar que en 1990 el Estudio Sectorial de Salud había encontrado una accesibilidad a los servicios de sólo el 65% de la población y con aseguramiento social el 20%. Estos indicadores se reajustaron hacia 1993, estableciendo mediante la Encuesta Nacional de

¹³ L.100/93. Art.214, párrafo.

¹⁴ Encuesta de REUNIRSE, Universidad de los Andes, Agosto de 1997.

Hogares que el 80% de la población tenía acceso a los servicios de salud, y un 24% estaba afiliada a la seguridad social.

Puede concluirse entonces que la reforma descentralista que tocó a las entidades territoriales y a los hospitales, permitió mejorar la accesibilidad a los servicios en siete años, pasando de cubrir el 65% de la población hasta llegar al 95%; y la reforma a la seguridad social permitió modificar el grado de aseguramiento, pasando del 24% al 57%.

Pese a que la OIT⁽¹⁵⁾ estableció - ver cuadro- una cobertura global de 18 millones en SGSSS, el Gobierno fue más optimista y en la misma fecha, el CONPES estimaba que: “En el área de la salud, hasta 1997 se aseguraron 14.6 millones de personas en el régimen contributivo (lo que representa el 97% de la meta del (el 58.5% de la meta del cuatrienio). En cuanto al ISS, éste ha incrementado en más de 50% el número de sus afiliados. De otra parte, durante 1997, en vacunación, se alcanzó a cubrir en cuatrienio) y se afiliaron al régimen subsidiado 7 millones pertenecientes a los estratos más pobres de la población promedio 93.7% de la meta establecida en el Programa Ampliado de Inmunización -PAI..”.

No son, sin embargo, tan halagüeñas las noticias en materia de prevención y promoción. La Universidad de los Andes -CIDER- REUNIRSE, encontró que la mayoría de las acciones en este sentido sólo llegan al 30% de la población y el mayor alcance lo tienen los mensajes radiales que llegan hasta el 48%. De otra parte, las encuestas de Profamilia muestran deterioros en algunos indicadores de salud materno infantil.

Cuadro 2
AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
Octubre de 1997

ENTIDADES	AFILIADOS
28 Entidades Promotoras de Salud EPS	3'220,000
30 Entidades Adaptadas	349,650
Instituto de los Seguros Sociales ISS	7'390,000
CAPRECOM	200,000
CAJANAL	430,000
Subtotal Régimen Contributivo	11'589,650
16 EPS	2'930,000
50 Cajas de Compensación Familiar CCF	1'270,000
175 Empresas Solidarias de Salud	2'240,000
Subtotal Régimen Subsidiado	6'440,000
TOTAL Sistema de Seguridad Social	18'029,650

FUENTE : Informe OIT, Abril de 1998.

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida –DANE, segundo semestre de 1997- reveló que efectivamente el 57.19% de la población está cubierta por la seguridad social, así: el 37.63% por el régimen contributivo y el 19.56% por el régimen subsidiado. Este es el principal éxito de la reforma si se tiene Encuesta que en 1990 la cobertura era sólo del 20.6%.

¹⁵ Según la OIT, el 46% de la población de 1997 estaría asegurada. Bogotá, abril de 1998, pag.47.

Cuadro 3.
Afiliación por régimen
según decil de ingresos per capita del hogar

	Ingreso percapita Mensual	Población no afiliada	Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo	Seguro Privado	Total
1	\$0- \$32.352	2.725.847	1.520.711	242.132	35.027	4.523.717
2	\$32.353 - \$52.000	2.447.821	1.751.072	542.995	41.352	4.813.240
3	\$52.001 - \$71.709	2.368.236	1.377.720	779.348	53.528	4.578.832
4	\$71.710 - \$93.259	2.043.587	1.037.194	1.102.325	53.691	4.236.797
5	\$93.260 - \$118.899	1.624.341	830.970	1.545.237	65.796	4.066.344
6	\$118.900- \$154.999	1.567.360	542.689	1.864.714	57.706	4.032.469
7	\$155.000- \$207.816	1.301.303	388.826	1.899.447	41.628	3.631.204
8	\$207.817- \$296.941	981.058	146.357	2.211.348	82.327	3.421.090
9	\$296.942- \$516.666	807.990	164.588	2.273.594	69.011	3.315.183
10	\$516.667+	505.883	70.485	2.444.054	102.308	3.122.730
	TOTAL	16.403.426	7.830.612	14.905.194	602.374	39.741.606

Nota: Incluye solamente hogares que reportan un ingreso.

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, 1997. Cálculos de la Misión Social.

Se observa además que:

De la población no pobre, el 47.60% está cubierta por el régimen contributivo, el 13.70% por el régimen subsidiado y el 38.59% no está afiliada. Existen entonces al menos 4 millones de subsidiados entre los estratos no pobres de la sociedad, lo cual es evidentemente lamentable.

De la población pobre, el 35.27% está cubierta por el régimen subsidiado, mientras el 10.70% está cubierta por el contributivo y el 53.90 no esta afiliada.

Entre la Población Urbana / Rural, la cobertura de la población afiliada total alcanza el 61% en el área urbana y el 47.49% en el área rural.

Resalta que la proporción de afiliados al régimen subsidiado dentro del total de afiliados a la seguridad social, alcanza: el 76.6% en el área rural, mientras que el 21.41% en el área urbana.

Cuadro 4.
Porcentaje de afiliados por régimen, según región

Regiones	Población Total	Régimen Contributivo			Régimen Subsidiado	Des - Vinculados
		Otras EPS	ISS	Excepción		
Atlántica	100.0%	7.5%	18%	2.8%	13.8%	57.2%
Oriental	100.0%	9.5%	19.8%	2.7%	33.2%	34.7%
Pacífica	100.0%	12.5%	21.1%	1.2%	21.5%	43.6%
Central	100.0%	8.5%	18.6%	3.3%	21.5%	48.1%
Antioquia	100.0%	17.9%	24.7%	1.4%	20.9%	35.1%
Bogotá	100.0%	23.7%	30.7%	3.8%	7.3%	34.6%
Orinoquia	100.0%	9.7%	22.7%	4.4%	33.0%	30.2%
San Andrés	100.0%	16.3%	44.5%	0.8%	17.0%	21.4%
Total	100.0%	12.8%	22.1%	2.6%	19.7%	42.8%

Fuente: Econometría con base en la Encuesta de Calidad de Vida 1997.

Con la reforma, el ISS amplió la cobertura desde el cotizante principal hacia todo el grupo familiar, y capto además a muchos afiliados a las cajas publicas que se liquidaron. Por esta

razón, su cobertura pasa del 16% al 22% de toda la población, aunque su cobertura pudiera haber sido mayor si no hubiera perdido por lo menos 1.200.000 cotizantes que se trasladaron a las EPSs privadas.

Las EPSs privadas además de captar afiliados del ISS y de las Cajas de Previsión, vincularon a la seguridad social a los antiguos tenedores de las pólizas de medicina prepagada, consiguiendo una cobertura del 12.8% de la población total del país.

Por fuera del sistema se quedaron los trabajadores de Ecopetrol, del Magisterio y de las Fuerzas Militares y de Policía, que representan el 2.8% de toda la población.

II: DESCRIPCION DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

1. **Nombre del Sistema de Seguro:** Régimen Subsidiado de Salud.
2. **Nombre de la Organización Administradora del Régimen Subsidiado de Salud.** Empresa Solidaria de Salud Co-Esperanza, Cooperativa especializada de salud la Esperanza Sogamoso Ltda. (ESS).

3. **Dirección de la Sede Social.**

Calle 8 Nro. 11– 53
Ciudad de Sogamoso
Departamento de Boyacá
República de Colombia
Teléfonos: (570987) 7722978 y (570987) 7712874
Fax: (570987) 7702355

4. **Fecha de Creación del Sistema de Seguro.** El Programa Nacional de Empresas Solidarias de Salud fue iniciado por el gobierno desde Octubre de 1993 y el Régimen Subsidiado de Salud, tal como hoy existe, se creó desde Diciembre de 1995. Coesperanza Empresa Solidaria de Salud de Sogamoso que maneja el Régimen Subsidiado se creó en Mayo de 1995 e inició actividades cumpliendo labores educativas entre la comunidad.
5. **Fecha de Inicio de Actividades.** Legalmente el inicio de operaciones fue Mayo de 1995 y a partir de Octubre de 1995 se comenzaron a prestar servicios asistenciales.
6. **Fecha de Creación de la Organización Responsable.** La Empresa Solidaria de Salud de Sogamoso se creó como organización cooperativa en Mayo de 1995 e inició actividades con unas labores educativas en la comunidad objeto.
7. **Organización Responsable.** Co-Esperanza es una organización de tipo cooperativo especializada en salud, responsable del manejo del SIS conocido en Colombia como Régimen Subsidiado de Salud.

- ☐ asociación
- ☐ organización mutualista
- ☒ organización cooperativa
- ☐ otro tipo de organización comunitaria
- ☐ prestador de servicios de salud con fines de lucro
- ☒ prestador de servicios de salud sin fines de lucro
- ☐ sindicato
- ☐ otros

8. **Personería Jurídica.** Posee personería jurídica como cooperativa desde Octubre de 1995.

- ☒ Posee:
- ☐ No posee

9. **Otras Actividades.** La cooperativa mediante un sistema de reaseguro para enfermedades de alto costo garantiza el pago de servicios funerarios. La Cooperativa ha estado promoviendo además actividades de asistencia técnica nutricional y en agricultura.

Otras actividades de la organización responsable del SIS:

- ☐ ninguna
- ☒ seguro de fallecimiento
- ☐ prevención, educación para la salud
- ☐ seguro de invalidez
- ☐ ahorro y crédito
- ☐ pensión
- ☐ actividades de tipo sindical
- ☐ educación/alfabetización
- ☐ otras formas de seguro: objeto
- ☐ otros servicios sociales: objeto
- ☐ otras actividades: Asistencia Técnica Agropecuaria.

10. **Tipo de Afiliados.** La cooperativa tiene un conjunto de asociados individuales pero en el programa de Régimen Subsidiado de Salud que maneja la afiliación siempre es por grupos familiares con un promedio de 4.4 personas por familia. No existe diferenciación entre afiliado y beneficiario pues todos tienen los mismos derechos. Se excluyen los pensionados porque estos tienen derecho al régimen contributivo de la seguridad social en salud.

- ☐ personas a título individual
- ☒ grupos familiares
- ☐ otros

11. **Beneficiarios.** No existe diferencia entre las categorías de afiliado y beneficiario. Los beneficiarios son el grupo familiar, así como las personas a cargo, incluyendo en algunos casos a los indigentes, siendo la única condición el que sean clasificados como pobres de los estratos I y II (sobre seis estratos) mediante una Encuesta denominada Sistema de Identificación de Beneficiarios SISBEN.

- ☒ familia
- ☒ otras personas a cargo
- ☐ personas indigentes
- ☐ otros : Indigentes.

12. **Adquisición del Carácter de Afiliado.** La afiliación es totalmente voluntaria.

- ☒ voluntario
- ☐ automático
- ☐ obligatorio

13. **Numero Actual de Afiliados o Beneficiarios Clasificados por Edad.** No existe diferencia entre afiliados y beneficiarios , se excluyen los jubilados.

Cuadro 5
Estructura Etarea de los Afiliados

Edad/ Sexo	Hombres	Mujeres	Total	%
Menores de un año			127	0.35
Entre 1 y 4 años			3.100	8.32
Entre 5 y 14 años			9.390	25.20
Entre 15 y 44 años	6.751		6.751	18.18
Entre 15 y 44 años		8.763	8.763	23.52
Entre 45 y 59 años			3.973	10.66
Mayores de 60 años			5.156	13.84
Total			37.260	100.00

FUENTE : Estadística Co-Esperanza para afiliados de Boyacá.

14. **Número total de Afiliados o Beneficiarios.** El SIS tiene 42.056 afiliados al Régimen Subsidiado de Salud ,de los cuales 37.260 en Boyacá y 4.796 en Bogotá.
15. **Número total de afiliados de la organización responsable del SIS:** 1.176 asociados.
16. **Zona de Residencia de los Afiliados o Beneficiarios.**

CUADRO 6
Zona de Residencia

Zona Rural de Boyacá	33%
Zona Urbana de Boyacá	56%
Zona Peri – urbana de Bogotá	11%

FUENTE : Estadística Co-Esperanza

Zona residencia de afiliados y beneficiarios:

- ☒ Zona rural: Porcentaje aproximado: 33%
- ☒ Zona urbana: Porcentaje aproximado: 56%
- ☒ Zona peri-urbana Porcentaje aproximado: 11%

17. **Vínculos entre los afiliados.** Son miembros de un mismo pueblo, barrio o comunidad geográfica que además tienen en común el haber sido clasificados como población pobre de los estratos uno y dos sobre seis por la Encuesta o sistema de identificación de beneficiarios SISBEN.

Vínculos entre los afiliados (fuera de la pertenencia al SIS):

- ☐ sin relación entre los afiliados
- ☐ miembros de una misma empresa
- ☐ miembros de un mismo sector ocupacional
- ☒ miembros de un mismo pueblo, barrio o comunidad geográfica

- ☐ miembros de un mismo grupo étnico
- ☐ miembros de una misma cooperativa
- ☐ miembros de una misma mutual
- ☐ miembros de una misma organización sindical
- ☐ miembros de una misma asociación
- ☐ otros

18. **Situación Socioeconómica de los Afiliados.** Es una condición de orden legal que el cien por ciento de los afiliados deben estar clasificados por debajo de la línea de pobreza, es decir corresponden a los estratos 1 y 2 sobre 6.
19. **Restricción a la Posibilidad de Afiliación.** No se pueden afiliar las personas o grupos familiares que hubieran sido clasificados en los estratos tres, cuatro, cinco y seis por la Encuesta de identificación de beneficiarios SISBEN. Igualmente, el lugar de residencia y la disponibilidad de presupuesto limita el acceso. Está previsto un valor o presupuesto per capita anual por persona disponible por parte del municipio y regulado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sin el cual no se pueden afiliar otras personas.

Restricciones a la posibilidad de afiliación:

- ☐ según edad
- ☐ según sexo
- ☐ según riesgos de enfermedad
- ☒ según lugar de residencia
- ☐ según religión
- ☐ según raza y/o grupo étnica
- ☒ según ingresos
- ☐ no pertenencia a una organización particular (empresa , cooperativa, sindicato etc.)
- ☐ otros : Disponibilidades presupuestales del SIS.

20. **Zona Geográfica Cubierta.** La zona cubierta es una región de Colombia, denominada Departamento de Boyacá, la cual comprende la provincia (conjunto de municipios) de Sugamuxi, conformada por 17 municipios, la provincia de la libertad, que comprende 4 municipios, con condiciones de acceso vial muy limitado, siendo además zona de conflicto armado que hace que los costos de atención se aumenten considerablemente, también se tienen afiliados en algunos municipios del Norte de Boyacá. Adicionalmente la Cooperativa tiene una sucursal en la capital de la República en las localidades 3ra, 4ta y diez y siete de Santafé de Bogotá.

21. **Tipo de Servicios Cubiertos.** Atención de nivel básico o primer nivel.

- Acciones de promoción y prevención.
- Atención área de primer nivel.
- Atención hospitalaria de menor complejidad para todos los afiliados.
- Atención de mayor complejidad o segundo nivel.
- Atención hospitalaria de mayor complejidad para gestantes y menores de un año.
- Atención quirúrgica de 2do nivel para cirugía herniorrafias, colecistectomía, histerectomía y apendicectomía.

Atención Ambulatoria de Tercer Nivel.

- Consulta ortopedia
- Consulta optometría.
- Rehabilitación en forma integral

Atención Quirúrgica de Tercer Nivel.

- Cirugía ortopédica de cualquier complejidad.
- Cirugía de catarata
- Cirugía de estrabismo

Atención de Alto Costo

Comprende las patologías catalogadas como catastróficas y que se cubren con un reaseguro según lo normado por el Ministerio de Salud: Unidad de Cuidados Intensivos, patologías (cirugías) del sistema nervioso central y de la médula espinal, insuficiencia renal incluyendo diálisis y trasplante renal, reemplazo de cadera y de rodilla, gran quemado, infección por VIH, y cáncer.

Tipo de servicios de salud cubiertos por el SIS:

- ☒ servicios ambulatorios
- ☒ atención hospitalaria (internación)
- ☒ medicina especializada . Parcialmente
- ☒ prevención y promoción de la salud
- ☒ farmacia
- ☒ atención del parto
- ☒ exámenes de laboratorio
- ☒ radiología
- ☒ vacunaciones
- ☒ otros : Reaseguro para enfermedades de alto costo.

- 22. Monto total de las prestaciones pagadas en el último ejercicio.** Tal como se observa el pago de los servicios de salud siempre ha sido superior al 80% de los egresos de la cooperativa excepto en 1997 en donde los subsidios recibidos fueron altos con respecto al año anterior y la demanda de servicios aún estaba baja.

En Dólares (1 Dólar = \$ 1.800 pesos)

CUADRO 7
EGRESOS Y PRESTACIONES

	1995	1996	1997	1998	Junio 1999
Egresos Totales	8.119	136.628	1.367.511	3.292.967	1.216.825
Prestaciones pagadas	7.181	119.759	987.220	2.898.650	992.523
P/ E	88%	87%	72%	88%	81%

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

- 23. Modalidad de Financiamiento del Seguro de Salud.** El régimen subsidiado de salud se financia en un 50% con aportes de los gobiernos municipales y en otro 50%

con aportes del régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud (aportes obrero-patronales) en beneficio de la población informal. Las cotizaciones y copagos de los afiliados o beneficiarios son poco significativos.

- ☐ cotizaciones de afiliados
- ☐ otras cotizaciones
- ☒ contribuciones del Estado (nacional, subnacional, local)
- ☐ transferencia de las utilidades (ganancias procedentes) de otras actividades desarrolladas por la organización responsable del SIS
- ☒ contribuciones y subvenciones de otros actores (1% de las nominas de los asalariados)
- ☒ rendimiento financiero de las reservas
- ☐ otros

- 24. Tipo de Cotizaciones.** Existe una diferencia entre Asociado de la Cooperativa el cual paga una cotización periódica, aunque muy poco significativa, y el afiliado al régimen subsidiado el cual no paga cotizaciones aunque para algunos servicios contribuye con un copago.

- ☐ cuota fija diferenciada según la categoría (edad, sexo, etc.) del afiliado
- ☐ cuota fija sin diferenciación de categoría del afiliado
- ☐ porcentaje de los ingresos diferenciado según la categoría del afiliado
- ☐ porcentaje de los ingresos sin diferenciación según la categoría del afiliado
- ☐ en relación con los riesgos personales del afiliado
- ☒ otros. No se paga cotización al SIS.

- 25. Monto Promedio de Cotizaciones Pagadas por Afiliado Año.** Este no es un sistema basado en cotizaciones. Las cotizaciones entran a formar parte del patrimonio de la cooperativa pero no son para la financiación del SIS y varían desde menos de un centavo hasta cincuenta centavos de dólar por afiliado al año.

CUADRO 8
Cotizaciones de los Asociados a la Cooperativa

	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Cotizaciones a la Cooperativa (No al SIS)	2.512	1.045	226	4.146	609
Afiliados	5.000	32.000	33.500	37.500	42.300
\$ US por afiliado año	0.50	0.032	0.007	0.11	0.014

FUENTE : Estados Financieros Coesperanza

- 26. Prestadores de servicios autorizados.** Co.Esperanza presta servicios de atención ambulatoria en forma directa en su sede central y contrata los demás servicios con la red pública dependiente de la Secretaría Departamental o de las Secretarías Municipales. Sólo en algunos casos se contrata servicios con la red privada.

La Secretaría de Salud de Boyacá tiene organizada en Sogamoso una red de servicios con el Hospital San José y un conjunto de centros y puestos de salud que incluyen la prestación de servicios de: Consulta Médica, Egresos por Servicios, Enfermería, Tratamientos Odontológicos; Tuberculosis, Inmunizaciones, ETS, Laboratorio Clínico, Atención Nutricional con los siguientes cubrimientos:

Prestadores de servicios autorizados:

☒ sector público	nivel 1,2,3	número 30
☒ sector privado con fines de lucro	nivel 1	número 3
☒ sector privado sin fines de lucro	nivel 1	número 1
☒ organización responsable del SIS	nivel 1,2	número 1

- 27. Nivel de Participación de los Afiliados en la Administración.** De un total de 42.056 afiliados o beneficiarios, 1.176 son asociados de la Cooperativa pertenecientes a cinco municipios de Boyacá, en los cuales se gestó originalmente la Cooperativa. En todas las comunidades, barrios y veredas se realizan pre asambleas, en las cuales por cada diez asociados se nombra un representante el cual asiste a la Asamblea General de Socios. La Asamblea de Socios es la máxima autoridad para todos los efectos en la Cooperativa y designa a la Junta Directiva y a la Junta de Vigilancia.

- ☐ gestión democrática por los afiliados (asamblea general)
☐ gestión a cargo de la organización responsable del SIS sin participación de los afiliados
☒ gestión a cargo de la organización responsable del SIS con participación de los afiliados

- 28. Proceso de Gestión del Seguro.** La Junta Directiva de la Cooperativa (no asalariada) designa al gerente y a un equipo de profesionales asalariados que se encargan de la gestión financiera y organizacional del sistema de aseguramiento y prestación de los servicios. Adicionalmente, por norma legal, la Cooperativa contrata con un Banco (privado o publico) un sistema de “encargo fiduciario” para el manejo de los recursos financieros.

- ☐ no asalariados únicamente
☒ no asalariados y gestores asalariados
☐ exclusivamente asalariados del SIS
☒ gestión confiada a una institución ☐ pública o ☒ privada
☐ participación en la gestión de los asalariados de otras organizaciones

- 29. Asistencia Técnica.** En sus inicios la Cooperativa tuvo asistencia técnica del Ministerio de Salud, de Fundesco (Fundación para el Desarrollo Cooperativo) e Indecol (Firma Asesora Privada) y posteriormente de la Universidad Javeriana. Actualmente cuenta con el apoyo de la Dirección Seccional de Salud del Departamento de Boyacá.

- ☐ se beneficia de asistencia técnica continua
☐ beneficia de asistencia técnica con carácter periódico
☒ beneficia de asistencia técnica puntual
☐ no beneficia de asistencia técnica

- 30. Participación en un Sistema de Reaseguro.** La Empresa Solidaria de Salud por norma legal debe contratar un reaseguro, en una empresa de seguros de salud, que cubre las enfermedades de alto costo. El Reaseguro comprende las patologías

catalogadas como catastróficas tales como la Unidad de Cuidados Intensivos, patologías (cirugías) del sistema nervioso central y de la médula espinal, insuficiencia renal incluyendo diálisis y trasplante renal, reemplazo de cadera y de rodilla, gran quemado, infección por VIH, y cáncer.

☒ si
☐ no

- 31- Participación en un Fondo de Garantía.** La ley creó un Fondo de Solidaridad y Garantía en el nivel nacional el cual recoge los aportes obrero patronales de solidaridad con el régimen subsidiado y los distribuye entre los diversos municipios del país, los cuales a su turno los utilizan para contratar el aseguramiento con las Administradoras del Régimen Subsidiado tales como la cooperativa Co-Esperanza.

☒ si
☐ no

- 32. Otros Actores que Desempeñan un Papel.** Sobre la Cooperativa interactúa todos los niveles de Gobierno: nacional, departamental y local así como los prestadores, proveedores y usuarios.

- El Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que establecen las políticas y normas generales del sistema de seguro.
- El Fondo de Solidaridad y garantía que aporta el 50% de la financiación.
- Los Municipios que identifican la población pobre con derecho a subsidio y contratan con la Empresa Solidaria de Salud el aseguramiento de la población y aportan el 50% de la financiación.
- La Fiducia Bancaria que se encarga de administrar los recursos financieros.
- Las Direcciones Seccionales de Salud que actúan en la asesoría, vigilancia y el control.
- Los hospitales que contratan la compraventa de servicios con las administradoras del régimen subsidiado.

III CONTEXTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

Co-Esperanza en una Cooperativa de Salud ubicada en el Departamento de Boyacá de la Región Oriental de Colombia a 200 kilómetros al norte de Bogotá.

La carta constitucional Colombiana orienta la salud como servicio público a cargo del estado; el marco jurídico para dar viabilidad a este principio constitucional se establece por medio de la ley 100 de 1993, que crea el sistema general de seguridad social en salud y la ley 60 de 1993 de descentralización municipal que otorga distribución de competencias y recursos a los entes municipales.

Dentro de este marco jurídico están las administradoras del régimen subsidiado, como Co-Esperanza, a quienes corresponde administrar los recursos asignados para salud por el estado, a la población más vulnerable, velando por mejorar el estado de salud de su población afiliada.

Para Co-Esperanza Ltda. es una gran oportunidad poder contribuir a elevar la calidad de vida de la población boyacense de escasos recursos, aportar desde el área de la administración eficaz y contribuir a al cumplimiento de todos los principios del sistema de salud de los colombianos.

En el departamento de Boyacá el proceso de descentralización en salud esta lento, la mayoría de los hospitales públicos no se han transformado en Empresas Sociales del Estado⁽¹⁶⁾ y aún no se han fijado políticas claras desde la secretaria de salud departamental en cuanto a la normatividad de calidad y a las coberturas que deben observarse para el departamento. Co-Esperanza como institución perteneciente al sistema de salud en constante actualización, se rige por las normas establecidas por el Ministerio de Salud, siempre buscando liderar un cambio en varios aspectos: prestación servicios de salud con calidad, participación de la familia y la comunidad en la solución de sus problemas de salud, satisfacción de los usuarios, aporte desde la salud en el mejoramiento de la calidad de vida y aporte al sector salud como empresa líder en la búsqueda de formas adecuadas de solucionar los problemas de salud de nuestra comunidad afiliada.

1. Aspectos Demográficos del Area de Funcionamiento del Seguro de Salud

1.1 Número y tasa de crecimiento de la población , distribución por grupos de edad y sexo. La Población del Departamento de Boyacá es de 1.351.829 habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 1.81%. El 34% son menores de 15 años, el 61% tiene entre 15 y 64 años y el 5% tiene 65 o mas años.

El Municipio de Sogamoso, sede de la Cooperativa, según el Censo Nacional, realizado por el DANE en 1993 cuenta con 115.602 habitantes distribuidos así: Cabecera Municipal 93.325, Area Rural 22.227 habitantes. De éstos en el área Urbana el 52.8% son mujeres y en el área rural 51.1%.

¹⁶ Las Empresas Sociales del Estado , son una figura juridica – administrativa para la gestion de los hospitales en forma autónoma.

CUADRO 8
POBLACION DEL MUNICIPIO DE SOGAMOSO

	Total	%
Población total	115.602	100.0%
Cabeceras Urbanas	93.325	81.0%
Población Rural	22.227	19.0%
Población Masculina	54.910	47.5%
Población Femenina	60.691	52.5%
Población con NBI	36.993	32.0%
Menores de un año	2.161	1.9%
Entre 1 y 4 años	10.415	9.0%
Entre 5 y 14 años	28.570	24.7%
Entre 15 y 44 años	51.451	44.4%
Entre 45 y 49 años	12.636	10.8%
De 60 años o mas	10.369	9.2%
Total	115.602	100.0%

FUENTE : Estudio de Factibilidad Co-Esperanza

1.3 Porcentaje Urbano, peri - urbano y rural. En Sogamoso el 80% es urbano y en el Departamento el 44.8 % vive en las cabeceras municipales en un ambiente semi urbano para la mayoría de ellos. El área rural posee el 55.2% de la población.

CUADRO 9
POBLACION DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA

	Total	% Boyacá	% Nacional
Población total	1.351.829	100.0%	100.0%
Cabeceras Urbanas	605.611	44.8%	73.0%
Población Rural	746.218	55.2%	27.0%
Población Masculina	671.119	49.6%	48.9%
Población Femenina	680.710	50.4%	51.1%
Población con NBI	819.208	60.6%	36.51 %
Menores de 15 años	45.962	34.0%	
Entre 15 y 64 años	824.615	61.0%	
65 años o mas	67.591	5.0%	
Total	1.351.829	100.0%	

FUENTE : Estudio de Factibilidad Co-Esperanza 1995.

1.4 Existencia de Corrientes Migratorias. No existen corrientes migratorias en forma significativa sin embargo las estadísticas muestran que las zonas rurales e incluso el departamento de Boyacá en su conjunto tienen menos jóvenes y menos nivel educativo que el promedio nacional lo cual podría revelar que las personas jóvenes y con formación emigran hacia los centros urbanos.

1.5 Número promedio de miembros por familia (o grupo domestico). Existen 4.4 personas por hogar (que viven bajo un mismo techo), de los cuales el 23% poseen jefatura femenina.

2. Aspectos Económicos

La mayoría de los municipio en Boyacá tienen acceso por vía carretable, aunque muchos e ellos por carretera destapada podemos observar la siguientes condiciones a nivel departamental.

- El 70% de la red vial esta en mal estado
- El 91.6% de las vías están sin pavimentar.
- El 70 % de la red básica departamental no cumple con normas de diseño.
- El 40% de los índices de la Mortalidad en Boyacá es causada por accidentes Viales.

2.1 Gastos de Bolsillo en Salud. El promedio nacional del gasto de bolsillo en salud es del 3.5 % del ingreso.

2.2 Ingreso Medio por Habitante y Distribución del Ingreso. Los ingresos por familia son muy oscilantes, de acuerdo a la época del año en que se encuentre, pero se estima que para los afiliados a Co-Esperanza fluctúan entre \$US 45 y \$US 122 por familia de cinco personas, de los cuales la familia generalmente no destina previamente ninguna cantidad fija para salud. El gasto en salud en términos generales opera como un imprevisto y obedece a eventos de carácter urgente, al punto que para cubrir costos de esta naturaleza el campesino debe endeudarse.

2.3 Salario Mínimo en la Zona si ha sido definido legalmente. El salario mínimo legal : 132 dólares (un dólar = \$ 1.800) en 1999.

2.4 Principales de Sectores de Actividad. La población beneficiaria del subsidio y que habita el área rural de Sogamoso se dedica a las labores de tipo agropecuario en un 92%, la actividad pecuaria cuenta con un 4.1% de la población y el restante 3.9% se dedica a la actividad artesanal.

La población más cercana al perímetro urbano deriva su sustento de las siguientes actividades: Alfarería 52%; Informales 25%; Obreros de construcción 10%; Empleados privados y oficiales 8%; Conductores 5%.

2.5 Tasa de Desempleo y Subempleo. La Tasa de desempleo nacional en Junio de 1999 se estima en 19% de la fuerza laboral, no obstante en Boyacá se estimaba en 11% para 1997.

2.6 Estimación del Porcentaje de Empleos en el Sector Informal. Los beneficiarios del subsidio de salud son por lo general población del sector informal y campesinos.

La Población de la región es asalariada en un 52% mientras en el nivel nacional es el 55% y según su posición ocupacional se distribuye así:

CUADRO 10
POSICION OCUPACIONAL DE LA REGION DE BOYACA

	Nacional	Boyacá
Patrón o Empleador	5.0%	3.7%
Trabajador Independiente	34.0%	37.6%
Trabaj. Sin remuneración	1.8%	2.1%
Obrero	12.3%	11.6%
Empleado	42.3%	39.6%
Empleado Domestico	2.4%	3.1%
Busca empleo	1.9%	2.1%
Sin respuesta	0.2%	0.2%
TOTAL	100.0%	100.0%

Fuente : Encuesta CAP 1994.

2.7 Principales Sectores de Creación de Empleo. El área rural ocupa al 55.2% de la población en el departamento y al 20% en el Municipio de Sogamoso. Entra la población ocupada el 33.8% se dedica a labores agrícolas en contraste con el país en que dicha ocupación llega solo al 22.8%.

CUADRO 11
OCUPACION EN LA REGION DE BOYACA.

	Nacional	Boyacá
Técnico o Profesional	8.9%	6.0%
Directivo Publico	0.8%	0.1%
Personal Administrativo	7.2%	4.2%
Comerciante	17.5%	16.6%
Servicios	13.7%	12.1%
Agrícola	22.8%	33.8%
Obrero	26.5%	24.9%
Sin clasificación	0.6%	0.3%
Sin respuesta	0.0%	0.1%
Busca Empleo	1.9%	2.1%
TOTAL	100.0%	100.0%

Fuente : Encuesta CAP 1994.

3. Aspectos Sociales

Boyacá es un departamento que se caracteriza por poseer una diversidad de microclimas y una variada riqueza de recursos naturales. Su población se encuentra distribuida el 55% ubicada en el área urbana y el 45% ubicada en el área rural. El departamento tiene una estructura típica de tenencia de la tierra minifundista y un sistema de economía campesina tradicional de explotación del suelo, a pesar de ello el departamento nunca ha tenido un plan de desarrollo coherente para el sector agropecuario y una débil estructura de producción y comercialización de los productos, nos da como resultado una población rural de bajos recursos y un escaso sistema de apoyo al campesino.

El departamento de Boyacá presenta una situación social en la que podemos suponer existe dificultad para sus habitantes de satisfacer las necesidades básicas en materia de alimentación, mantenimiento de la salud, vivienda adecuada, acceso a vestido y bienes para el

cuidado personal, educación, recreación, educación, recreación, cultura e información, transporte, comunicaciones, y seguridad social.

Los indicadores en estos campos son de gran importancia por que influyen de manera directa en la problemática de salud de las personas afiliadas a Co-Esperanza, quienes son pertenecientes al régimen subsidiado.

3.1 Nivel de Educación y Alfabetización. Boyacá tiene el nivel promedio educativo del país e incluso levemente superior hasta la educación primaria pero cae la proporción en la secundaria completa y la superior lo cual podría revelar emigración de la población joven educada hacia los grandes centros urbanos.

CUADRO 12
NIVEL EDUCATIVO EN LA REGION DE BOYACA

	Nacional	Boyacá
Sin educación	7.9%	8.1%
Primaria Incompleta	25.6%	29.6%
Primaria Completa	41.8%	44.0%
Secundaria Completa	18.6%	15.5%
Superior	6.0%	2.8%
TOTAL	100.0	100.0%

Fuente : Encuesta CAP 1994.

3.2 Servicios Sociales Disponibles y Acceso a los mismos. En Colombia se utiliza para la medición del acceso a los servicios sociales el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Este método identifica las necesidades humanas básicas y establece normas mínimas para evaluar su grado de satisfacción.

Para el caso colombiano se tomaron cinco indicadores :

- Vivienda inadecuada, identificando carencias en las condiciones físicas para el alojamiento.
- Vivienda sin servicios básicos, identificando carencia de fuente adecuada de agua y servicios sanitario.
- Hacinamiento crítico, mas de tres personas por cuarto.
- Alta dependencia económica, como hogares con mas de tres personas por miembro ocupado y en los que el jefe tuviera una escolaridad inferior a tres años.
- Ausentismo escolar, hogares con al menos un niño entre 7 y 11 años, pariente del jefe, que no asiste a un centro educativo formal.
- Un hogar que tenga cualquiera de estas necesidades insatisfecha se considera pobre, aquel que tenga dos o mas se cataloga como miserable o de extrema pobreza.

En Colombia el Indice de Necesidades Básicas Insatisfechas se estima que es en promedio del 36.51% a nivel nacional, para el Departamento de Boyacá es del 60.6%, para el Municipio de Sogamoso es del 31% y para cada uno de los municipios en que opera la Empresa Solidaria de Salud Co-Esperanza está detallado en el cuadro respectivo.

4. Indicadores de Salud

4.1 Cobertura de los servicios sociales. En Boyacá:

- El 47.5% de la población no tiene acceso a la salud básica.
- El 44% de sus habitantes no cuenta con los servicios públicos básicos.
- El 31.5% de los pobladores viven en condiciones de miseria.
- El 24% de los escolares no tienen acceso a la educación básica primaria.
- El 61% de la población presenta necesidades básicas insatisfechas

4.2 Existencia de Organizaciones de Base de la Población. En cada barrio y en cada vereda rural existe por lo general una organización comunitaria denominada “Acción Comunal” que se encarga de realizar, gestionar y en ocasiones ejecutar obras públicas de beneficio común o bien se encarga de demandar y cooperar en la organización de los servicios sociales.

Adicionalmente para salud se han organizado desde 1990 los “Comités de Participación Comunitaria” que se encargan de la planificación y la cooperación con los programas de salud.

Estas dos clases de organizaciones sirvieron de base para el desarrollo de la Empresa Solidaria de Salud – ESS- Co-Esperanza.

4.3 Contexto Cultural. Un aspecto importante en el análisis departamental es la riqueza histórico- cultural que Boyacá posee, sin embargo es evidente la pérdida de identidad cultural y la subvaloración de la cultura boyacense que podemos observar en los siguientes aspectos: el desconocimiento de su rica diversidad, el deterioro, saqueo y pérdida de los bienes patrimoniales, el desinterés por la memoria ancestral y la escasa interrelación entre educación y cultura. Aún así el departamento tiene todavía un gran arraigo cultural, persisten aún formas tradicionales de hacer las cosas sobre todo en la población campesina.

4.4 Factores que afectan la salud. En este contexto cultural existen factores protectores de la salud como la alimentación tradicional (investigación adelantada por Co-Esperanza en el Municipio de Cuitiva) pero también existen factores que deterioran la salud y que han perdurado históricamente como consecuencia tienen un gran arraigo cultural como el maltrato intrafamiliar y el maltrato al menor. De los casos reportados por el instituto de medicina de ciencias forenses de Santa Rosa de Viterbo:

- El 70.1% corresponde a maltrato conyugal en el 95% de los casos infligido a la mujer
- El 10.56% corresponde a maltrato infantil. El porcentaje restante corresponde a conflictos entre familia.
- Otro factor importante que va en detrimento de la salud de los boyacenses es hábito del alcoholismo, según datos del programa de Salud mental para Boyacá 1995 el 61.2% de la población boyacense es bebedora habitual de cerveza y el 10.9% de la población son bebedores habituales de aguardiente.

CUADRO 13
FACTORES DE RIESGO Y SUS CAUSAS

PROBLEMA DE SALUD	FACTORES DE RIESGO Y SUS CAUSAS	FACTORES DE RIESGO ESTRUCTURAL
Infección respiratoria aguda.	Contaminación ambiental la más alta del país.	Contaminación ambiental de carácter industrial.
Hipertensión Arterial.	Hábito alimentario alcoholismo, tabaquismo.	Falta de prevención cultura ambiente.
Aborto incompleto.	Embarazos indeseados. Temor al rechazo familiar y laboral.	Falta de educación sexual, discriminación laboral de la mujer. Machismo.
Politraumatismo.	Violencia intrafamiliar y violencia social.	Crisis generalizada agudizada por la impunidad generalizada
Gastritis, duodenitis, parasitosis intestinal	Hábitos alimenticios, falta de hábitos higiénicos, desconocimiento de medidas preventivas	Falta de programas preventivos que eduquen a la población en el uso y preparación de alimentos.
Infección Urinaria.	Falta de educación sexual, falta de hábitos higiénicos.	Ausencia de programas masivos de educación sexual.

FUENTE: Proyecto de Factibilidad de Co-Esperanza

4.5 Servicios de salud. El departamento de Boyacá presenta un precario sistema de salud que se ha mantenido marginado de todos los cambios que en materia de salud han dispuesto los organismos internacionales y el estado Colombiano, es así que su estructura funcional se ha caracterizado históricamente por la falta de planeación generando múltiples problemas como la indefinición jurídica de las instituciones prestadoras de servicios de salud, un lento proceso de descentralización en salud a nivel municipal y de las instituciones mismas de salud. El principal problema es el insuficiente desarrollo del sistema de salud en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que se evidencia en algunos de los siguientes indicadores referenciados en el documento todos por Boyacá 1995:

CUADRO 14
INDICADORES DE SALUD

Población sin servicios de salud	47.5%
Cobertura Salud oral escolares	10.6%
Cobertura Salud oral embarazadas	5.4%
Desnutrición en menores de cinco años	40.0%
Mortalidad infantil por enfermedades prevenibles	83.4%

FUENTE: Proyecto de Factibilidad de Co-Esperanza

Estos indicadores no evidencian otra cosa que la falta de compromiso de los gestores en salud, los inadecuados lineamientos políticos en y la ausencia de un proceso planificador en muchos de los procesos para el desarrollo de los planes de acción.

Existen factores de riesgo que influyen directamente en la situación de salud de los boyacenses y que son de competencia de las administraciones municipales y gubernamentales como son la cobertura en servicios básicos de acueducto , alcantarillado y manejo adecuado de residuos sólidos y líquidos.

En cuanto a seguridad Social en Salud el número de personas afiliadas a el régimen subsidiado en Boyacá es de 395.558 equivalente a mas del 30%.

CUADRO 15
AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL.

Regiones	Población Total	Régimen Contributivo			Régimen Subsidiado	Des - Vinculados
		Otras EPS	ISS	Excepción		
Boyacá	100.0%	9.5%	19.8%	2.7%	33.2%	34.7%

Fuente: Encuesta nacional de Calidad de Vida, DANE, Segundo Semestre de 1997

4.6 Esperanza de Vida y Perfil Epidemiológico.

A nivel Nacional:

- La Esperanza de Vida al nacer es de 69.2 años – Hombres 66.4 y mujeres 72.3 –
- Tasa bruta de natalidad 24 x 1000.
- Tasa de crecimiento natural 18.1 x 1000.
- Tasa global de fecundidad 2.7 hijos por mujer.
- Tasa bruta de mortalidad 5.9 x 1000.
- Tasa de Mortalidad infantil 33.4 x 1000
- Mortalidad infantil por enfermedades prevenibles 83.4%
- Tasa de mortalidad materna 14.9 x 1000
- Índice de masculinidad 98.5 x 100.
- Número de Personas por Núcleo Familiar 4.5

En Boyacá la tasa la esperanza de vida es mas elevada llegando 70.2 años

Primeras causas de Mortalidad

- Enfermedades cerebro - vasculares
- Enfermedades cardiacas
- Afecciones originadas en el periodo perinatal.
- En cuanto a primeras causas de morbilidad, no existe una información reciente pero se conoce que las dos primeras causas de consulta en todo el departamento son infección respiratoria aguda (I.R.A.) y enfermedad diarreica aguda (E.D.A.)

4.7 Saneamiento y Acceso al Agua Potable. Los datos obtenidos hacen referencia al área urbana solamente: de los 123 municipios el 91% de ellos tienen servicio de acueducto y el 78% tienen servicio de alcantarillado; de el área rural no existen datos pero la cobertura en estos servicios básicos rurales es muy baja exceptuando el servicio de energía. Por otro lado, existen 37 plantas de tratamiento de agua pero solamente tres producen agua potable de calidad. En cuanto al manejo de los residuos sólo 5 municipios tienen tratamiento de aguas residuales y 30 tratamiento de residuos sólidos.

4.8 Número promedio de visitas anuales a los establecimientos de salud. Como puede observarse en el cuadro respectivo la demanda y utilización de los servicios médicos es menor en la zona rural que en la región en conjunto y mucho mas elevada entra los afiliados a la Seguridad Social lo cual se explicaría por razones de accesibilidad.

CUADRO 16
CONSULTANTES AL MEDICO

Consultantes al medico en dos semanas según estado de salud
en la región Oriental de Colombia y Boyacá

	Promedio Regional	Población Rural	Afiliado a la Seg. Social	No afiliado Seg. Social
No enfermos	2.45%	1.68%	7.00%	1.87%
Enfermos en menos de 15 días	14.32%	10.19%	38.87%	11.51%
Enfermos en menos de un año	13.44%	9.60%	39.18%	11.03%
Enfermos en mas de un año	10.25%	8.17%	27.55%	8.48%
Total Enfermos	12.63%	9.2%	35.04%	10.27%

(*) Medicina tradicional

Fuente: Encuesta de Demanda y Utilización de Servicios. INS-ASCOFAME.1990

La Consulta directa al medico baja en la región con respecto al promedio nacional y mas aun en las zonas rurales y entre los trabajadores independientes en cambio se incrementa la consulta a los actores de la medicina tradicional (Tegua y Comadrona).

CUADRO 17
TIPO DE SERVICIO CONSULTADO

Consultas Totales en un Año por Persona Consultada en la Región de Boyacá

	Promedio Nacional	Promedio Regional	Población Rural	Trabajador Independiente
Al medico	79.6%	73.3%	68.6%	69.1%
A la enfermera	4.4%	5.4%	9.5%	2.8%
Al farmacéutico	10.2%	15.1%	13.0%	13.3%
A la Promotora	0.4%	0.9%	1.8%	0.0%
Al tegua (*)	4.9%	5.0%	6.5%	11.6%
A la comadrona (*)	0.5%	0.3%	0.6%	3.2%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(*) Medicina tradicional

Fuente: Encuesta de Demanda y Utilización de Servicios. INS-ASCOFAME.1990

5. Articulación con la Política Nacional de Salud y Seguridad Social.

5.1 Política nacional. La creación de las Empresas Solidarias de Salud, entre las cuales apareció Co-Esperanza, es producto de una política nacional originada en el Ministerio de Salud en 1993. Inicialmente las Empresas solidarias cumplen con políticas preventivas y promocionales y posteriormente se les convierte en Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud que maneja un Plan de Salud Obligatorio muy integral.

5.2 Marco regulador. La Ley 100 de 1993 crea el régimen subsidiado y posteriormente hay una serie de Decretos gubernamentales que los regulan; finalmente el denominado Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante sucesivos “Acuerdos” distribuye los recursos financieros del Fondo de Solidaridad y Garantía y establece una serie normas.

5.3 La articulación con la seguridad social. El Régimen Subsidiado de Salud se considera como parte integrante de la Seguridad Social en Salud. El Régimen Contributivo de la Seguridad Social está diseñado para los asalariados y para los trabajadores independientes que devengan mas de dos salarios mínimos. En el régimen contributivo se cotiza el 12% sobre el salario (el patrón aporta 2/3 y el trabajador 1/3), de ese aporte un punto (1% sobre el salario) se destina como aporte solidario a financiar el régimen subsidiado de salud. El aporte solidario del régimen contributivo financia el 50% de los gastos en el régimen subsidiado y el aporte de los municipios el otro 50%.

5.4 El control de calidad de los servicios de salud en el nivel local. Las Empresas Solidarias de Salud poseen unos manuales de verificación o acreditación de proveedores de servicios, según normas definidas por el Ministerio de Salud. Con base a estos manuales la dirección técnica de la ESS hace una visita de auditoria a cada proveedor preseleccionado y si cumple las normas se le contrata.

6. Oferta de Atención Médica.

6.1 Número de entidades en la región. La Secretaria de Salud de Boyacá tiene organizada en Sogamoso una red de servicios con el Hospital San José y un conjunto de centros y puestos de salud que incluyen la prestación de servicios de: Consulta Médica, Egresos por Servicios, Enfermería, Tratamientos Odontológicos; Tuberculosis, Inmunizaciones, ETS, Laboratorio Clínico, Atención Nutricional con los siguientes cubrimientos:

CUADRO 18
EGRESOS Y ESTANCIAS “HOSPITAL SAN JOSE”
Anual

GRUPO POBLACION	ESTANCIAS TOTAL DIAS	NUMERO EGRESOS	PROMEDIO DIAS ESTANCIA
Menor 1 año	2443	321	7.6
1 - 4 años	1354	258	5.2
5 – 14 años	1589	260	6.1
15 – 44 años	4456	2060	2.2
45 – otros	4395	909	4.8
45 - 59 años	1899	331	5.7
60 - y mas	3450	480	7.2

DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION “HOSPITAL SAN JOSE” Anual

DETALLE	MED	CIRG	OBST	PEDT	OTROS	TOTAL
Camas Disp.	12	17	20	25	37	115
Cs. Disp.	4380	6205	7300	9125	13505	41975
Cs.Ut.Ds.Pac.	3307	5504	5483	5844	1370	21841
Grd. Utl. % Ut.	75.5	88.7	75.11	64.04	10.14	52.03
Número Egresos	586	746	1990	809	301	46119

FUENTE: Hospital San José.

La oferta de salud en Sogamoso está a cargo del Hospital Regional San José, de las clínicas de los Seguros Sociales y particulares, de los puestos de salud de la Secretaría de Salud Local y Centros médicos particulares.

Los servicios que ofrecen las entidades tanto públicas como privadas se caracterizan en el campo público por tener bajos niveles de eficiencia y eficacia. No así en el sector privado donde se aprecia un mejor servicio.

Históricamente la demanda ha crecido, tanto en razón del crecimiento poblacional como de la incidencia de enfermedades propias del medio. Aunque los costos de los servicios constituyen un desestimulante en la demanda, aún continúa registrándose un incremento notorio.

La oferta de servicios continúa dentro de un esquema tradicional de recuperación de la salud desde la óptica del enfermo y la enfermedad.

De lo anterior se desprende un resultado general: La población con capacidad de pago tiene acceso a los servicios donde existen mayores niveles de eficiencia como son las entidades privadas y en este sentido han salido favorecidos quienes tienen acceso al régimen contributivo en salud.

En cambio la población con necesidades básicas insatisfechas, pertenecientes a los estratos 1 y 2 son las que menos oportunidades han tenido de recibir servicios de salud en razón sobre todo a su falta de pago (antes de existir el Régimen Subsidiado de Salud).

Por esta razón, y dado el alto índice de necesidades básicas insatisfechas que registra Sogamoso en su población total, la Empresa Solidaria de Salud se ha convertido en una alternativa real para quienes históricamente por razones económicas y sociales no han tenido acceso al servicio y si lo obtienen es en las peores condiciones.

6.2 Suficiencia o insuficiencia de los servicios ofrecidos. El Hospital San José en Sogamoso tenía a su cargo 14 puestos de salud pero entre el 94 y 96 la dificultad en la atención en estos puestos de salud se incrementó debido a la Ley 10 de 1990 que estableció la descentralización, y el hospital concluyó que estos puestos ya no eran de su competencia.

El cuadro siguiente muestra que entre quienes presentan dificultades en el acceso a la consulta muy pocos argumentan inexistencia de infraestructura (0.4%) y mas bien pesa sobre todo el aspecto económico (13.1%) el cual resulta mas elevado en Boyacá que en el promedio nacional el cual es del 11.7%, lo cual muestra la pobreza relativa del departamento. También

la necesidad mayor de consultar revela aun estado de morbilidad relativa mas critica que el promedio nacional.

CUADRO 19
MOTIVOS DE NO CONSULTA EN LA REGION DE BOYACA

Causas de la no consulta	Nacional	Boyacá
No tuvo necesidad	81.7%	78.3%
Limitaciones Económicas	11.7%	13.1%
Inaccesibilidad geográfica	0.4%	0.4%
Falta de tiempo, descuido.	2.9%	4.5%
No lo atendieron	0.2%	0.4%
Otros	2.3%	2.9%
Sin información	0.8%	0.4%
TOTAL	100.0%	100.0%

Encuesta CAPs – Demanda de Servicios 1990

6.3 Distribución geográfica de la atención médica. El grupo destinatario por lo general estaba en el área rural y por lo tanto bastante retirado del hospital de Sogamoso, existían 14 puestos de salud en diferentes veredas pero la atención que se les prestaba allí era mínima, contaban con promotoras cuya función básica era canalizar los pacientes, varios de estos puestos de salud se quedaron únicamente con la infraestructura pero sin dotación y a veces era difícil encontrar personal capacitado para que laborara en estos.

De otra en cada uno de los municipios de Boyacá existe por lo general un hospital local o un centro de salud publico que es en muchos casos el único proveedor de servicios.

6.4 Proporción de prestadores de atención médica entre los distintos sectores. En el cuadro respectivo se observa que la afiliación al Instituto del Seguro Social en Boyacá corresponde al promedio nacional debido a su parque industrial pero la consulta privada es menor y la consulta al hospital publico es mayor que el promedio nacional lo cual revela el componente rural.

CUADRO 20
TIPOS DE PRESTADORES
Proporción de prestadores según lugar de consulta

Tipo de Institución	Boyacá	Nacional
Instituto de los Seguros Sociales	12.9%	12.8%
Cajas de Previsión oficiales	2.3%	2.3%
Cajas de Compensación sin lucro	0.5%	1.3%
Consultorio Privado	33.9%	41.5%
Domicilio	1.8%	4.8%
Institución oficial – hospital publico	40.3%	31.3%
Otra Institución	8.3%	6.0%
Total	100.0%	100.0%

Antes de 1993 .Encuesta Nacional de Utilización de servicios

7. Protección Social en Materia de Salud

7.1 Las formas tradicionales de solidaridad. Las formas tradicionales de solidaridad en salud de la población se encontraban bastante disminuidas y la Empresa Solidaria ha contribuido a estimularlas de nuevo.

7.2 Organización actual de la Seguridad Social en el país. La Ley 100 de 1993 reformó la Seguridad Social en Salud en Colombia y creó dos regímenes: el contributivo para los asalariados e independientes con mas de dos salarios mínimos y el régimen subsidiado para las personas pobres clasificadas en los niveles I y II por el sistema de identificación de los beneficiarios.

El Régimen Contributivo es gestionado por el Instituto de los Seguros Sociales y treinta Entidades Promotoras de Salud denominadas EPS (10 publicas, 10 privadas y 10 sin animo de lucro); el Régimen Subsidiado de Salud es gestionado por las Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud –ARS- que son de tres tipos: Las EPS, las Cajas de Compensación Familiar (propiedad de los obreros y patronos) y las Empresas Solidarias de Salud (de tipo cooperativas y mutuales). Las coberturas de cada una de ellas son como siguen:

CUADRO 21
AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
Octubre de 1997

ENTIDADES	AFILIADOS
28 Entidades Promotoras de Salud EPS	3'220,000
30 Entidades Adaptadas	349,650
Instituto de los Seguros Sociales ISS	7'390,000
CAPRECOM	200,000
CAJANAL	430,000
Subtotal Régimen Contributivo	11'589,650
16 EPS	2'930,000
50 Cajas de Compensación Familiar CCF	1'270,000
175 Empresas Solidarias de Salud	2'240,000
Subtotal Régimen Subsidiado	6'440,000
TOTAL Sistema de Seguridad Social	18'029,650

FUENTE : Informe OIT, Abril de 1998.

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida – DANE segundo semestre de 1997- reveló que el 57.19% de la población está cubierta por la seguridad social, así: el 37.63% por el régimen contributivo y el 19.56% por el régimen subsidiado. Este es el principal éxito de la reforma si se tiene en cuenta que en 1990 la cobertura era sólo del 20.6%.

7.3 Cuales son los grupos de personas que no están incluidos en la seguridad social. La creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la ley 100 de 1993 pretende conseguir la cobertura universal en salud de la población colombiana bajo dos regímenes de aseguramiento: el Contributivo con aproximadamente un 70% de la población como máximo y el Subsidiado para un 30% de la población como mínimo. El aseguramiento deberá garantizar la distribución equitativa de los subsidios y la accesibilidad efectiva a los servicios de salud sobre la base de un Plan Obligatorio de Salud progresivamente igual para todos y ofrecido en condiciones de calidad y eficiencia, enfatizando servicios básicos de prevención y promoción.

CUADRO 22
AFILIACIÓN POR RÉGIMEN
según decil de ingresos per capita del hogar

	Ingreso percapita, Mensual	Población No afiliada	Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo	Seguro Privado	Total
1	\$0- \$32.352	2.725.847	1.520.711	242.132	35.027	4.523.717
2	\$32.353 - \$52.000	2.447.821	1.751.072	542.995	41.352	4.813.240
3	\$52.001 - \$71.709	2.368.236	1.377.720	779.348	53.528	4.578.832
4	\$71.710 - \$93.259	2.043.587	1.037.194	1.102.325	53.691	4.236.797
5	\$93.260 - \$118.899	1.624.341	830.970	1.545.237	65.796	4.066.344
6	\$118.900 - \$154.999	1.567.360	542.689	1.864.714	57.706	4.032.469
7	\$155.000 - \$207.816	1.301.303	388.826	1.899.447	41.628	3.631.204
8	\$207.817 - \$296.941	981.058	146.357	2.211.348	82.327	3.421.090
9	\$296.942 - \$516.666	807.990	164.588	2.273.594	69.011	3.315.183
0	\$516.667+	505.883	70.485	2.444.054	102.308	3.122.730
	TOTAL	16.403.426	7.830.612	14.905.194	602.374	39.741.606

Nota: Incluye solamente hogares que reportan un ingreso.

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, 1997. Cálculos de la Misión Social.

Se observa que:

- El 42.8 % de la población (16.403.426 personas) aún se encuentran como no afiliadas y deben recurrir a los hospitales públicos o al sector privado pero sin ninguna garantía cierta de atención.
- De la población no pobre: el 47.60% está cubierta por el régimen contributivo, el 13.70% por el régimen subsidiado y el 38.59% no está afiliada. Existen entonces al menos 4 millones de subsidiados entre los estratos no pobres de la sociedad, lo cual es evidentemente lamentable.
- De la población pobre el 35.27% está cubierta por el régimen subsidiado, mientras el 10.70% está cubierta por el contributivo y el 53.90 no esta afiliada.
- Entre la Población Urbana / Rural. La cobertura de la población afiliada total alcanza el 61% en el área urbana y el 47.49% en el área rural.
- Resalta que la proporción de afiliados al régimen subsidiado dentro del total de afiliados a la seguridad social, alcanza: el 76.6% en el área rural, mientras que el 21.41% en el área urbana.

CUADRO 23
AFILIADOS POR REGION
Porcentaje de afiliados por régimen, según región

Regiones	Población Total	Régimen Contributivo			Régimen Subsidiado	Des - Vinculados
		Otras EPS	ISS	Excepción		
Atlántica	100.0%	7.5%	18%	2.8%	13.8%	57.2%
Oriental	100.0%	9.5%	19.8%	2.7%	33.2%	34.7%
Pacífica	100.0%	12.5%	21.1%	1.2%	21.5%	43.6%
Central	100.0%	8.5%	18.6%	3.3%	21.5%	48.1%
Antioquia	100.0%	17.9%	24.7%	1.4%	20.9%	35.1%
Bogotá	100.0%	23.7%	30.7%	3.8%	7.3%	34.6%
Orinoquia	100.0%	9.7%	22.7%	4.4%	33.0%	30.2%
San Andrés	100.0%	16.3%	44.5%	0.8%	17.0%	21.4%
Total	100.0%	12.8%	22.1%	2.6%	19.7%	42.8%

Fuente: Econometría con base en la Encuesta de Calidad de Vida 1997.

Con la reforma, el ISS amplió la cobertura desde el cotizante principal hacia todo el grupo familiar, y captó además a muchos afiliados a las cajas públicas que se liquidaron. Por esta razón su cobertura pasa del 16% al 22% de toda la población, aunque su cobertura pudiera haber sido mayor si no hubiera perdido por lo menos 1.200.000 cotizantes que se trasladaron a las EPSs privadas.

Las EPSs privadas además de captar afiliados del ISS y de las Cajas de Previsión, vincularon a la seguridad social a los antiguos tenedores de las pólizas de medicina prepagada, consiguiendo una cobertura del 12.8% de la población total del país.

Por fuera del sistema general se quedaron , por su propia decisión y presión, los trabajadores de Ecopetrol, del Magisterio y de las Fuerzas Militares y de Policía, que representan el 2.8% de toda la población y están cubiertos por regímenes especiales.

Boyacá forma parte de la región oriental y los indicadores del cuadro le son aplicables.

IV. PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

Este apartado se ocupa de la creación y puesta en marcha del SIS, y se centraliza en la descripción del proceso de creación, proporcionando una visión fotográfica del funcionamiento al término del primer ejercicio.

1. Origen del Sistema de Seguro de Salud

1.1 Características de la oferta de atención médica. Antes de que empezara la Empresa Solidaria de Salud en el Municipio de Sogamoso en el Departamento de Boyacá, el servicio de salud se prestaba a través del Hospital Regional San José, que es de II nivel y tiene un área de influencia de 17 municipios en toda la provincia; su nivel asistencial correspondía a la forma como se manejaba el Sistema Nacional de Salud; las tarifas (o precios de los servicios en el hospital) eran bajas y los usuarios tenían que solicitar una clasificación socio-económica preliminar en la oficina de trabajo social para que les fijaran la tarifa de pago y los atendieran; cuando no tenían dinero tenían que rogar para que los atendieran de “caridad” por lo cual generalmente la gente solo acudía cuando estaba muy grave.

El Municipio de Sogamoso tenía más o menos unos 14 puestos de salud que están disgregados en las áreas un poco más alejadas de la cabecera municipal, pero estos puestos de salud en su mayoría fueron construidos más por motivaciones políticas. Ocasionalmente los médicos rurales prestaban algunas atenciones y básicamente estos puestos eran atendidos por promotoras de salud cuya función era canalizar pacientes hacia el hospital o bien hacer algunas atenciones sobre todo en la vacunación y alguna atención mínima de primeros auxilios.

En el año 1994 – 96, estos puestos operaban como dependencias del hospital, el cual, por ser de segundo nivel de atención, estaba subordinado económicamente a Tunja (capital del Departamento de Boyacá) y no al municipio de Sogamoso donde está ubicado, porque su función era atender la provincia (varios municipios), según lo previsto por la Ley 10 de 1990 que regula la descentralización. Según esta norma, las áreas locales le correspondía atenderlas al municipio y hubo entonces un problema jurídico sobre cuáles eran las competencias del municipio y las del departamento y el hospital retiró los funcionarios de los puestos de salud y el municipio vinculó algunos funcionarios a estos puestos, pero sobre todo para generar cargos por cuestiones políticas.

Cuando la Empresa Solidaria de Salud -ESS- Co-Esperanza empezó a funcionar no había claridad sobre cuál era la competencia de esta empresa como tal y cuál era la competencia en salud de la alcaldía municipal. En un comienzo en la Alcaldía muchos pensaron que era un sitio más para generar puestos de trabajo y cargos políticos como en las instituciones del Estado; en la Alcaldía había el concepto que ésta era una oficina más de la administración e inicialmente se manejó así. Inicialmente se pretendía hacer las cosas como decía el alcalde y como decían los políticos pero afortunadamente la ESS fue cogiendo cuerpo aparte y en este momento ya no hay ningún poder político con injerencia sobre la institución. Luego la Empresa Solidaria de Salud, al trascender el límite del municipio de Sogamoso, pues su cobertura llega a 17 municipios de todo Boyacá, logró con esto evadir las influencias políticas y administrativas de la localidad y consolidar su manejo autónomo.

El SIS tuvo su inicio en el Municipio de Sogamoso en la zona rural, donde el servicio de salud se prestaba a través del Hospital Regional de San José, el cual es de II nivel y del que dependían 14 puestos de salud ubicados en las veredas mas distantes de la cabecera municipal, los servicios se prestaban sin ánimo de lucro ya que estos centros pertenecen al Estado. Las tarifas de atención eran bajas y las fijaba la trabajadora social del hospital de acuerdo a la clasificación socioeconómica del paciente, y si éste carecía de recursos se le prestaba la atención “de caridad”. Los puestos de salud eran atendidos generalmente por promotoras de salud cuya función era canalizar pacientes hacia el hospital San José o hacer atenciones de primeros auxilios y vacunaciones, ocasionalmente los médicos rurales prestaban alguna atención en estos puestos.

1.2. Política en materia de financiamiento de los servicios de salud. Los Hospitales Públicos y sus redes de puestos y centros de salud estaban encargados de atender a toda la población y recibían subsidios a la oferta por parte del presupuesto general de la nación y mediante el recaudo de algunas rentas o impuestos de recaudo departamental de destinación específica tales como son los impuestos a los licores, a las cervezas y a las loterías.

Cuando los usuarios de escasos recursos llegaban al hospital o al puesto de salud y solicitaban el servicio, entonces se le cobraba una tarifa baja de acuerdo a la clase de servicio o no se le cobraba si se les clasificaba en la pobreza extrema.

Es de observar que el Sistema de recaudación de cotizaciones solo ha existido en Colombia para el Régimen Contributivo de la Seguridad Social, el cual afiliaba y afilia hoy especialmente a los asalariados (90% de sus afiliados) y sólo en una mínima parte a los trabajadores independientes (10% de sus afiliados), con más de dos salarios mínimos legales. Cuando se crea el SIS se hace bajo una modalidad de subsidio pleno sin cotizaciones de los afiliados.

1.3 Características del grupo destinatario. Inicialmente se buscó identificar un grupo de familias de los estratos mas pobres a las cuales se les iba a prestar un paquete de servicios básicos de salud y a generar con ellas una cooperativa de salud como tal. Con ese grupo de familias, que se dijo iban a ser mas o menos 1.000 familias con un promedio de 5 personas por familia (sería entonces un grupo de 5.000 personas), se conformarían los beneficiarios del proyecto y se generaría la parte de la cooperativa.

De esos 5.000 salieron los 45 socios iniciales, que fueron los que conformaron la cooperativa el 25 de mayo de 1995. Casi toda la población inicial era de Sogamoso pero no de los barrios sino de la parte rural que tiene muchas veredas, con distancias hasta de una hora desde el centro urbano. Inicialmente se hicieron los programas de capacitación a las familias, se les enseñaron los primeros auxilios y se les entregó un material. Como en octubre de 1995 se creó un equipo de profesionales que iban a prestar servicios de atención extramural.

La población beneficiaria inicial del programa de Salud Subsidiada de Sogamoso se encontraba entonces distribuida en su mayoría en el área rural y en sectores vecinos al perímetro urbano.

La Secretaría de Salud diligenció las Tarjetas Familiares y posteriormente Indecol Ltda. (firma asesora) procesó la información dando como resultado la composición demográfica distribuida por grupos de edades y sexos, lo cual dio la base para determinar la mayoría de los

elementos que permitieron estructurar el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado para la ESS , Co-Esperanza de Sogamoso.

CUADRO 24
ESTRUCTURA DE LA POBLACION INICIAL EN 1995

GRUPO POR EDAD	TOTAL %	MUJERES %	HOMBRES %
0 - 1 años	70 1.4	40 57.0	30 43.0
1 - 4 años	480 9.6	249 51.8	231 48.2
5 - 9 años	488 9.7	258 52.8	230 47.2
10 - 19 años	940 18.8	498 52.9	442 47.1
20 - 24 años	1.998 39.9	1059 53.0	939 47.0
45 - 59 años	724 14.4	376 51.9	348 48.1
60 y más años	294 5.8	155 52.7	139 47.3
TOTAL ...	4.994 99.6	2635 52.7	2.359 47.3

Fuente: Estudio de Factibilidad de Co-Esperanza.

En Boyacá el campesino es muy pobre, lo único que tiene es su tierra y vive en unas condiciones difíciles. La gran mayoría de los afiliados al Régimen Subsidiado eran campesinos que tenían una producción agrícola pequeña; generalmente eran de las veredas mas alejadas y se buscó beneficiarlos precisamente por su misma lejanía de la parte urbana. Antes de 1995, la seguridad social en Sogamoso, que es un municipio que ha tenido desarrollo industrial y ha creado empresas, tenia bastante población afiliada al Régimen Contributivo en la zona urbana y entre personas asalariadas que tienen algún trabajo permanente, pero en el área rural prácticamente no había ninguna protección del aseguramiento en salud.

Hasta julio del 96 el ámbito de ESS era nada mas que Municipal en Sogamoso y el ciento por ciento de sus afiliados eran campesinos; durante los años 1995 y 96 la ESS sólo atendió personas del campo y allí se fortaleció. En el 97, cuando tenía 7.010 personas del campo, empezó a extenderse a otros ámbitos y se afiliaron personas urbanas y de otros municipios pero esta proyección ya no dependía de la ESS sino de la priorización que hicieran los Alcaldes que era quienes decidían a quien afiliaban⁽¹⁷⁾. Sobre el impacto que causó el ingreso de la población urbana a la Cooperativa dice la promotora de la ESS “yo les decía a los campesinos que me interesaba que se asociaran y que tomaran la cooperativa porque la gente de la ciudad era mas instruida y si nosotros dejábamos que las personas campesinas se quedaran atrás llegaría el momento en que la cooperativa la empezarían a manejar las personas de la ciudad y se olvidarían de las cosas que nosotros quisimos hacer”

El grupo destinatario estaba integrado por 5.000 personas, las cuales conformaron la cooperativa y en su mayoría estaban ubicados en la parte rural de Sogamoso y en sectores vecinos al perímetro urbano. Eran campesinos que tenían una producción agrícola pequeña y vivían en condiciones difíciles. Estas personas no contaban con protección social y prácticamente no tenían acceso a los servicios de salud con excepción de los brindados por el Estado a través de los puestos de salud, los cuales eran bastante limitados.

¹⁷ La Empresa Solidaria de Salud Coesperanza ,actua mediante contratacion con el municipio como una admnistradora del regimen subsidiado y es el alcalde quien clasifica a la poblacion y determina prioridades de afiliación.

1.4 El grupo destinatario con respecto al resto de la población. El grupo destinatario es el grupo social mas pobre de la región y que según la clasificación socioeconómica responde a los estratos 1 y 2 dentro de una escala de 6.

El SIS denominado allí Empresa Solidaria de Salud (ESS) Co-Esperanza opera en el Departamento de Boyacá de Colombia, el cual tiene 1.351.829 habitantes, de los cuales tiene 523.490 personas (38.7%) con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y por lo cual es población objeto prioritaria del Régimen Subsidiado de Salud.

Actualmente, entre varias Administradoras del Régimen Subsidiado están cubriendo en ese Departamento 385.651 personas equivalente al 73.67% de la población objeto. Co-Esperanza tiene afiliadas 37.260 personas equivalentes al 9.7% de todos los afiliados al régimen subsidiado en el departamento de Boyacá.

La Cooperativa Co-Esperanza tiene contratos con treinta (30) Municipios del Departamento y con Bogotá para Administrar el Régimen Subsidiado y cubre al 15.77% de toda la población con derecho (con NBI) en los treinta y tres (33) municipios en donde viven sus afiliados (sin incluir Tunja y Bogotá). En algunos municipios como Beteitiva y Pisba cubre el 81% y el 96% de la población con derecho potencial y en otros casos como Belén solo el 1.5%. Hay un caso en el municipio de Iza en donde se cubre mas de la población objeto, el 142%, lo cual hace pensar que allí se afilió una parte de la población sin derecho.

La población afiliada es 36.7% rural y 63.3% urbana, para el caso de los 4.459 afiliados en Bogotá corresponden a zonas peri - urbanas.

Los beneficiarios del SIS es el grupo social mas pobre de la región, según su clasificación socioeconómica pertenecen a los estratos 1 y 2 dentro de una escala 6.

1.5 Las principales dificultades para acceder a los diferentes tipos de atención médica. El grupo destinatario por lo general estaba en el área rural y por lo tanto bastante retirado del hospital de Sogamoso, existían 14 puestos de salud en diferentes veredas pero la atención que se les prestaba allí era mínima, contaban con promotoras cuya función básica era derivar los pacientes hacia el hospital. Varios de estos puestos de salud se quedaban únicamente con la infraestructura pero sin dotación y a veces era difícil encontrar personal capacitado para que laborara en ello. Entre el 94 y 96 la dificultad en la atención en estos puestos de salud se incrementó debido a la ley 10 porque el hospital decía que estos puestos ya no eran de su competencia. La encuestas mostraban (ver cuadro respectivo) que el 23.4 % no tenia acceso por diversas razones, la mitad de ellas económicas.

CUADRO 25
MOTIVOS DE NO CONSULTA EN LA REGION

No tuvo necesidad	78.6%
Limitaciones Económicas	13.1%
Inaccesibilidad geográfica	0.4%
Falta de tiempo, descuido.	4.5%
No lo atendieron	0.4%
Otros	2.9%
Sin información	0.4%
TOTAL	100.0%

Fuente: Encuesta CAPs – Demanda de Servicios 1990

1.6 Protección anterior de los miembros del grupo destinatario. Antes de la puesta en marcha del SIS ,la Secretaria de Salud de Boyacá tenía organizada en Sogamoso una red de servicios con el Hospital San José y un conjunto de centros y puestos de salud que incluyen la prestación de servicios de: Consulta Médica, Egresos por Servicios, Enfermería, Tratamientos Odontológicos; Tuberculosis, Inmunizaciones, ETS, Laboratorio Clínico, Atención Nutricional con los siguientes cubrimientos:

CUADRO 26
EGRESOS Y ESTANCIAS “HOSPITAL SAN JOSE”

GRUPO POBLACION	ESTANCIAS TOTAL DIAS	NUMERO EGRESOS POR AÑO	PROMEDIO DIAS ESTANCIA
Menor 1 año	2443	321	7.6
1 - 4 años	1354	258	5.2
5 – 14 años	1589	260	6.1
15 – 44 años	4456	2060	2.2
45 – otros	4395	909	4.8
45 - 59 años	1899	331	5.7
60 - y mas	3450	480	7.2

DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION “HOSPITAL SAN JOSE”, Anual

DETALLE	MED	CIRG	OBST	PEDT	OTROS	TOTAL
Camas Disp.	12	17	20	25	37	115
Cs. Disp.	4380	6205	7300	9125	13505	41975
Cs.Ut.Ds.Pac.	3307	5504	5483	5844	1370	21841
Grd. Utl. % Ut.	75.5	88.7	75.11	64.04	10.14	52.03
Número Egresos	586	746	1990	809	301	46119

Fuente: Hospital San José.

Globalmente considerada la oferta de servicios de salud en Sogamoso estaba a cargo del Hospital Regional San José, de las clínicas de los Seguros Sociales, además de los centros y puestos de salud de la Secretaría de Salud Local y los centros médicos particulares. Los servicios que se ofrecían en las entidades públicas se caracterizaban por tener bajos niveles de eficiencia y eficacia. No así en el sector privado donde se apreciaba un mejor servicio.

Históricamente la demanda de servicios había venido creciendo, tanto en razón del incremento poblacional como por la incidencia de enfermedades propias del medio. Aunque las tarifas de acceso a los servicios constituyeron siempre un desestimulante en la demanda, aún así continúa registrándose un incremento notorio. Pero en cuanto a su eficacia la oferta de servicios continúa dentro de un esquema tradicional de recuperación de la salud desde la óptica del enfermo y la enfermedad.

De lo anterior se desprendía un resultado general:

La población con capacidad de pago tenía acceso a los servicios donde existían mayores niveles de eficiencia como eran las entidades privadas y en este sentido salían favorecidos quienes tenían acceso al régimen contributivo de la seguridad social en salud.

En cambio la población con necesidades básicas insatisfechas, pertenecientes a los estratos 1 y 2, eran las que menos oportunidades habían tenido de recibir servicios de salud en razón

sobre todo a su falta de capacidad económica (antes de existir el Régimen Subsidiado de Salud). Dentro de estos estratos se encontraban los miembros del grupo destinatario que contaba con los servicios de salud que les brindaba el Estado a través de la red puestos de salud y el hospital, pero esta prestación como se mostró era bastante deficiente.

Pese a que los miembros del grupo cooperativo original no tenían ninguna experiencia previa en materia de seguros se comprometieron a la tarea de construir la cooperativa de aseguramiento en salud. Las causas que explican la creación de la Empresa Solidaria de Salud son entonces una combinación de insatisfacción local con los servicios de salud y la propuesta derivada de la política nacional, junto con la creación legal del régimen subsidiado de salud.

Por esta razón y dado el alto índice de necesidades básicas insatisfechas que registra Sogamoso en su población total, la Empresa Solidaria de Salud se ha convertido en una alternativa real para quienes históricamente por razones económicas y sociales no han tenido acceso al servicio y si lo obtienen es en las peores condiciones.

1.7 El nivel de organización de los miembros del grupo destinatario antes de la creación del SIS. Para crear la Empresa Solidaria de salud se partió de una comunidad que tenía muy bajo nivel de organización, en algunos casos se iniciaba la nueva organización con líderes de algunas veredas que anteriormente habían participado en “Juntas de Acción Comunal” o con gente que tenía inquietudes de liderazgo en las veredas. No obstante los “Comités de Participación Comunitaria” promovidos desde 1990 por el Ministerio de Salud, en muchos casos apenas si funcionan o sólo existían en el papel. Al contrario, puede decirse que, la empresa generó la organización de la comunidad y a raíz de su creación se empezaron a generar organizaciones de la comunidad en las veredas. La empresa ha sido entonces el punto de congruencia para que la gente se aglutine alrededor y es un hecho que tiene mucha capacidad de convocatoria.

Al respecto, comenta Doña Blanca Avella líder fundadora de la empresa: “Yo hice casi todos los contactos aquí en Sogamoso, en 1991, cuando inicialmente fui enfermera auxiliar y trabajé en salud pública. En ese tiempo era mi oficio hacer los comités de participación comunitaria pero a raíz de la transición que empezó con la ley 10 de 1990, y que hubo que crear comités de participación comunitaria para que se organizaran los puestos de salud, entonces yo asumí eso como una tarea de organización de la comunidad en salud, por ejemplo yo me acuerdo que a Rafael yo lo conocía y cuando nos encontramos para hacer lo de la empresa, yo ya había ido a la vereda de él a motivar a la gente para que constituyeran el comité de participación comunitaria y de hecho lo nombraron a él en el comité, ocurrió esto mismo con otras personas, por ser allegada al sector salud yo ya había constituido en bastantes comunidades los comités de participación comunitaria.

Las organizaciones comunales llamadas de acción comunal que eran la forma de organización comunal más generalizadas en la región, no jugaron un papel importante por falta de credibilidad entre la gente, y pese a que querían colaborar, estas organizaciones habían venido sufriendo un proceso de desgaste. Dice Doña Blanca “Yo empecé ganándome la confianza de la gente y lo primero que la gente nos decía era que con la acción comunal no iban a trabajar porque ellos se cogían la plata (hurto del dinero), y que los manejaban los políticos. A mi me tocó luchar mucho contra la creencia que detrás de la Empresa Solidaria había un manejo político en Boyacá. Lo mejor fue que la comunidad participó en su creación, jóvenes y ancianos”.

1.8. Participación del grupo destinatario en la administración de la oferta de atención médica. Desde 1990 se crearon los Comités de Participación Comunitaria con funciones en el proceso de planificación y cooperación en los programas de salud aunque en ocasiones eran de creación muy formal y sin presencia efectiva. Igualmente, se determinó en la legislación que los hospitales descentralizados deberían tener una Junta Directiva con participación de la comunidad en un tercio de sus miembros.

1.9 Los motivos para la creación del SIS. El Ministerio de Salud fue quien generó la idea de las Empresas Solidarias de Salud. Dentro del proyecto de expansión avisó a las alcaldías del país y el alcalde de Sogamoso que era un religioso en ese momento, acogió la idea y le dijo al Ministerio que participaría y encargó a la señora Blanca Avella, que en esa época trabajaba en la Alcaldía en actividades de organización de la comunidad, era auxiliar de enfermería, anteriormente trabajaba en organizaciones de salud como sindicalista, posteriormente trabajó con organizaciones de la comunidad, pero sobre aseguramiento no sabía. Doña Blanca Avella fue la encargada de promover la cooperativa. La fecha de fundación de la Cooperativa fue en mayo del 95, y obtuvo personería legal desde octubre de ese año. Se empezó a trabajar con el grupo extramural y luego con la política de aseguramiento se creó la coordinación médica.

Al respecto, dice la Gerente: “El Ministerio de Salud desde 1993 impulsó el proyecto de las Empresas Solidarias de Salud y luego las encargó de Administrar el Régimen Subsidiado de Salud. En el año de 1995, sin que nadie todavía en la región hubiera tomara la iniciativa, el Municipio de Sogamoso, que es la cabeza de una provincia muy grande y que ese momento su Alcaldía estaba en manos de un sacerdote apoyó la idea e inició la motivación entre la comunidad. El municipio co financió el proyecto y puso 30 millones de pesos y el Ministerio otros 120 millones y así arrancó la Empresa Solidaria”.

En el año de 1993 el Ministerio de Salud impulsó el proyecto de creación de las Empresas Solidarias de Salud y posteriormente las encargó de administrar el Régimen Subsidiado de Salud, este proyecto contó con el apoyo del Alcalde de Sogamoso en el año de 1995, quien encargo de su dirección a la señora Blanca Avella de García, auxiliar de enfermería con amplia experiencia en trabajo con la comunidad a través de los Comités de Participación Comunitaria.

2. Etapas de la puesta en marcha del sistema de seguro de salud

2.1 Identificación de necesidades y definición de objetivos del SIS

2.1.1 Identificación de necesidades. En 1995 la administración Municipal de Sogamoso en cabeza del Padre Gustavo Suárez Niño recoge con entusiasmo la iniciativa de la administración anterior y dedica una persona para impulsar la conformación de la ESS. La señora Blanca Avella de García es la funcionaria encargada de realizar esta tarea y con su concurso el Asesor de INDECOL Ltda. para la gestión empresarial inicia sus actividades. Es de observar que Sogamoso fue el único municipio de Boyacá que inicia la gestión sanitaria para la creación de una ESS con base a la firma del contrato con el Ministerio y FUDESCO que actuaría como entidad asesora nacional.

El Doctor Jaime Ramírez, Coordinador del Programa de ESS autorizó a INDECOL Ltda. para que iniciara su gestión en calidad de apoyo inicial a la Secretaría de Salud. Con el apoyo de INDECOL Ltda., la Secretaría de Salud inicia la labor de detectar líderes de los sectores previamente seleccionados por la Alcaldía donde llevó a cabo la localización de beneficiarios del programa de ESS.

Durante 1995 en desarrollo de esta etapa el Asesor de INDECOL Ltda. en asocio con la funcionaria designada por el señor Alcalde al programa de ESS realiza visitas a las comunidades asentadas en los sectores de: El Crucero, San Martín, Dichavita, Independencia, Pedregal Alto, Pedregal Bajo, Vanegas, Santa Bárbara, Pantanitos, El Diamante, San José, Bolívar, Corrales, Límites, Siatames, Malvinas, Buena Vista, Quebrada Honda, El Hatillo y Manitas.

A cada familia del grupo destinatario se le consultó sus necesidades de salud mediante un ficha familiar. La ficha inicial contenía: un poco la historia clínica que se le hace a cada una de las personas, ahí decía el estado socioeconómico, cuantos miembros tiene la familia, edades, en que trabajaba cada uno. El estado socioeconómico había que medirlo por índice de necesidades básicas insatisfechas. La ficha eran unas cartulinas que se había diseñado de acuerdo a unos parámetros del Ministerio.

Finalmente, el día 27 de mayo se lleva a cabo la Asamblea de Constitución de la ESS en el Salón Parroquial de la Parroquia Nuestra Señora del Rosario de Sogamoso. Con la participación del señor Alcalde, el Secretario de Salud, la Jefe de Control Interno de la Alcaldía, el Director de INDECOL Ltda., y el personal de la Secretaría de Salud así como de invitados de sectores beneficiarios del programa, se llevó a cabo la Asamblea de Constitución en la que cuarenta y cinco (45) líderes fundadores crean la primera ESS de Sogamoso bajo la denominación de COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE SALUD LA ESPERANZA SOGAMOSO LIMITADA ESS COESPERANZA LTDA.

La fecha de su fundación es en Mayo del 95 y obtienen personería legal en Octubre de ese año. Dice Doña Blanca “Comenzamos como 68 personas, el acta de constitución de la cooperativa terminamos firmándola 45 valientes, porque fue un acto de fe, en mayo de ese mismo año la firmamos y ya un poco mas comprometidos empezamos a formar comités en cada comunidad, había que tomar en cada comunidad unos dos o tres núcleos familiares que hicieran 20 personas y con esas 20 personas comenzábamos el trabajo de desarrollo de lo que quería”.

La señora Blanca Avella, funcionaria encargada por el Alcalde del Programa de Empresas Solidarias de Salud, y el asesor de INDECOL Ltda. en calidad de apoyo a la Secretaria de Salud y con FUDESCO como asesora nacional, inician la labor de promover el programa de ESS y para ello detectan líderes de las diferentes comunidades y realizan talleres de cooperativismo como preparación para la constitución de la Empresa Solidaria de Salud, la cual se lleva a cabo el día 27 de Mayo de 1995 y se le denomina COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE SALUD LA ESPERANZA - CO-ESPERANZA LTDA.”.

2.1.2 Consulta a los miembros del grupo destinatario para la identificación de necesidades y la definición de objetivos. En cada visita a cada una de las veredas se promovía el programa mediante información a los participantes quienes a su vez elegían a representantes en calidad de voceros y líderes de su comunidad. En este proceso las visitas se repitieron cada vez que ameritaba su realización en aras de conseguir claridad y aceptabilidad

del programa. Como resultado de este trabajo se determinó la realización de Talleres para capacitación de líderes en cooperativismo y como preparación para la constitución de la ESS.

En la Concentración Escolar El Rosario, del barrio del mismo nombre, se iniciaron los Talleres en los que participaron líderes de las comunidades en cantidades que variaron de un Taller a otro dada la heterogeneidad de los sectores en los que variantes, tales como distancia, ocupación laboral y disposición de ingresos, incidieron negativamente para la participación de un número alto y constante de los líderes. Los Talleres formaron a los participantes en materias tales como: Liderazgo, participación ciudadana - comunitaria, empresas solidarias, cooperativismo, empresas de economía solidaria.

A cada familia del grupo destinatario se le consultó sus necesidades de salud mediante un ficha familiar. La ficha inicial contenía: un poco la historia clínica que se le hace a cada una de las personas, ahí decía el estado socioeconómico, cuantos miembros tiene la familia, edades, en que trabajaba cada uno. El Estado socioeconómico había que medirlo, por instrucciones del Ministerio de Salud, por el índice de necesidades básicas insatisfechas. Las fichas eran unas cartulinas que se habían diseñado de acuerdo a unos parámetros nacionales.

Dice Doña Blanca: “En algunos sitios me encontré con algunas personas que hoy están en el consejo de la Cooperativa, don Octavio, don Recale, Albina, Olivia y llegaba allá y preguntaba por quienes son los vecinos que mas trabajan en la comunidad y les preguntaba si me querían ayudar. Ellos inicialmente eran un poco incrédulos y yo les decía que tenían mucha razón porque en este país le han dicho muchas mentiras a la gente y les decía que la única garantía que les daba era que no estábamos en época de elecciones, había que rogarle a la gente para que asistiera a las primeras reuniones y decirles qué era”.

“En las primeras reuniones iban 20 o 30 personas de la comunidad, a la otra reunión me tocaba llegar a casa por casa para que fueran a la reunión, yo les decía que no podíamos crear una empresa desorganizada que primero nos tocaba organizarnos a nosotros legalmente para que nos pudieran tener en cuenta de ser empresa solidaria y comenzó el proceso cooperativo con las personas, de la misma manera; todos eran líderes campesinos pero nadie tenía conocimiento cooperativo, entonces organizamos una fecha en la cual de cada comunidad debía nombrar sus representantes 3, 4, ó 5 las que más estuvieran interesadas en colaborar, todo eso era ad honorem, todos tenían que costear su pasaje y llegar aquí y organizamos para recibir el curso de inducción cooperativa y de desarrollo empresarial, un curso muy pequeño pero había que hacerlo, en ese curso se profundizaba un poquito sobre lo que queríamos, ya eran mas poquitas personas, eran delegados de cada comunidad”.

“Inicialmente hicimos reuniones en cada comunidad de las veredas; en la fase inicial no se arrancó en la zona urbana, se empezó por la zona rural y luego hacia la zona urbana. La zona rural era la mas desprotegida, cuando ya la cooperativa estaba iniciándose, las personas se fueron organizando en cada comunidad, había comunidades de 60 personas otras de 120, y hasta que completamos las 5.000 personas. Cuando llegó el día de la constitución de la cooperativa le metimos a los estatutos una parte que permitiera permanecer en la organización también a los promotores, en donde decía que las personas que tuvieran carnet, los promotores y los fundadores podían pertenecer y entonces eso me daba derecho y la posibilidad de estar ahí vigilando el proceso y me a tocado ser como acompañante y vigilante del mismo”.

A cada familia del grupo destinatario se le consultó sus necesidades de salud mediante un ficha familiar. La ficha inicial contenía: un poco la historia clínica que se le hace a cada una de las personas, ahí decía el estado socioeconómico, cuantos miembros tiene la familia, edades, en que trabajaba cada uno. El estado socioeconómico había que medirlo por índice de necesidades básicas insatisfechas. Las fichas eran unas cartulinas que se habían diseñado de acuerdo a unos parámetros del Ministerio. Uno de los principales temores de el grupo destinatario era el engaño e incumplimiento del cual habían sido objeto en anteriores oportunidades por parte de los políticos.

2.1.3 Apoyo de las autoridades. En el Ministerio al comienzo había mucha colaboración y sus funcionarios siempre estuvieron dispuestos, hasta tal punto que el desarrollo de la ESS se hizo en gran medida saltados al Secretario de Salud de Boyacá. Dado que el proceso de desarrollo del régimen subsidiado está cambiando todos los días, entonces hay nuevas normas y salen acuerdos adicionales que requieren muchas consultas y aun hoy por lo general para hacer las consultas todavía la ESS recurre directamente al Ministerio de Salud.

Cuando se creó la empresa y se necesitó un equipo de un médico, una enfermera jefe, un odontólogo, una trabajadora social, una higienista oral, una auxiliar de enfermería y otra de odontología, el secretario de salud del municipio no manifestó mucho apoyo y decía que cuando se acabara el dinero del primer convenio eso se terminaría.

A nivel departamental, el Secretario de Salud no tenía mucho manejo de las normas pero cuando se hizo el lanzamiento del régimen subsidiado, manifestó que era un programa que a él le interesaba, y si bien no lo desarrolló como dice la ley, sin embargo, él reunió a todas las ARSs del departamento (había 8 empresas solidarias entre ellas Coesperanza) y les dijo que les iba a repartir los afiliados; el departamento en ese momento tenía dinero suficiente para financiar al régimen subsidiado y él repartió afiliados y dinero.

El Ministerio de Salud desde el comienzo prestó mucha colaboración, la Secretaría Departamental de Salud no conocía muy bien el proyecto de ESS pero lo apoyó y la Alcaldía promovió su creación con la expectativa de tener un ente burocrático mas.

2.1.4. Los otros actores implicados en la identificación de necesidades y la definición de objetivos del SIS. El alcalde municipal priorizó la población objeto y doña Blanca Avella, la promotora, seleccionó los beneficiarios, en la primera etapa se podría decir que fue “a ojo de buen cubero”, y en la segunda etapa fue con la encuesta socioeconómica denominada SISBEN. Luego de la primera selección, en junio de 1996 cuando empezaron a firmarse los contratos con los municipios, algunos de los afiliados que habían estado anteriormente favorecidos no salieron seleccionados después de aplicarles la encuesta socioeconómica, eso generó un problema grande porque decían no comprender como es lógico: por que ellos que eran iniciadores del proyecto luego no eran seleccionados. Incluso de los primeros socios fundadores algunos quedaron por fuera.

Inicialmente el Alcalde priorizó la población objeto, para lo cual encargó a doña Blanca de visitar cada familia y seleccionar los mas pobres y en la segunda etapa se realizó la encuesta socioeconómica denominada SISBEN.

2.1.5 Las necesidades identificadas. El Documento denominado factibilidad de Co-Esperanza, describe las necesidades así:

.....” la demanda por servicios de salud se identificó mediante variables de riesgo, agrupándolas en factores de riesgo cercanos al evento que son susceptibles de intervenir mediante la acción de la ESS y factores de riesgo estructural que son atendidos a través del Departamento, la Nación y el mismo Municipio.

CUADRO 27
FACTORES DE RIESGO Y SUS CAUSAS

PROBLEMA DE SALUD	FACTORES DE RIESGO Y SUS CAUSAS	FACTORES DE RIESGO ESTRUCTURAL
Infección respiratoria aguda.	Contaminación ambiental la más alta del país.	Contaminación ambiental de carácter industrial.
Hipertensión Arterial.	Hábito alimentario alcoholismo, tabaquismo.	Falta de prevención cultura ambiente.
Aborto incompleto.	Embarazos indeseados.	Falta de educación sexual, discriminación laboral de la mujer. Machismo.
	Temor al rechazo familiar y laboral.	
Politraumatismo.	Violencia intrafamiliar y violencia social.	Crisis generalizada agudizada por la impunidad generalizada
Gastritis, duodenitis, parasitosis intestinal	Hábitos alimenticios, falta de hábitos higiénicos, desconocimiento de medidas preventivas	Falta de programas preventivos que eduquen a la población en el uso y preparación de alimentos.
		Ausencia de programas masivos de educación sexual.
Infección Urinaria.	Falta de educación sexual, falta de hábitos higiénicos.	

Fuente: Estudio de Factibilidad de Co-Esperanza

2.1.6 Los objetivos determinados. El Documento de factibilidad de Co-Esperanza dice con respecto a los objetivos: “El nuevo contexto de las políticas de salud enmarcado por la exigencia de la Constitución Política de organizar los servicios de salud en forma descentralizada, permite ampliar su cobertura por niveles de atención y con participación de las comunidades locales. La norma enmarcada en los principios de eficiencia, Universalidad y solidaridad busca optimizar los actuales índices de eficacia y oportunidad.

La Empresa Solidaria de Salud de Sogamoso, “Co-Esperanza” pretende dentro de los criterios de solidaridad, eficiencia y eficacia, y llegar a la población con necesidades básicas insatisfechas y con niveles de vulnerabilidad mayores, mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

El Sistema de Seguridad Social en Salud creado por la ley 100 de 1993 que genera un nuevo modo de entender y desarrollar el servicio de salud, abrió el espacio para quienes por razones económicas se encontraba en condiciones de absoluta inaccesibilidad a los servicios ofrecidos por el Servicio Nacional de Salud.

La creación del Fondo Local de salud en el Municipio de Sogamoso permite disponer de un mecanismo institucional no sólo para garantizar la transferencia de los recursos del subsidio con destino a la ESS sino para que el ente territorial pueda generar los mecanismos legales y contractuales de control para garantizar el cumplimiento del contrato de administración de los recursos del subsidio y la calidad de los servicios prestados.

Desde el punto de vista de la ESS “Co-Esperanza” internamente considerada, los asociados y afiliados, beneficiarios del subsidio¹⁸), se convierten en gestores y veedores directos de la administración y ejecución de los recursos y del servicio objeto de la empresa, bien sea ésta prestataria directa de los mismo en todo o en parte o porque los contrate con terceros en la misma proporción.

La ESS de Sogamoso se organiza como Empresa Cooperativa con carácter de especializada, dado el objeto social que se propone realizar, la salida de los beneficiarios y de la comunidad.

Su característica de Cooperativa no sólo le exige el cumplimiento de la Ley 79 de 1988 sino a tenor de la ley 11 de 1986 que establece para los organismos cooperativos legalmente constituidos la posibilidad de vincularse al desarrollo y crecimiento de los municipios, mediante su participación en el ejercicio de las funciones y la prestación de los servicios que se hallen a cargo de estos, posibilitando la celebración de convenios, acuerdos o contratos a que hubiere lugar para el cumplimiento de la ejecución de determinadas funciones u obras.

El servicio que la ESS de Sogamoso está llamada a prestar está determinado por la norma y se denomina Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S. Las características del POS-S se definen en términos de atención integral y prestación de servicios a través de un equipo interdisciplinario ligado a la actividad comunitaria.

Los principios orientados de la acción se fundamentan en:

- La unidad de atención es la familia y su entorno, las acciones va dirigidas a la promoción, protección, mejoramiento y mantenimiento de la salud.
- La prestación de servicios de salud bajo el enfoque de salud familiar hace parte de la red de servicios y se constituye en el nivel básico de atención.
- El equipo de salud, integrado por personal profesional, auxiliar y comunitario debe compartir en lo posible el mismo ambiente de su comunidad con capacidad para administrar eficientemente los recursos propios, establecer una sana relación con los beneficiarios del servicio, manejar con habilidad las interrelaciones familiares y su compromiso debe ser con el individuo la familia y la comunidad.
- La atención debe ser integral tanto para la familia como para el individuo teniendo en cuenta el contexto ambiental y considerando aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales que tienen relación con el mantenimiento de la salud o la producción de la enfermedad. Esto implica el diseño de estrategias y programas

¹⁸ Los asociados forman parte de la estructura de la Cooperativa y por esto cotizan y participan de las Asambleas y de los organos de direccion y control; los afiliados al regimen subsidiado que Admnistra Coesperanza solo son beneficiarios del Plan Obligatorio de Salud y partipan como veedores comunitarios de la administarcion pero no toman decisiones dentro de la cooperativa.

orientados a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación de entidades susceptibles de atención primaria.

El Decreto 1895 de agosto 3 de 1994 establece el Plan Obligatorio de Salud POS –S con los siguientes contenidos:

- Educación y promoción de la salud.
- Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección específica.
- Atención ambulatoria de primer nivel. Recuperación de la salud.
- Atenciones en zonas de enfermedades endémicas.
- Salud oral de primer nivel.
- Atención hospitalaria de segundo y tercer nivel.
- Servicios complementarios.

Para la Empresa Solidaria de Salud de Sogamoso el piso jurídico que le permite realizar su objeto social se fundamenta en las leyes arriba mencionada y en la siguiente: Ley 80 de 1993, Estatuto General de Contratación de la Administración pública, Ley 60 de 1963 de Distribución de competencias o recursos, Ley 10 de 1990 del Sistema Nacional de Salud“.

Dentro de los objetivos del SIS se destaca llegar a la población con necesidades básicas insatisfechas y con niveles de vulnerabilidad mayores, mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. lo anterior enmarcado por los criterios de solidaridad, eficiencia y eficacia señalados en el nuevo contexto de las políticas de salud. (Estudio de factibilidad de la empresa).

2.2. Estudio del Contexto y Estudio de Factibilidad Financiera.

2.2.1 Estudio del contexto. El Estudio de Factibilidad sobre Co-Esperanza, fue realizado por la Secretaria Departamental de Boyacá y lo exigió el Ministerio de salud cuando escogió a Sogamoso para desarrollar allí el programa de las Empresas Solidarias. Para tal efecto era necesario entonces hacer una descripción de lo que se pensaba hacer para poder concursar.

El estudio de factibilidad contiene: Antecedentes; marco referencial; marco legal; constitución de la ESS; organización y preparación; evaluación y control; estudio de mercado; población beneficiaria; demanda de los servicios de salud; aspectos demográfico; perfil epidemiológico de los afiliados; factores de riesgo; demanda atendida y sentida; distribución del gasto familiar; oferta de servicios; concepto de mercado; diseño técnico; estructura de servicios, plan obligatorio de servicios; alternativas de prestación y contratación de servicios.

2.2.2 La factibilidad financiera. El estudio preliminar no contenía una evaluación o proyección financiera porque el Ministerio de Salud ofrecía una suma de dinero predeterminada por cada afiliado, señalando al mismo tiempo cual era el plan de salud que se debería ofrecer. En consecuencia solo se podían afiliarse un número de personas igual al valor per capita disponible con los aportes del Ministerio y la cofinanciación del Municipio.

2.2.3 Cómo se determinaron los paquetes de beneficios. El Estudio de factibilidad financiera y paquete de beneficios en realidad fue hecho por el Ministerio de Salud cuando

determinó que un valor per capita “X” alcanzaba en cualquier parte del país para proteger una persona un año con un determinado plan de salud. En ese estudio no se determinó la obligación de una cotización por persona o por familia para poderse afiliar al Régimen Subsidiado de Salud, sin embargo, cada cooperativa podía establecer una cotización para sus asociados con el fin de cubrir otros gastos distintos a salud.

2.2.4 Actividades de intercambio para facilitar el desarrollo. En 1996 ,después de la creación de la Cooperativa Co-Esperanza, sus miembros se inquietaron por saber cómo funcionaban las demás empresas solidarias de salud del departamento, para entonces nadie se conocía con nadie y se organizó un seminario al cual se invitó un funcionario del sector solidario del Ministerio de Salud. Asistió entonces el jefe de seguridad social en ese tiempo era el Doctor Eduardo Alvarado, y el Doctor Campo Elías que era el Jefe del programa de las ESS ; además se invitaron a las demás ESS del departamento, a las autoridades del municipio precisamente en un momento en que todavía había mucha confusión entre los mismos alcaldes y las autoridades, de cómo era del despegue del régimen subsidiado dentro del marco de la ley 100.

“Hicimos el seminario y convocamos a alcaldes, personeros, directivos y a los consejos de administración de todas las empresas, el seminario fue muy grande hubo como 200 personas ,de Sogamoso no participó nadie pero si vinieron todas las solidarias del departamento, nos conocimos y empezamos a intercambiar experiencias. Después del seminario. Encontramos que todas las empresas solidarias tenían la misma organización bien sea como cooperativas o mutuales, en Boyacá son cooperativas. Los consejos de administración nos reunimos y empezamos a mirar como estaban organizadas las diferentes empresas y para gran sorpresa nos dimos cuenta que había juntas directivas que ni siquiera sabían el papel que les tocaba cumplir. Los gerentes les llevaban los papeles para que los firmaran, a veces ellos mismos hacían las actas. Se dio una revolución, ese día les dije que ellos tenían una responsabilidad de la empresa y que como iban a dejar que los demás les manejaran”.

No se realizó visita previa a ninguna empresa solidaria para facilitar la concepción del SIS, realmente se citó a una reunión con las demás empresas solo hasta el año 1996 con el fin de intercambiar experiencias.

2.3 Información del Grupo Destinatario

2.3.1 Acciones para informar al grupo destinatario. Primero se hizo la difusión sobre la creación de la Empresa Solidaria como tal, cuando ya en todas las comunidades sabían que se iba a constituir la ESS para brindarles servicios de salud, se consultó a la misma gente para que decidiera cómo se iba a organizar; para entonces la gente no creía mucho en las cooperativas, no obstante la decisión sobre su creación de la comunidad al igual que el nombre de la empresa: “en los estatutos decía que había que darle un nombre y un día nos reunimos y el uno decía un nombre y otro nombre y lo sometimos a votación y quedó Co-Esperanza”.

En desarrollo de esta etapa el Asesor de INDECOL Ltda. en asocio con la funcionaria designada por el señor Alcalde al programa de ESS realizó visitas a las comunidades asentadas en los sectores de: El Crucero, San Martín, Dichavita, Independencia, Pedregal Alto, Pedregal Bajo, Vanegas, Santa Bárbara, Pantanitos, El Diamante, San José, Bolívar, Corrales, Límites, Siatames, Malvinas, Buena Vista, Quebrada Honda, El Hatillo y Manitas.

En cada visita se promovía el programa mediante información a los participantes quienes a su vez elegían a representantes en calidad de voceros y líderes de su comunidad. En este proceso las visitas se repitieron cada vez que ameritaba su realización en aras de conseguir mas claridad y aceptabilidad del programa. Como resultado de este trabajo se determina la realización de Talleres para capacitación de líderes y como preparación para la constitución de la ESS.

En la Concentración Escolar El Rosario, del barrio del mismo nombre, se iniciaron los Talleres en los que participaron líderes de las comunidades en cantidades que variaron de un Taller a otro dada la heterogeneidad de los sectores en los que variantes tales como distancia, ocupación laboral y disposición de ingresos, incidieron negativamente para la participación de un número alto y constante de líderes. Los Talleres fundamentaron a los participantes en materias tales como: Liderazgo, participación ciudadana - comunitaria, empresas solidarias, cooperativismo, empresas de economía solidaria.

Luego FUDESCO ,durante tres meses, apoyándose en las instrucciones iniciales del Ministerio de Salud, buscó brindar una capacitación en salud a las familias integrantes de la Empresa Solidaria sobre la base de los primeros 5.000 afiliados. Al finalizar la instrucción se le daba a cada familia una caja con elementos para los primeros auxilios, ese presente se entregaba como graduación del curso a cada familia y se le daba además unas cartillas, afiches etc.

De otra parte la ESS ha contratado asesorías específicas para capacitación en la parte de participación en los órganos de dirección. En 1995 se hicieron algunos cursos de cooperativismo. Las personas que realizan estos cursos tienen que pertenecer a una liga de cooperativismo. Inicialmente se capacitaron con una gente que venia de San Gil que es uno de los baluartes del cooperativismo en Colombia y con el apoyo de Dancoop (Departamento Administrativo de Cooperativas) un funcionario vino a hacer las capacitaciones.

Doña Blanca hizo promoción entre las comunidades y al respecto dice: “... en algunos sitios me encontré con algunas personas que están hoy en el consejo, don Octavio, don Rafael, Albina, Olivia y llegaba yo allá y decía: quienes son los que mas trabajan en esta comunidad y les preguntaba si me querían ayudar. En las primeras reuniones iban 20 ó 30 personas de la comunidad, a la otra reunión le tocaba a uno llegar casa por casa para que fueran a la reunión; yo les decía que no podíamos crear una empresa desorganizada que primero nos tocaba organizarnos a nosotros legalmente para que nos pudieran tener en cuenta de ser empresa solidaria y comenzó el proceso cooperativo con las personas, de la misma manera, todos eran lideres campesinos pero nadie tenia conocimiento cooperativo. Entonces organizamos una fecha en la cual de cada comunidad se debían nombrar sus representantes 3,4 ó 5 las que más estuvieran interesadas en colaborar, todo eso era ad honorem, todos tenían que costear su pasaje y llegar aquí y organizamos el curso de inducción cooperativa de desarrollo empresarial, un curso muy pequeño pero había que hacerlo, en ese curso se profundizaba un poquito sobre lo que queríamos, ya eran mas poquitas personas, eran delegados de cada comunidad”

A cada familia del grupo destinatario se le informó de la creación del SIS y se les consultó sus necesidades de salud mediante una ficha familiar. Se realizaron cursos de cooperativismo con el fin de capacitar líderes que posteriormente apoyarán la creación del SIS. Fundesco durante tres meses, apoyándose en las instrucciones del Ministerio de Salud brindó capacitación a las familias integrantes de la Empresa Solidaria, sobre la base de 5000 afiliados.

2.3.2 Actitud de los miembros del grupo destinatario frente a la creación del SIS. En la región había un poco de renuencia a crear una cooperativa, los promotores les decían a las personas que la idea era hacer una cooperativa e inmediatamente decían que no, porque en Boyacá hubo problemas con otras cooperativas que hizo una Senadora y que a la postre tuvo muchas dificultades.

Los campesinos reaccionaban un poco incrédulos y los promotores les decían: “ustedes tienen mucha razón porque en este país les han dicho muchas mentiras, pero la única garantía que les damos es que no estamos en época de elecciones;” había entonces que rogarle a la gente para que asistiera a las primeras reuniones a las cuales iban entre 20 y 30 personas de la comunidad, pero a la siguiente reunión le tocaba a los promotores ir casa por casa para que asistieran.

Hoy la comunidad le hace mucho caso a Co-Esperanza y esta tiene un poder de convocatoria muy grande y es quizás en el departamento quien tiene la capacidad mas grande. Sus líderes dicen sobre la preferencia que tienen por la cooperativa “La comunidad nos defiende porque la gente ha visto que nosotros hacemos presencia y las otras dos empresas no, una vino a tener oficina hasta casi dos años después de afiliar a sus miembros o sea que no existía realmente”.

2.4 Inicio de Actividades

2.4.1 La constitución del SIS. Finalmente el día 27 de mayo de 1995 se lleva a cabo la Asamblea de Constitución de la ESS en el Salón Parroquial de la Parroquia Nuestra Señora del Rosario de Sogamoso. Con la participación del señor Alcalde, el Secretario de Salud, la Jefe de Control Interno de la Alcaldía, el Director de INDECOL Ltda., y el personal de la Secretaría de Salud así como de invitados de sectores beneficiarios del programa, se llevó a cabo la Asamblea de Constitución en la que cuarenta y cinco (45) líderes fundadores crean la primera ESS de Sogamoso bajo la denominación de COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE SALUD LA ESPERANZA SOGAMOSO LIMITADA ESS COESPERANZA LTDA.

La Asamblea General eligió como Consejo de Administración a los siguientes asociados:

Principales	Suplentes
Blanca Avella de García	Raúl Gutiérrez
Pedro Carrillo	Mercedes Campos
Marieta Orduz	Carlos Julio Vargas
Rafael Pérez	Blanca Africano
Emilsen González	Rafael Pérez

Para la junta de Vigilancia fueron elegidos:

Principales	Suplentes
José Arcadio Vargas	Edilma Fonseca
Mauricio Cáceres	Mariela Cárdenas
Aurora Pérez	Rosa María Alarcón

El Consejo de Administración en cumplimiento de las funciones que le señalan los Estatutos aprobados en la misma Asamblea de Constitución nombró como Gerente de la Empresa Solidaria de Salud al Doctor Edgar E. Martínez C.

La incentivación del programa se dio por acuerdo entre el señor Alcalde, el Secretario de Salud, el señor Gerente, la Delegada del señor Alcalde para la ESS, los funcionarios representantes de FUDESCO y el Asesor de INDECOL Ltda., en el que se convino realizar los Talleres de capacitación a familias como un primer servicio de la Empresa a los diferentes afiliados.

La fecha de su fundación es en mayo del 95, ellos tienen personería legal en Octubre de ese año. Dice Doña Blanca “Comenzamos como 68 personas, el acta de constitución de la cooperativa terminamos firmándola 45 valientes, porque fue un acto de fe, en mayo de ese mismo año la firmamos y ya un poco más comprometidos empezamos a formar comités en cada comunidad, había que tomar en cada comunidad unos dos o tres núcleos familiares que hicieran 20 personas y con esas 20 personas comenzábamos el trabajo de desarrollo de lo que quería “.

En mayo de 1995 se llevó a cabo la Asamblea General de Constitución de la Cooperativa la cual contó con 45 personas los cuales son sus socios fundadores, estas personas se propusieron en un corto plazo afiliar 5000 personas .

2.4.2 Inicio de las actividades. En sus inicios en octubre de 1995 cuando la Empresa Solidaria todavía no era Administradora del Régimen Subsidiado –ARS- trabajábamos con un grupo extramural, fue justo cuando yo entré a trabajar, el grupo estaba integrado por un odontólogo, un médico, un higienista oral, una enfermera jefe, otra enfermera y varios promotores que se capacitaron en la misma empresa, no tenían muy claro estos promotores qué era lo que tenían que hacer, ellos aprendieron mediante charlas, primeros auxilios, algunas cosas de preventiva pero no había unos lineamientos claros sobre que se hacía. Lo que más se hacía era cuestión asistencial, o sea el grupo iba a una vereda y ese día se hacía consulta, odontología, medios de educación, se iba por las casas, se prestaban unas fichas familiares que tenía el programa cuando se inició como empresa solidaria y se recogían los datos sobre los factores de riesgo ambiental y de salud de cada familia.

Cuando la empresa en junio de 1996 empezó a hacer la parte de contratos para Administrar el Régimen Subsidiado de Salud, el grupo extramural había trabajado desde el año 95, de octubre hasta junio se trabajó de esta forma o sea con programación en veredas, se prestaban servicios asistenciales y de educación, se manejaron algunas historias clínicas, las personas recibían su atención odontológica, médica y se le entregaban los medicamentos, se le hacía alguna educación y eso era lo que se trabajaba.

La comunidad empezó a ver que la empresa venía a su vereda y empezó a dar como una aceptación hacia la empresa.

“Cuando en junio nosotros empezamos a trabajar entonces empezamos a modificar un poco la forma de trabajo, ya trabajamos con el equipo extramural pero aumentó muchísimo la demanda entonces tratamos de hacer contratos de prestación de servicios con el hospital porque lo tenemos muy cerca para que nos atendiera esa demanda. En un comienzo estaba únicamente yo como médica, en la parte de la organización y empezamos a ver que la demanda era mucha y que a la gente realmente no le satisfacía la atención en el hospital porque la trataban mal, por las colas etc. Entonces empezamos a ver la necesidad de satisfacer esa demanda y yo le dije al gerente que me dejara manejar eso porque eso era muy reducido y no podíamos satisfacer la gente. Hubo necesidad de crear mas consultas ambulatorias, aumentar los programas y el personal. Esto inicialmente solo era una cuestión administrativa, eran unas instalaciones muy pequeñas y empezamos a montar la parte asistencial y en este momento ya no cabemos más, por la demanda necesitaríamos un poco mas pero ya no cabemos, estas instalaciones están muy estrechas. Entonces en vista de que las instituciones públicas no dieron la respuesta que nosotros esperábamos porque la idea era mantener el equipo extramural y el resto mantener contratos de atención asistencial y hacer la parte administrativa y de vigilancia pero nos tocó generar una atención ambulatoria directa. Y ahí empezamos a aumentar”.

“Nosotros empezamos a inculcarles a los funcionarios de la ESS la parte del buen trato, la empresa nuestra es de campesinos, los dueños son campesinos, nosotros tenemos que ser bastante cuidadosos en la forma de tratar humanamente a la gente. La gente empezó a observar de que nosotros los tratábamos mejor y que le dábamos solución a su problema más rápido que la institución pública y se generó una corriente de atención acá, nos ha hecho crear una institución prestadora de servicios IPS prácticamente no con la infraestructura que se debe ni con todas las condiciones requeridas pero debido a la demanda de la comunidad hubo que hacerlo. Nosotros tenemos contratos con clínicas, con el hospital, con los puestos de salud más, sin embargo, la demanda acá en la sede principal de la ESE es alta, nosotros atendemos en atención ambulatoria médica 120-140 pacientes diarios. Otra cosa que nosotros empezamos a ver es la parte de los medicamentos, estos son una falla grande en las instituciones públicas, aunque uno los contrate y le diga que los da casi siempre hay problemas presupuestales en las instituciones y la gente que va le dan la formula pero no el medicamento. Nosotros empezamos a generar una infraestructura en la parte de farmacia mas o menos amplia, nosotros tenemos unas farmacias grandes y surtimos a muchos municipios donde tenemos a nuestros afiliados para poder darle satisfacción al usuario en ese sentido”.

Desde el momento de su creación se empezaron a formar comités en cada comunidad con el fin de ampliar el número de asociados, ellos empezaron a cotizar desde el mismo momento de la constitución de la cooperativa, posteriormente se consiguieron los 5000 afiliados que conformaron la empresa solidaria y quienes no están obligados a cotizar.

2.5 Liderazgo y toma de decisiones

2.5.1 La responsabilidad de la creación del SIS. A comienzos de 1995 se inició en Sogamoso un proceso de trabajo con algunas comunidades, fue un proceso de la Alcaldía cívica que correspondió a un sacerdote el Padre Gustavo Suárez, cuando en el país hubo 3 ó 4 sacerdotes alcaldes. Los promotores de la Empresa Solidaria tuvieron alguna participación dentro de ese movimiento cívico y hacia Enero se había firmado un contrato con el Ministerio

de Salud, se trataba de un convenio interinstitucional para crear una Empresa Solidaria de Salud pero nadie sabía que era eso, como se iba a hacer, inicialmente la iban a crear con el sector alfarero para darle respuesta al problema de contaminación ambiental que había aquí en Sogamoso”.

Dice Doña Blanca “entonces no me pareció que eso fuera lo correcto, hice algunas averiguaciones en Bogotá en el Ministerio de Salud para saber qué era lo que el Ministerio quería que se creara y en qué consistía. El interventor me explicó los alcances y la proyección, inicialmente el convenio era para 5000 personas y yo ya un poco mas fortalecida y convencida por lo que habíamos hablado en Bogotá con el interventor del Programa llegué y comencé la tarea de conseguir las 5000 personas, hice un proyecto donde decía que se iba a realizar en todos los sectores rurales porque la Ley decía que había que darle prioridad al sector rural, entonces yo había estado trabajando un programa de mejoramiento de vivienda rural y tenía la relación con algunos líderes veredales y dije pues arrancar de ahí. Pasé el proyecto y alguien me decía que eso era una locura, ustedes no pueden hacer eso, tienen que centralizarlo en un barrio o en una vereda como van ustedes a conseguir 14 ó 15 sectores para comenzar a trabajar. Yo dije tenemos los lideres en cada comunidad y vamos es a tratar de masificarlos en toda el área rural y en todo el área Desprotegida. Duré en todo ese proceso hasta octubre del 95, no teníamos recursos, el proceso de hacer las fichas familiares, de ir a cada comunidad y encontrarse uno con un líder y decirle bueno vamos a hacer una ESS fue un poco difícil”.

Acto seguido, el Alcalde encargó a la señora Blanca que en este momento estaba en el Concejo y en esa época trabajaba en la alcaldía en una organización de la comunidad. Se le dijo que se encargara de ese proyecto, pero ni el Alcalde ni Doña Blanca entendían muy bien el alcance de las Empresas Solidarias, ellos pensaban que se le iba enseñar a la gente a lavarse las manos y nada mas, no tenían la idea empresarial. Ellos recibieron el material y se empezó a hacer el trabajo, se empezó a vincular a la gente, se hizo una directiva que se le mandó a todos los Alcaldes de la provincia pero realmente los Alcaldes tradicionales no le pusieron mucho cuidado, por ejemplo, de toda esta región ninguno apoyó el proyecto y el Padre ,Alcalde de Sogamoso, que seguramente lo vio como un proyecto de beneficio social y aunque no entendió muy bien, sin embargo lo puso en marcha.

Dice Doña Blanca: “Ya teníamos lista la gente y el día de la constitución de la ESS nombramos un Gerente, yo tenía un amigo que me había orientado, era un profesor de administración pública, y le pedí el favor y aceptó ser el Gerente. Fueron echadas así las bases de la empresa, éramos un gerente y una secretaria, y seguimos el proceso de inscribir la gente, y realizar las asambleas de socios. A mi me tocó renunciar al trabajo personal cuando pelee con los de la alcaldía para dedicarme a la ESS” .

“Se creó una junta de vigilancia y nombramos una Revisoría Fiscal que nunca nos funcionó, además no tenía nada que revisar porque no teníamos ni plata. Luego conseguimos un equipo técnico y profesional ya que el Ministerio exigía que había que funcionar con equipos extramurales, entonces lo constituimos y estaba compuesto por un médico, una odontóloga, enfermera jefe, auxiliar de odontología, auxiliar de enfermería y una higienista oral.

La Cooperativa como tal se crea con el objetivo específico de generar el SIS denominado allí Empresa Solidaria de Salud ESS o Administradora del Régimen Subsidiado -ARS- y se nombró un gerente, una junta de vigilancia y un revisor fiscal.
--

2.5.2 El liderazgo durante el proceso de creación del SIS. La administración Municipal de Sogamoso en cabeza del Padre Gustavo Suárez Niño recoge con entusiasmo la iniciativa de la administración anterior y dedica una persona para impulsar la conformación de la ESS. La señora Blanca Avella de García es la funcionaria encargada de realizar esta tarea y con su concurso el Asesor de INDECOL Ltda. para la gestión empresarial inicia sus actividades.

Sogamoso fue el único Municipio de Boyacá que inicia la gestión sanitaria, debido a la firma del contrato con el Ministerio y FUDESCO. El Doctor Jaime Ramírez, Coordinador del Programa de ESS autorizó a INDECOL Ltda. para que iniciara su gestión en calidad de apoyo inicial a la Secretaría de Salud.

Con el apoyo de INDECOL Ltda., la Secretaría de Salud inicia la labor de detectar líderes de los sectores previamente seleccionados por la Alcaldía donde llevó a cabo la localización de beneficiarios del programa de ESS.

En desarrollo de esta etapa el Asesor de INDECOL Ltda. en sociedad con la funcionaria designada por el señor Alcalde al programa de ESS, realiza visitas a las comunidades asentadas en los sectores de: El Crucero, San Martín, Dichavita, Independencia, Pedregal Alto, Pedregal Bajo, Vanegas, Santa Bárbara, Pantanitos, El Diamante, San José, Bolívar, Corrales, Límites, Siatames, Malvinas, Buena Vista, Quebrada Honda, El Hatillo y Manitas.

La iniciación de la Gestión Sanitaria por parte de FUDESCO coincidió con la etapa de capacitación empresarial a los directivos de la ESS y la elaboración por parte de la Secretaría de Salud de las Fichas Familiares, compromiso contraído con anterioridad con la Coordinación del Programa de ESS

La señora Blanca Avella de García es la funcionaria encargada de realizar la tarea de coordinación para la creación del SIS y contó con el apoyo de el Asesor de INDECOL Ltda. para la gestión empresarial, del Consejo de Administración, de la Junta de Vigilancia y posteriormente del equipo extramural conformado por un médico, un odontólogo, una trabajadora social, una auxiliar de enfermería.

2.5.3 La toma de decisiones. Inicialmente el Ministerio decía, hasta cómo se debía repartir el dinero, y decía que para 5.000 personas cada ESS debía tener por lo menos un equipo extramural. Al comienzo la ESS no prestaba atención directa sino que con el equipo extramural contrataba un transporte y el equipo iba a la comunidad a captar las necesidades y a trabajar con la gente.

La mayor parte de las cosas se hace por consenso cuando hay alguna decisión un poco difícil como cambiar el gerente; hacer una reestructuración de la empresa; o como ocurrió el año pasado que era necesario mover 14 ó 15 empleados, entonces se sometieron a una evaluación y los que no la pasaron salieron. La Presidente el Consejo de Administración comenta “Cuando hay una decisión difícil yo lo someto a votación y la última que voto soy yo”.

- Los servicios cubiertos, los paquetes de beneficios y las condiciones de afiliación. Los servicios cubiertos son determinados por el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Estos están incluidos en el denominado Plan Obligatorio de Salud Subsidiado –POSS-

- Las cotizaciones. No son obligatorias para los afiliados al Régimen Subsidiado, son obligatorias para los asociados de la cooperativa y son definidas por mayoría de votos en la Asamblea.
- Los estatutos y la cobertura de otros beneficiarios. Son definidos por la Asamblea de Asociados por mayoría de votos.
- Las modalidades de administración y los prestadores de atención médica. Son definidos en el Consejo de Administración por mayoría de votos.

2.5.4 Asistencia técnica externa. El proyecto de factibilidad fue asesorado por la firma privada INDECOL Ltda., posteriormente, la primera asistencia técnica se recibió de FUDESCO la cual respondió al proyecto inicial del Ministerio de Salud que buscaba brindar una capacitación en salud a las familias integrantes de la empresa solidaria que fueron los primeros 5.000 afiliados.

Recientemente se ha tenido ayuda de la Universidad Javeriana sobre todo en proyectos de apoyo técnico agropecuario.

El proyecto de factibilidad fue asesorado por la firma privada INDECOL Ltda., posteriormente la primera asistencia técnica se recibió de FUDESCO la cual respondió al proyecto inicial del Ministerio de Salud de empresa solidaria que buscaba brindar una capacitación en salud a las familias integrantes de la empresa solidaria que fueron los primeros 5.000 afiliados.

3. Funcionamiento durante el primer ejercicio

3.1 Afiliados y otros beneficiarios

3.1.1 La afiliación. En el régimen subsidiado la afiliación siempre es por núcleo familiar con un promedio de 4.5 o 5 personas. Para que los atiendan en una ARS o en el hospital tienen que llevar fotocopia de los dos carnet: el carnet de clasificación del SISBEN y el carnet de afiliación a la ARS.

Dice Doña Blanca: “Cuando nosotros iniciamos me tocaba decirle a la gente vamos a tomar como núcleo familiar todos los que cocinan en el mismo fogón, ahora ya está mas tecnificado y el sisben los clasifica a todos los que viven en una misma casa, ese constituye el núcleo familiar”.

3.1.2 Tipificación de la afiliación. La afiliación al Régimen Subsidiado es siempre voluntaria y no existe cuota de afiliación (el asociado a la cooperativa si debe pagar una cotización). La única condición para afiliarse es que el grupo familiar esté clasificado dentro de los estratos mas pobres; inicialmente el método de clasificación era intuitivo y a criterio de los promotores pero posteriormente se aplicó una Encuesta de clasificación socioeconómica denominada el SISBEN o Sistema de Identificación de Beneficiarios. Sólo aquellos que conseguían un puntaje igual o menor a 48 puntos sobre 100 se consideraban integrantes de los estratos 1 y 2 y por lo tanto con derecho a recibir los subsidios del Estado.

3.1.3 Los afiliados iniciales. En todos los casos los afiliados al Régimen Subsidiado son miembros de un mismo pueblo o comunidad geográfica que además tienen en común el ser clasificados como población pobre dentro de los estratos 1 y 2 sobre 6. Al comienzo la afiliación fue solo para la zona rural, iniciando con 14 zonas en el municipio de Sogamoso. Eran campesinos que tenían una producción agrícola pequeña, que generalmente habitaban veredas muy alejadas y se buscó beneficiarlos con prioridad por su misma lejanía de la parte urbana.

Una vez que se reunió algún número de personas representativas de cada comunidad, líderes, los mismos afiliados dentro de los estatutos quedó plasmado que no podrían pertenecer a la cooperativa personas que no tuviesen la condición de estrato 1 y 2.

El inicio fue ciento por ciento potencial campesino hasta llegar a 5.000 y luego cuando tenía cerca 7.000 personas del campo empezó a extenderse a las áreas urbanas pero esto ya no dependía de la Administración de la ESS sino de la priorización que hicieran los alcaldes.

Eran campesinos en su mayoría y estaban ubicados en la parte rural de Sogamoso y en sectores vecinos al perímetro urbano, tenían una producción agrícola pequeña y vivían en condiciones difíciles, con una clasificación socioeconómica 1 y 2. Inicialmente eran miembros de la cooperativa, posteriormente no fue necesario ser miembro de la misma para afiliarse y recibir los servicios de salud.

3.1.4 Representatividad del conjunto del grupo destinatario. El grupo destinatario original estaba integrado por 5000 personas, en su mayoría estaban ubicados en la parte rural de Sogamoso y en sectores vecinos al perímetro urbano. Eran campesinos que tenían una producción agrícola pequeña y vivían en condiciones difíciles. Estas personas no contaban con protección social. Las primeras 47 personas que estuvieron asociadas a la cooperativa procedían de diferentes comunidades, inclusive el consejo de administración fue elegido por delegados de cada comunidad y se ha seguido teniendo en cuenta esta metodología. En cada comunidad cuando se prepara la asamblea y la renovación de órganos de dirección cada año, entonces se reúnen y si tienen 50 asociados saca 5 delegados que es el 10%. Se tiene un reglamento con base en cual cada comunidad hace pre asambleas, allí los afiliados exponen sus inquietudes, se les da a conocer los estados financieros de la empresa y nombran sus delegados. Entonces de hecho los órganos de dirección corresponden a delegados de muchos sitios. De todas las asambleas hay un acta.

No obstante, se observó que entre el grupo líder inicial había una parte que no correspondían a los estratos más pobres (1 y 2 sobre 6) y esto se evidencio cuando se aplico la encuesta del SISBEN, lo cual ocasiono un duro conflicto, pues algunos asociados iniciales resultaron sin derecho al subsidio en salud, según el reglamento expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social. Esta situación se explica porque los estratos mas pobres precisamente son aquellos que menos iniciativa y menos capacidad presentan para desarrollar mecanismos organizativo tales como son una cooperativa por ejemplo, en cambio los estratos medios menos pobres revelan una mejor capacidad de movilización y demanda.

Los primeros asociados a la cooperativa procedían de diferentes comunidades y todos eran campesinos de escasos recursos.

3.1.5 Categorías de beneficiarios de las prestaciones del SIS. Todos los afiliados tienen la misma categoría y no se diferencia entre afiliado y beneficiario. Sólo existe la categoría

integrante del grupo familiar, es decir que habitan en la misma casa, clasificados por el SISBEN como pobre de los estratos 1 y 2, que es el requisito indispensable para tener acceso al régimen subsidiado y por ende a las prestaciones del SIS. Para que los atiendan en una ARS o en el hospital tienen que llevar fotocopia de los dos carnet: el carnet de clasificación del SISBEN y el carnet de afiliación a la ARS.

3.1.6 Número de beneficiarios de cada categoría. La única diferencia existente es entre afiliado al Régimen Subsidiado (SIS) y asociado a la cooperativa. El Asociado participa de la administración y la toma de decisiones dentro de la cooperativa y el afiliado que no es asociado no tiene esta participación aunque si puede operar dentro de los sistemas de control comunitario.

**CUADRO 28
CRECIMIENTO DE LOS AFILIADOS**

	Afiliados(*)	Tasa	Asociados	Tasa	Municipios
1995	5.000		47		Sogamoso
1996	32.000	54%	47		22
1997	33.500	5%	375	698%	23
1998	37.500	12%	960	156%	27
1999	37.900		1.175	23%	30
	4.400	13%	1.175		31
2000 (meta)			1.500	28%	

(*) Aquí los conceptos de beneficiarios y afiliado al SIS son equivalentes.

(**) Los Asociados son los miembros formales de la Cooperativa

El inicio fue ciento por ciento potencial campesino hasta llegar a 5.000 beneficiarios que era el requisito que imponía el Ministerio de Salud para operar como administradora del régimen subsidiado. Estos 5000 beneficiarios pertenecían a la misma y única categoría existente, el grupo familiar.

3.2 Paquetes de Beneficios Ofrecidos por el SIS

3.2.1 El Paquete de Beneficios: El siguiente es el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, el cual es igual para todos los afiliados o beneficiarios. No existe límite de cobertura para las cirugías que están incluidas explícitamente (se excluyen las cirugías no especificadas); la derivación es obligatoria cuando se estima necesaria; no existen copagos para la atención de prevención, ambulatoria programada, y para tratamientos de alto costo.

CUADRO 29
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD INICIAL

Servicios	Personas Cubiertas	copagos	Limite de Cobertura	Periodo de Espera	Derivación Obligatoria
Intervenciones Quirúrgicas No Programadas	Todas	Si	Total (*)	No	Si
Atención del Parto	Todas	Si	Total	No	Si
Hospitalizaciones Medicalizadas No Programadas	Todas	Si	Total (*)	No	Si
Intervenciones Quirúrgicas Programadas	Todas	Si	Total (*)	No	Si
Atención Ambulatoria programada	Todas	No	Total	No	Si
Atención Preventiva	Todas	No	Total	No	Si
Atención Ambulatoria no Programada	Todas	Si	Total	No	Si
Medicamentos Según Listado	Todas	Si	Total	No	Si
Transporte/evacuación	Todas	Si	Total	No	Si
Laboratorio /radiología	Todas	Si	Total	No	Si
Otros : Enfermedades Catastróficas	Todas	No	Total	No	Si

(*) Existe un listado de cirugías incluidas, el cual excluye otras poco frecuentes.

Atención de nivel básico o primer nivel.

- Acciones de promoción y prevención.
- Atención área de primer nivel.
- Atención hospitalaria de menor complejidad para todos los afiliados.
- Atención de mayor complejidad o segundo nivel.
- Atención hospitalaria de mayor complejidad para gestantes y menores de un año.
- Atención quirúrgica de 2do. nivel para cirugía herniorrafias, colecistectomía, histerectomía y apendicectomía.

Atención Ambulatoria de tercer nivel.

- Consulta ortopedia
- Consulta optometría.
- Rehabilitación en forma integral

Atención Quirúrgica de tercer nivel.

- Cirugía ortopédica de cualquier complejidad.
- Cirugía de catarata
- Cirugía de estrabismo

Atención de Alto Costo

Comprende las patologías catalogadas como catastróficas y que se cubren con un reaseguro según lo normado por el Ministerio de Salud: Unidad de Cuidados Intensivos, patologías (cirugías) del sistema nervioso central y de la medula espinal, insuficiencia renal incluyendo diálisis y trasplante renal, reemplazo de cadera y de rodilla, gran quemado, infección por VIH, y cáncer.

3.2.2 Paquete Unico de beneficios. La ESS Co-Esperanza se rige por las normas nacionales del régimen subsidiado de salud en el cual sólo existe un único paquete de beneficios que es el Plan Obligatorio de Salud -POSS- regulado en su contenido por el Consejo nacional de Seguridad Social en Salud.

3.2.3 Factores que determinaron la elección de los paquetes de beneficios. Para la definición del plan de beneficios siempre los criterios de selección, utilizados por el Ministerio de Salud, han sido incluir las afecciones mas comunes y la disponibilidad financiera del sistema. A medida que la experiencia va mostrando comportamientos y la disponibilidad financiera lo permite se ha ido incrementando la cobertura del Plan de Servicios Obligatorio incluyendo mas servicios y patologías.

3.2.4 Formula utilizada para otorgar las prestaciones al afiliado. El mecanismo ordinario de operación del Régimen Subsidiado es que la ESS paga los servicios al proveedor (el prestador le cobra directamente al seguro o método de pago a cargo de terceros). En ocasiones la atención ambulatoria es prestada con una red propia de la ESS.

3.2.5 Sistema de seguimiento de las prestaciones. No se ha establecido desde el comienzo, lo cual evidencia una de las principales fallas de la gestión pero este sistema de información está en proceso.

3.3 Financiamiento

3.3.1 Recursos iniciales utilizados para financiar a Coesperanza. Co-Esperanza se inicia con un aporte del Ministerio de Salud, con recursos del presupuesto general de la nación los cuales se entregaron en forma condicionada para que el municipio también otorgará una contrapartida al proyecto.

CUADRO 30
FUENTES FINANCIERAS DEL SIS
Recursos empleados para financiar la creación de Co-Esperanza en 1995
1 \$ US = \$ 1.800

FUENTE	MONTO	OBJETIVO	TIPO
	\$ US		
Ministerio de Salud	66.666	Organización, Promoción	Subvención
Municipio Sogamoso	16.666	Organización, Promoción	Subvención

Fuente: Estados Financieros de Co-Esperanza.

CUADRO 31
INVERSIONES Y GASTOS INICIALES

INVERSIONES EN US \$	1995	1996
Federación de Empresas Solidarias		198
Materiales y Suministros		24.109
Muebles y Equipos de Oficina		3.983
Equipo de computo y Comunicaciones		9.194
Maquinaria y Equipo		5.438
COSTOS Y GASTOS		
Servicios de salud	7.182	119.759
Gastos de personal	12	226
Gastos Generales – Logísticos – Organización	926	15.864
TOTAL	8.120	178.852

Fuente: Estados Financieros de Co-Esperanza.

3.3.2 Diferentes tipos de cotizaciones. Este concepto tal como esta formulado en la guía de estudio, en el sentido que las cotizaciones son el mecanismo principal o uno de los principales de financiación del SIS no es aplicable, porque el Régimen Subsidiado de Salud en Colombia no es un sistema financiado por medio de cotizaciones. Sólo los socios de la cooperativa (que solo son una parte de los afiliados al SIS) aportan un valor en dinero como cotización pero muy poco significativo y con destino al patrimonio y funcionamiento de la cooperativa pero no del SIS. Desde que se constituyó la Cooperativa en los estatutos quedó plasmado cuanto pagaba cada persona que se asociaba y se acordó que fuera una forma de aporte voluntario porque las personas que tenia como afiliados la cooperativa eran personas de estratos 1 y 2, muy pobres, y entre ellas había a quienes se les dificultaba pagar \$ 1.000 pesos mensuales por ejemplo. Se acordó entonces que cuando hubiera una persona muy pobre que quisiera asociarse, entre la colectividad le subsidiarían el valor de la afiliación como socio de la cooperativa. Se determino además que el valor de la cotización se fijaría en porcentajes de salarios mínimos legales vigentes así: el 0.84% de un salario mínimo legal vigente, que en ese tiempo equivalía a cerca de mil pesos y era lo que le costaba a las personas asociarse a la cooperativa para tener derecho a incidir en el manejo de la organización y a decidir sobre lo que se pensaba hacer.

Es de observar que una vez reunido algún número de personas representativas de cada comunidad, es decir los líderes, los mismos asociados dentro de los estatutos dejaron plasmado que no podrían pertenecer a la cooperativa personas que no tuviesen la condición de estrato 1 y 2.

CUADRO 31
COTIZACIONES A LA COOPERATIVA
Porcentaje de cotizaciones recaudadas por la Cooperativa .

	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Cotizaciones	2.512	1.045	226	4.146	609
Afiliados	5.000	32.000	33.500	37.500	42.300
\$ US por afiliado año	0.50	0.032	0.007	0.11	0.014

FUENTE: Estados Financieros de Co-Esperanza

Todos los afiliados que han sido clasificados como pobres por el SISBEN tienen los mismos derechos y sólo en caso de hospitalización se les cobra un copagos así: Si los subsidiados son

de estrato 1, en las atenciones de II nivel que reciben en las entidades cuando los hospitalizan, estas les cobran el 5% del valor del tratamiento y si son de estrato II les cobran el 10%.

3.3.3 Monto de las reservas iniciales. El monto inicial fue de US\$ 41.389 para atender a mil familias (41 dólares por familia) de acuerdo a un estimado del costo anual per capita del plan de salud establecido.

**CUADRO 32
INGRESOS Y EGRESOS**

	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Ingresos	41.389	807.704	1.815.580	2.633.321	1.532.545
Egresos	8.119	136.628	1.367.511	3.292.967	1.216.825
Superávit o Déficit	33.270	671.076	448.068	(659.646)	315.720

Fuente: Estados Financieros de Co-Esperanza.

El presupuesto anual está previsto para un grupo de personas preestablecido, teniendo en cuenta un valor per cápita anual, asociado al valor de un cierto plan de salud, que es cofinanciado año tras año por el Ministerio de Salud y el Municipio.

Adicionalmente, la Cooperativa genera en sus operaciones algunos excedentes los cuales se distribuyen según la ley cooperativas. Anualmente cuando se hace la asamblea general hay una distribución de excedentes. Esa distribución de excedentes la ley cooperativa dice que se debe distribuir así: el 50% de destinación libre, el 20% para educación cooperativa y eso es lo que utilizamos para incidir en la comunidad, el 10% se debe destinar para fondos de solidaridad. Con el dinero de solidaridad la asamblea de socios acordó pagar algunos exámenes y medicamentos que no están contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud – POS- y que no se pueden cubrir con recursos del Régimen Subsidiado; los socios tienen así un incentivo y si les ordenan un examen que no está dentro del POS se le paga con fondos de solidaridad igual ocurre con los medicamentos. Esto es únicamente es valido para los socios que estén al día con sus aportes.

El presupuesto anual está previsto para un grupo de personas preestablecido, teniendo en cuenta un valor per cápita anual, asociado al valor de un cierto plan de salud, que es cofinanciado inicialmente por el Ministerio de Salud y el Municipio. Adicionalmente la Cooperativa genera en sus operaciones algunos excedentes los cuales se distribuyen según la ley cooperativas.

3.4 Prestadores de Atención Medica

3.4.1 Los prestadores de atención médica. Co-Esperanza esta en este momento ateniendo algunos afiliados en la sede principal y otras afiliados son atendidos en el hospital y en los puestos de salud. Inicialmente, el primer gerente de la ESE no tenía contratos escritos con los hospitales, posteriormente se hicieron pactos verbales para pagar lo que se debía pero no había una documentación. Luego se hizo un contrato con el hospital San José y se tenía además un grupo propio pequeño de prestadores, porque solamente se atendía Sogamoso, cuando se empezó a atender otros municipios en el 96. Posteriormente se hicieron con aseguradoras los contratos para atenciones de alto costo.

Durante el primer ejercicio se prestó la atención médica con el grupo extramural, el Hospital San José y los puestos de salud. La norma inicial dice que las administradoras de régimen subsidiado deberán prestar los servicios del POS a través de contratación con personas naturales, jurídicas, instituciones o directamente; o sea las ARS tienen que cubrir el riesgo y la eventualidad de atención de todas las personas afiliadas dentro de las coberturas que están reglamentadas en el POS.

3.4.2 Criterios para elegir a los prestadores autorizados. Las Empresas Solidarias de Salud poseen unos manuales de verificación o acreditación de proveedores de servicios, según normas definidas por el Ministerio de Salud. Con base a estos manuales la dirección técnica de la ESS hace una visita de auditoria a cada proveedor preseleccionado y si cumple las normas se le contrata. Además, para el caso del Hospital San José, entre otras cosas se tuvo en cuenta la cercanía del hospital.

3.4.3 Modalidad de facturación utilizada por los prestadores autorizados. Las Empresas Solidarias de Salud y es el caso de Co-Esperanza contratan los servicios con los prestadores autorizados mediante dos modalidades:

- Un sistema de valor per capita anual para la atención ambulatoria
- Un sistema de facturación por procedimiento o servicio para la atención hospitalaria, de acuerdo a un listado de tarifas establecido por el Ministerio de Salud.

El proceso se desarrolla así: cada Administradora del régimen Subsidiado recibe un valor per capita anual del gobierno denominado “Unidad de Pago por Capitación” o UPC (financiada en un 50% por parte del gobierno nacional y el otro 50% del gobierno local) para responder por un plan integral de salud para cada uno de los afiliados.

De ese conjunto, una parte se subcontrata por capitación con los prestadores autorizados de los servicios ambulatorios y con la parte restante se financia la atención hospitalaria, que se paga a los prestadores autorizados según sean los procedimientos o servicios ejecutados a las tarifas preestablecidas por el Ministerio de Salud, excepto para el caso de las atenciones de alto costo las cuales están reaseguradas mediante una prima anual por persona o per capita anual con una aseguradora, la cual paga directamente a los prestadores autorizados.

Al respecto, comenta la Gerencia de Co-Esperanza: “Con los hospitales generalmente hay dos formas de contratación, así: La Gerencia de la ESS puede pactar con el hospital, por un porcentaje de la UPC, de \$128.000 anuales, para prestar el primer nivel de atención sin hospitalización, incluyendo los medicamentos. En tal caso se pactaría mas o menos el 34% de la UPC. En los demás casos se paga cada factura según las tarifas oficiales”.

3.4.4 Los convenios con los prestadores. Con los prestadores se firmaron contratos y dentro de las principales cláusulas se destaca: el objeto del contrato que es prestar a los afiliados los servicios de salud correspondientes a el I y II nivel de complejidad del POS-S, se excluyen los servicios de salud considerados como cosméticos o suntuarios, igualmente se contempla la libertad de escoger por parte de los usuarios de la IPS contratada por Co-Esperanza para la prestación del servicio. Para tener acceso a los servicios el usuario debe presentar documento de identidad y carnet de Co-Esperanza, se establece que la IPS puede suministrar los medicamentos esenciales considerados en el Manual de Medicamentos. Las tarifas para la prestación de los servicios del POS-S serán las establecidas en el Manual de Tarifas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). La forma de pago será

por medio de la facturación y comprobación de los servicios, los copagos y cuotas moderadoras sólo serán aplicadas a las actividades autorizadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y serán recaudadas por la IPS. Asimismo, se contempla la auditoria de los servicios por parte de Co-Esperanza Ltda. entre otras.

3.5 Administración y gestión

3.5.1 Estatutos y reglamento desde el comienzo. La cooperativa desde el comienzo adopto unos Estatutos en donde se precisaron los derechos y obligaciones de los socios, así como la estructura y funcionamiento de la Organización Cooperativa (se anexa copia). Posteriormente se desarrolló un reglamento que regula la operación del Régimen Subsidiado de Salud a cargo de la Cooperativa (se anexa copia).

El Consejo de Administración, la Gerencia y la Asesoría de INDECOL Ltda. acordaron desarrollar las siguientes actividades para legalizar toda la operación de la ESS:

- Gestión ante el DANCOP Regional para la obtención de Personería Jurídica.
- Capacitación a los Directivos y abierta a los asociados en asuntos tales como: Administración, finanzas, soportes legales, fundamentos contables, organización y Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.
- Presentación del Gerente ante el DANCOP Regional para su notificación.
- Registro ante el DANCOP Regional de libros de actas y contables.
- Determinación de la póliza de manejo.
- Elaboración del Contrato para la prestación de servicios de salud entre el Municipio y la ESS COESPERANZA LTDA.
- Gestión ante la DIAN Para la obtención del NIT de la ESS
- Elaboración del contrato de encargo fiduciario de administración y pagos.
- Elaboración de contratos con la Secretaría de Salud Municipal y la ESS COESPERANZA LTDA. para la adquisición del paquete de servicios de acuerdo al perfil epidemiológico obtenido.
- Carnetización de beneficiarios.
- Elaboración de contratos con el Hospital Regional y la ESS COESPERANZA LTDA. para la presentación de los servicios de II y III Nivel de acuerdo al perfil epidemiológico obtenido.
- Reclutamiento y selección administración y equipo extramural.
- Consecución de Sede para la Empresa, cotización de papelería muebles y equipo de oficina, transporte.
- Elaboración de presupuesto con su correspondiente flujo de efectivo y aprobación por el Consejo de Administración.
- Elaboración del Plan Operativo de gerencia.
- Elaboración de Proyectos de Reglamentos para Consejo de Administración y Junta de Vigilancia.
- Preparación y presentación del Manual de Funciones y procedimientos para personal administrativo y equipo extramural.
- Diseño y organización del plan contable a utilizar.
- Gestión ante la E.P.S. para la inscripción de la Empresa y obtención del número patronal.
- Diseño y organización del plan contable a utilizar.

- Gestión ante la Secretaría de Salud local para obtener certificación que avale la ESS con el objeto de obtener la licencia de la superintendencia de Salud.
- Determinación de instrumentos para el control de servicios.
- Manual de presentación de servicios.
- Presentación de Estudio de viabilidad Económica.
- Coordinación y ejecución de acciones para el acto de inauguración y prestación de servicios.

La Cooperativa Especializada de Salud la Esperanza Sogamoso limitada ESS COESPERANZA Ltda. ha contado y contará de manera permanente con mecanismos de evaluación y control.

Control Interno: Ejercido por la secretaría de INDECOL Ltda. en cumplimiento de su gestión para la creación de la ESS y su desarrollo como empresa.

Control Permanente: Ejercida por los beneficiarios a través de la Junta de Vigilancia en cumplimiento de los Estatutos.

Además de la veeduría comunitaria que los afiliados están llamados a ejercer, la ESS cuentan con un Revisor Fiscal, según lo establece la ley 79 de 1988.

Control Externo: Ejercido por el Ministerio de salud a través de la Superintendencia Nacional de Salud, la Gerencia Nacional y Regional del programa ESS

3.5.2 Personería jurídica. La fecha de fundación de la Cooperativa fue Mayo del 95, y se obtuvo la personería legal en octubre de ese año posteriormente se creó un aparato propio de servicios (conocido como la Institución Prestadora de Servicios IPS) el cual tiene un reglamento pero no es una persona jurídica.

3.5.3 Organización a cargo de la gestión global del SIS. La Cooperativa Co-Esperanza se creó con la finalidad específica de poner en marcha un sistema de seguro de salud denominado posteriormente “Régimen Subsidiado de Salud”. La Asamblea de Socios designa el Consejo Directivo y el Consejo Directivo a su turno designa un Gerente y un equipo técnico y profesional que es quien pone en operación el sistema de seguro. Se organiza adicionalmente un equipo extramural que inicia la actividad de promoción de la salud y prevención de la enfermedad entre la población afiliada.

3.5.4 El aseguramiento y la gestión de servicios. Inicialmente la Empresa Solidaria de Salud no prestaba servicios asistenciales a la población afiliada en su sede de operaciones pero si tenía un equipo técnico y profesional que realizaba actividades “extramurales” en las diversas veredas y barrios en donde habitaban los afiliados. La atención asistencial se contrataba preferencialmente con la red pública de hospitales del Departamento.

En una segunda etapa se llegó a la conclusión de que era conveniente prestar directamente en la sede, servicios ambulatorios e incluso algunos exámenes. Este aparato de servicios propio no está organizado como una entidad diferente a la cooperativa, aunque sus costos y gastos se contabilizan como una cuenta especial dentro de la contabilidad de la Cooperativa.

Con respecto a este tema a la Gerente se le pregunto: Ustedes tienen una separación de cuentas con la cooperativa y las de la empresa solidaria, o tienen una separación frente a la

prestación de servicios, es decir equipo médico, infraestructura de la IPS, esa prestación tiene una cuenta separada?

Dice la gerente: “Es lo que estamos pretendiendo hacer, aunque nosotros ya hicimos la parte legal de hacer la otra separación, en la parte contable yo si puedo saber como se me generan los gastos de la institución prestadora de servicios –IPS- o sea, cuanto gasto por salario, por consumo de materiales, por la prestación del servicio etc. Los funcionarios que tiene la empresa se los puedo clasificar, así: tantas enfermeras, tantos médicos, etc., y tantos de administración y la vinculación laboral esta diferenciada, pero que la contabilidad no está absolutamente separada todavía, queremos hacerlo para poder saber algunas cosas mas precisas sobre costos y sobre rentabilidad, porque al mezclar las cosas no queda muy claro comparar entre el servicio comprado o prestado directamente. En la práctica podemos sacar que las actividades que prestamos directamente salen mejor económicamente porque además las prestamos en los límites de calidad requerida y con que rendimientos. Nosotros tenemos indicadores por ejemplo de cuantas consultas médicas debe hacer un médico cada hora, y tenemos un rendimiento por médico mensual, además qué tipo de actividad realiza, igualmente con las enfermeras, las que hacen trabajo con la comunidad eso está mas o menos en cierta forma sistematizado; ningún hospital produce esa información”.

Inicialmente el SIS no prestaba servicios asistenciales en instalaciones propias, lo hacía en el Hospital San José y con un grupo extramural, posteriormente comenzó a prestar servicios de salud tales como atención ambulatoria y algunos exámenes directamente en su sede. La red de servicios propia no está organizada como una entidad diferente a la cooperativa, aunque sus costos y gastos se contabilizan como una cuenta especial dentro de la contabilidad de la Cooperativa.

3.5.5 Los órganos de gestión del SIS. Los órganos existentes al final del primer ejercicio eran los siguientes:

- La Asamblea de Socios.
- El Consejo de Administración.
- La Junta de Vigilancia.
- El Comité de Educación.
- El Comité de Solidaridad.
- La Gerencia.
- La Revisoría Fiscal.

3.5.6 Elección y Designación de los órganos. La asamblea de socios se ha ido renovando en parte, la asamblea por estatutos es la máxima autoridad de la cooperativa, se reúne cada año para decidir sobre la orientación y el funcionamiento. Inicialmente nombró, mediante votación, un Consejo de Administración y una Junta de Vigilancia y se nombró además una Revisoría Fiscal que en un principio no funcionó adecuadamente.

Luego, se consiguió un equipo profesional, porque el Ministerio decía que había que funcionar con equipos extramurales, entonces se constituyó y estaba compuesto por un médico, una odontóloga, una enfermera jefe, un auxiliar de odontología, un auxiliar de enfermería y una higienista oral.

Posteriormente, todo empleado que se nombra es previa aceptación del Consejo de Administración, y para tal efecto se tiene un proceso que es el siguiente: el Consejo no califica a un médico, pero los profesionales traen su hoja de vida y en la parte administrativa son calificadas, se le hacen exámenes de concurso, previo a eso se les formule un cuestionario, finalmente se pasan los resultados al Consejo y este toma la decisión de quien se debe nombrar.

Los órganos de gestión del SIS estaban conformados por la Asamblea General de Socios que es la máxima autoridad, un consejo de administración, una junta de vigilancia, un revisor fiscal y un gerente y los mismos han sido elegidos por la Asamblea General de Socios.

3.5.7 Personal asalariado empleado. Cuando la empresa solidaria todavía no era ARS trabajaba con un grupo extramural, integrado por: un odontólogo, un médico, una higienista oral, una enfermera jefe, otra enfermera y varios promotores que se capacitaron dentro en la misma empresa. Inicialmente no se tenía muy claro sobre estos promotores qué era lo que tenían que hacer, ellos aprendieron a dictar charlas, primeros auxilios, algunas cosas de salud preventiva pero no había unos lineamientos claros sobre que se hacía. Lo que más se hacía era prestar servicios asistenciales, o sea el grupo iba a la vereda “x” y ese día se hacía consulta, odontología, medios de educación, se iba por las casas, se generó un sistema de citas familiares que tenía el programa cuando se inició como empresa solidaria y se recogían los factores de riesgo de las condiciones ambientales de salud de cada familia.

CUADRO 33
PERSONAL DEL SIS

Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS en el primer ejercicio.

PERSONAL	NUMERO	EMPLEADOR	% TIEMPO
Promotores de la Cooperativa	47	Voluntarios	100%
Gerente	1	Cooperativa	100%
Secretaria	1	Cooperativa	100%
Tesorero	1	Cooperativa	100%
Revisor Fiscal	1	Cooperativa	25%
Personal Administrativo	2	Cooperativa	100%
Equipo Extramural:		Cooperativa	100%
- Médicos	2	Cooperativa	100%
- Odontólogos (uno y un higienista)	2	Cooperativa	100%
- Enfermeras (una jefe y otra)	2	Cooperativa	100%
- Promotores de Saneamiento	1	Cooperativa	100%
- Agentes Educativos	5	Cooperativa	100%

Fuente. Coesperanza

Cuando la empresa, en junio de 1996, empezó a firmar contratos para administrar el régimen subsidiado, el grupo extramural había trabajado desde el año 95, de octubre hasta junio, con esta forma de trabajo o sea con programación en veredas, se hacían además servicios asistenciales y de educación, se manejaron algunas historias clínicas, las personas recibían su atención odontológica, médica y se le entregaban los medicamentos, se daba alguna educación y eso era lo que se trabajaba. La comunidad empezó a ver que la empresa venía a su vereda y empezó a contar con una aceptación. Cuando en junio se empezó a trabajar como ARS entonces se modificó un poco la forma de trabajo, si bien aun se trabajaba con el equipo extramural, sin embargo, se aumentó mucho la demanda de servicios asistenciales, entonces se busco hacer contratos con el hospital que en cada caso estaba mas cerca para que atendiera esa demanda.

En el primer ejercicio prestaban sus servicios un gerente, una secretaria, y el grupo extramural conformado por un médico, un odontólogo, una higienista oral, una enfermera jefe, una auxiliar y varios promotores. Las tareas que se realizaban eran servicios asistenciales y de educación, se manejaban algunas historias clínicas, se daba atención médica y odontológica y se entregaban medicamentos.

Sistema de Información

3.5.8 Documentos introducidos desde el comienzo de las actividades.

Registro de afiliados	Si
Tarjetas de identificación de afiliados	Si
Registro de pago de cotizaciones	Si
Registro de seguimiento de prestaciones	No
Documento de registro contable	Si

3.5.9 Se estableció:

un sistema de contabilidad para el primer ejercicio	SI
un presupuesto para el primer ejercicio	SI
un balance y estado de resultados	SI

El sistema de contabilidad se estableció desde el comienzo en 1995.

4. Asistencia técnica y formación

4.1 Asistencia técnico (AT) durante la fase de creación del SIS:

CUADRO 34 ASISTENCIA TECNICA

Asistencia técnica recibida (fase de creación y primer ejercicio)

INSTITUCION	PROPOSITO	PERIODO	BENEFICIARIOS
ALCALDIA	Promoción	Seis Meses	Afiliados - Asociados
INDECOL LTADA	Empresarial	Seis Meses	Asociados
FUDESCO	Régimen Subsidiado	Tres Meses	Afiliados
DANCOOP	Cooperativismo	Dos semanas	Asociados
MINSALUD	Empresa Solidaria	Cuatro semanas	Afiliados
SECRETARIA SALUD	Salud	Un año	Afiliados
U. JAVERIANA	Agropecuario	Dos años	Afiliados

4.2 Actividades de formación durante la fase de creación del SIS:

Además de los contenidos educativos que acompañan la asistencia técnica, la ESS ha contratado asesorías específicas para capacitación en la parte de participación en los órganos de dirección. En 1995 se hicieron algunos cursos de cooperativismo. Las personas que realizan estos cursos tienen que pertenecer a una liga de cooperativismo. Inicialmente se capacitaban con una gente que venía de San Gil que es uno de los baluartes del

cooperativismo en Colombia y con el apoyo de DANCOOP (Departamento Administrativo de Cooperativas) un funcionario vino a hacer las capacitaciones.

V CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

1. Grupo Destinatario y Beneficiarios

1.1 Características del grupo destinatario

El grupo destinatario es la población con necesidades básicas insatisfechas NBI, la cual suma 236.208 personas en los municipios donde opera Co-Esperanza.

CUADRO 35
POBLACION AFILIADA CON RESPECTO A LA POBLACION OBJETO

Municipio	Población Total	Población %Con NBI	Población Objeto	Afiliados Seguro de Salud	Cobertura %
Aquitania	20,182	65	13,118	4,654.00	35.48
Belén	15,241	58	8,840	130.00	1.47
Beteitiva	3,079	89	2,740	2,219.00	80.98
Busbanza	607	88	534	173.00	32.39
Corrales	3,062	64	1,960	317.00	16.18
Cuitiva	1,944	76	1,477	1,034.00	69.99
Duitama	111,956	25	27,989	45.00	0.16
Firavitova	6,812	63	4,292	883.00	20.58
Floresta	5,549	82	4,550	2,178.00	47.87
Gameza	6,953	64	4,450	214.00	4.81
Iza	1,861	47	875	1,243.00	142.11
Jericó	6,616	91	6,021	276.00	4.58
La. Grande	5,019	95	4,768	2,965.00	62.18
Mongua	6,832	54	3,689	368.00	9.97
Paipa	25,620	46	11,785	93.00	0.79
Pajarito	5,506	81	4,460	1,965.00	44.06
Paya	2,647	98	2,594	2,056.00	79.26
Pesca	16,252	72	11,701	1,803.00	15.41
Pisba	1,971	100	1,971	1,894.00	96.09
Santarosa	13,592	47	6,388	102.00	1.60
Sativanorte	3,913	86	3,365	230.00	6.83
Sativasur	2,230	76	1,695	61.00	3.60
Socota	17,790	80	14,232	96.00	0.67
Socha	8,914	65	5,794	65.00	1.12
Sogamoso	138,739	32	44,396	9,991.00	22.50
Sotaquirá	11,456	70	8,019	71.00	0.89
Tasco	8,110	74	6,001	166.00	2.77
Tibasosa	9,844	50	4,922	1,155.00	23.47
Topaga	3,668	65	2,384	152.00	6.38
Tota	6,123	88	5,388	290.00	5.38
Turmeque	12,716	50	6,358	106.00	1.67
Tutaza	2,697	91	2,454	199.00	8.11
Vantaquemada	12,272	57	6,995	50.00	0.71
	499,773	47	236,208	37,244.00	15.77

* No Incluye Tunja Capital del Departamento con 16 afiliados y Bogotá con 4.100.

El SEGURO DE SALUD (SIS) administrado por la Empresa Solidaria de Salud (ESS) se desarrolla dentro del Departamento de Boyacá de Colombia, el cual tiene 1.351.829 habitantes, de los cuales posee 523.490 personas (38.7%) con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y por lo cual es población objeto prioritaria del Régimen Subsidiado de Salud en general.

CUADRO 36
ZONA DE RESIDENCIA DE LOS AFILIADOS

Zona Rural de Boyacá	33%
Zona Urbana de Boyacá	56%
Zona Peri – urbana de Bogotá	11%

FUENTE : Estadística Coesperanza

Los afiliados a Co-Esperanza son básicamente campesinos y trabajadores urbanos independientes e informales.

Co-Esperanza tiene en total 42.056 afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, de los cuales 37.260 en Boyacá y 4.796 en Bogotá. En Boyacá la población afiliada es 36.7% rural y 63.3% urbana, para el caso de los 4.459 afiliados en Bogotá corresponden a zonas peri - urbanas. Comparativamente en Colombia la población urbana es del 27% y la rural del 73%.

CUADRO 37
ESTRUCTURA ETAREA DE LOS AFILIADOS

Menores de un año			127	0.35%
Entre 1 y 4 años			3.100	8.32%
Entre 5 y 14 años			9.390	25.20%
Entre 15 y 44 años (Hombres)	6.751		6.751	18.18%
Entre 15 y 44 años (Mujeres)		8.763	8.763	23.52%
Entre 45 y 59 años			3.973	10.66%
Mayores de 60 años			5.156	13.84%
Total			37.260	100.00%

FUENTE : Estadística Co-Esperanza

Resalta en la estructura etárea de Co-Esperanza que hay 1384% mayores de sesenta años mientras el promedio nacional es del 7%. Esto se explicaría por la composición básicamente rural de la Cooperativa y la emigración de los jóvenes hacia los centros urbanos.

CUADRO 38
POSICION OCUPACIONAL DE LA REGION DE BOYACA

	Nacional	Boyacá
Patrón o Empleador	5.0%	3.7%
Trabajador Independiente	34.0%	37.6%
Trabajador. Sin remuneración	1.8%	2.1%
Obrero	12.3%	11.6%
Empleado	42.3%	39.6%
Empleado Domestico	2.4%	3.1%
Busca empleo	1.9%	2.1%
Sin respuesta	0.2%	0.2%
TOTAL	100.0%	100.0%

Fuente : Encuesta CAP 1994.

En Boyacá que esta en gran medida habitada por campesinos que son pequeños propietarios rurales (propiedad familiar campesina) existen mas trabajadores independientes y sin remuneración que en el resto del país. En contrapartida los obrero y empleados son menos.

CUADRO 39
OCUPACION EN LA REGION DE BOYACA

	Nacional	Boyacá
Técnico o Profesional	8.9%	6.0%
Directivo Publico	0.8%	0.1%
Personal Administrativo	7.2%	4.2%
Comerciante	17.5%	16.6%
Servicios	13.7%	12.1%
Agrícola	22.8%	33.8%
Obrero	26.5%	24.9%
Sin clasificación	0.6%	0.3%
Sin respuesta	0.0%	0.1%
Busca Empleo	1.9%	2.1%
TOTAL	100.0%	100.0%

Fuente : Encuesta CAP 1994.

En cuanto a la ocupación resalta que en Boyacá la población agrícola esta mas de 10 puntos porcentuales por encima del conjunto nacional lo cual reafirma su composición rural. Por el contrario disminuye el peso los comerciantes y del empleo en servicios, así como un poco a nivel obrero.

CUADRO 40
NIVEL EDUCATIVO EN LA REGION DE BOYACA

Nivel	Nacional	Boyacá
Sin educación	7.9%	8.1%
Primaria Incompleta	25.6%	29.6%
Primaria Completa	41.8%	44.0%
Secundaria Completa	18.6%	15.5%
Superior	6.0%	2.8%
TOTAL	100.0	100.0%

Fuente : Encuesta CAP 1994.

Tal Como se observa en el cuadro región en que se encuentra el Departamento de Boyacá presenta un menor grado de personas con formación de secundaria completa y universitaria que el promedio nacional explicable quizás por la emigración de los profesionales hacia los centros urbanos.

Categorías de personas que están excluidas del grupo destinatario. Están excluidas las personas que resultan clasificadas en los estratos 3,4,5,y 6 por la Encuesta de Identificación de los Beneficiarios SISBEN.

No obstante, existen dificultades prácticas para incluir a las personas con derecho potencial. Así en la aplicación del SISBEN se producen exclusiones indeseadas, al respecto comenta la Promotora: “Si, tenemos la dificultad por ejemplo de familiares, que cuando hacen la Encuesta en su casa no están, aquí los campesinos acostumbran mucho irse de un sitio para otro a cultivar y ocurre en ocasiones que cuando hicieron la Encuesta en su casa no estaban y les toca entonces ir y solicitar una nueva Encuesta. Además los alcaldes de los municipios

pequeños juegan mucho con el SISBEN, yo tuve un problema en un municipio donde la gente me preguntaba por qué los sacaban de la empresa y era que el alcalde sacó a unas personas para poder meter a otras personas de su confianza que le habían ayudado en su campaña política”.

Están excluidas las personas que resultan clasificadas en los estratos 3,4,5,y 6 por la Encuesta de Identificación de los Beneficiarios SISBEN.

1.2 Diferentes Categorías de Beneficiarios

1.2.1 Clase de afiliación. Los afiliados a la Cooperativa se denomina asociados (son cerca de mil) .Los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, que son cerca de cuarenta mil y los administra la cooperativa, en todos los casos se vinculan por núcleo familiar o mejor aun por hogar. Cuando el encuestador llega a una vivienda registra a todos los habitantes y con base a ese listado se crea el derecho a la afiliación si la calificación socioeconómica del hogar tiene el puntaje necesario (menos de 48/100).

1.2.2 Naturaleza de la afiliación. La afiliación al Régimen Subsidiado es siempre voluntaria y no existe cuota de afiliación. La única condición para afiliarse es que el grupo familiar esté clasificado dentro de los estratos más pobres; inicialmente el método de clasificación era intuitivo y a criterio de los promotores pero posteriormente se aplicó una encuesta de clasificación socioeconómica denominada el SISBEN sistema de Identificación de Beneficiarios. Sólo aquellos que consiguen un puntaje igual o menor a 48 puntos sobre 100 se consideraban integrantes de los estratos 1 y 2 y por lo tanto con derecho a recibir los subsidios del Estado.

Pero la afiliación no sólo depende de la clasificación sino que además existen también limitaciones de orden presupuestal para afiliar personas con derecho.

En caso de discrepancia con respecto a estas situaciones de derecho o no de las personas pueden reclamar ante el Personero Municipal que es un funcionario que actúa como procurador de justicia y defensor de los derechos humanos.

1.2.3 Vínculos existen entre los afiliados. Los únicos vínculos entre los afiliados son los de vecindad. Son miembros de un mismo pueblo o comunidad geográfica según se observa en el cuadro.

1.2.4 Los pasos a seguir para afiliarse. Los pasos son los siguientes:

- La administración municipal, en algunos casos el Alcalde, en otros el Secretario de Salud, debe tener dentro de su población aplicado el instrumento de focalización denominado sistema de Identificación de Beneficiarios SISBEN.
- Posteriormente los beneficiarios que están clasificados en los estratos 1 y 2 deben seleccionar en teoría una Administradora del Régimen Subsidiado ARS (esto generalmente no ocurre y al contrario el Alcalde distribuye los afiliados entre las diversas ARS). Para tal efecto deben firmar un formulario de afiliación o de inscripción.
- Luego se firman unos contratos de aseguramiento de los afiliados entre el Municipio y cada una de la ARS. Estos contratos tienen una vigencia de un año y están acompañados del listado con las personas seleccionadas.

- Cuando el municipio “es mayor de edad” y está certificado como descentralizado el alcalde firma con la administradora y nada mas, pero, si se considera que el municipio no está descentralizado porque no cumplió una serie de requisitos, entonces tiene la tutoría del departamento y los contratos deben tener tres firmas, incluyendo la del secretario de salud departamental.
- Una vez firmado el contrato se empieza a ejercer las funciones informando a las instituciones prestadoras de servicios -IPSs - sobre los nuevos afiliados y carnetizándolos dentro de un lapso de 30 días. Esto en la eventualidad que fuera por primera vez.

1.2.5 Período de tiempo determinado para la afiliación.

- Cuando la persona queda carnetizada está habilitada para usar el Seguro de Salud (SIS) durante un año con derecho a la continuidad en años posteriores.
- El carnet debe contener algunos datos de información personal pero además indica a su poseedor a donde debe acudir y cual es la red de prestadores por lo menos del primer nivel.
- Las personas que ya venían afiliadas a la empresa tienen el derecho de la continuidad dentro del Seguro de Salud (SIS).
- Los afiliados se someten a procesos de verificación, y salen del Seguro de Salud (SIS) si se confirma que están afiliados simultáneamente al régimen contributivo o si tuvieron mal hecha la focalización en cuyo caso se trataría de personas de un estrato mayor y que figuraban como un estrato menor. Si ninguna de esas dos eventualidades se presenta las personas deben continuar en el Seguro de Salud (SIS), y tiene derecho de continuidad que es uno de los derechos de la ley de aseguramiento.
- Las personas tienen además la posibilidad de elegir (derecho que está en el papel hasta ahora) entre quedarse con la empresa o de cambiarse cada año. Ese derecho lo puede ejercer después de seis meses de iniciado el contrato y hasta el noveno mes.

La afiliación al Régimen Subsidiado es siempre voluntaria y no existe cuota de afiliación. La única condición para afiliarse es que el grupo familiar esté clasificado dentro de los estratos más pobres, es decir 1 y 2 del SISBEN y por lo tanto, con derecho a recibir subsidio del Estado. Existen también limitaciones de orden presupuestal para afiliar personas con derecho. En caso de discrepancia con respecto a estas clasificaciones del SISBEN, las personas pueden reclamar ante el Personero Municipal quien actúa como procurador de justicia y defensor de los derechos humanos.

1.2.6 El registro de afiliados. Cada familia está clasificada por el SISBEN el cual reporta 19 variables sobre su caracterización socioeconómica. Hay además una ficha por familia levantada por la ESS que informa sobre el estado socioeconómico y el estado general de salud básicamente. En este momento se tienen 23 variables por familia en todas las veredas de Boyacá e incluso en las zonas de Bogotá.

La ficha informa sobre la edad, sexo y ubicación de las personas. En el ámbito socioeconómico se les pregunta a las familias sobre la calidad de la vivienda, los materiales de construcción de su vivienda, si tiene acueducto, servicios públicos y eso da una idea de cómo viven los usuarios.

1.2.7 La identificación de afiliados y beneficiarios. Se utiliza un carnet por persona. Cuando la persona se carnetiza y queda habilitada para usar el Seguro de Salud (SIS) durante el año, el carnet según normas establecidas debe contener algunos datos de información sobre la persona e indicaciones a donde debe acudir, cual es la red de prestadores por lo menos del primer nivel (se anexa carnet).

1.2.8 Otras categorías de beneficiarios del Seguro de Salud (SIS). Sólo existe una categoría denominada afiliado y equivalente a beneficiario. La afiliación en todos los casos es por núcleo familiar u hogar y de acuerdo a su clasificación socioeconómica, pudiendo en algunos casos incluir a los indigentes.

No obstante, hay que diferenciar entre un asociado y un afiliado: El Afiliado es un beneficiario del Plan Obligatorio de Salud. El Socio es uno de los 45 fundadores iniciales, posteriormente se hicieron cursos cooperativos en los que la gente que libremente quiso participar y se aumentó a 375 el número de socios, en el siguiente año se amplió a 900 y la idea es generar un socio por cada familia. En este momento la gente está muy interesada porque inicialmente los cursos fueron sólo en Sogamoso y posteriormente se hicieron en 5 municipios más y ya hay socios en esos 5 municipios los cuales participaron en la más reciente Asamblea de la Cooperativa y en los órganos de dirección fueron elegidos socios de dos municipios nuevos.

1.2.9 Restricciones aplicadas. Las únicas condiciones para que una persona pueda estar afiliada al Régimen Subsidiado es que pertenezca a los estratos 1 y 2 del SISBEN; que no estén afiliados al Régimen Contributivo de la Seguridad Social y que exista presupuesto financiero en Co-Esperanza para responder por el afiliado.

1.2.10 Presentación de las tarjetas de identificación. Para ser atendidos en el centro hospitalario autorizado los afiliados a Co-Esperanza deben presentar su carnet de afiliación, el carnet de clasificación del SISBEN y su documento de identidad personal (Cédula de Ciudadanía).

1.2.11 Los cambios de las condiciones de afiliación. El primer año la selección de los beneficiarios se hizo a criterio de los promotores, seleccionando las familias que en su concepto eran las más pobres. Pero luego, al segundo año (1996) se introdujo el sistema de identificación de beneficiarios, SISBEN, incluso ocurrió que algunas familias que habían sido seleccionados en la primera etapa, quedaron por fuera cuando se les aplicó este nuevo instrumento.

1.3 Número de Beneficiarios y Evolución

La afiliación se inició en las áreas rurales de Sogamoso en donde se afiliaron las primeras 5.000 personas y luego se extendió la afiliación a las áreas urbanas llegando a casi 10.000 en el municipio. A partir del segundo año la cooperativa expandió sus actividades a 22 municipios, llegando incluso a 30 municipios de Boyacá en 1998 para completar 37.900 afiliados. En 1999 la cobertura se expandió a Bogotá en donde se reclutaron 4.400 nuevos afiliados.

1.3.1 Estructura de la población afiliada.

CUADRO 41
ESTRUCTURA ETAREA DE LA POBLACION FINAL EN 1999

GRUPO POR EDAD	TOTAL	%	MUJERES	%	HOMBRES	%
0 - 1 años	521	1.4	57.0		43.0	
1 - 4 años	3576	9.6	51.8		48.2	
5 - 9 años	3614	9.7	52.8		47.2	
10 - 19 años	7005	18.8	52.9		47.1	
20 - 24 años	14866	39.9	53.0		47.0	
45 - 59 años	5365	14.4	51.9		48.1	
60 y más años	2161	5.8	52.7		47.3	
TOTAL ...	37.260	99.6%	19.636	52.7%	17.623	47.3%

Co-Esperanza tiene afiliadas 37.260 personas equivalentes al 9.7% de todos los afiliados al régimen subsidiado en el departamento de Boyacá.

Pero tiene en total 42.056 afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, de los cuales 37.260 en Boyacá y 4.796 en Bogotá. En Boyacá la población afiliada es 36.7% rural y 63.3% urbana, para el caso de los 4.459 afiliados en Bogotá corresponden a zonas peri-urbanas. Las proporciones totales se observan en cuadro respectivo.

CUADRO 42
ZONA DE RESIDENCIA DE LOS AFILIADOS.

Zona Rural de Boyacá	33%
Zona Urbana de Boyacá	56%
Zona Peri - urbana de Bogotá	11%

FUENTE : Estadística Coesperanza

1.3.2 Actividades. La afiliación a Co-Esperanza es voluntaria y específicamente para recibir los beneficios de un seguro de salud.

CUADRO 43
SEGUIMIENTO DEL CRECIMIENTO DE LOS AFILIADOS

	Afiliados (*)	Tasa	Asociados	Tasa	Municipios
1995	5.000		47		Sogamoso
1996	32.000	540.00%	47		22
1997	33.500	4.68%	375	697%	23
1998	37.500	11.94%	960	156%	27
1999	37.900	1.06%	1.175	23%	30
	4.400	11.73%	1.175		Bogotá
2000 (meta)			1.500		

(*) Aquí los conceptos de beneficiarios y afiliado al SEGURO DE SALUD (SIS) son equivalentes.

(**) Los Asociados son los miembros formales de la Cooperativa

Fuente: Estadística de Co-Esperanza

1.4 Causas de pérdida del status del afiliado.

1.4.1 Factores que llevan a la pérdida del status de afiliado. Las razones para que una persona afiliada a Co-Esperanza, una vez carnetizado, pierda el derecho a permanecer en el Seguro de Salud son:

- Si se le comprueba que tiene o pertenece al Régimen Contributivo,
- Si se le comprueba que no pertenece a estrato socioeconómicos uno y dos.
- Si se traslada a otro municipio en el cual no opera la ARS.

Para verificar la correcta clasificación socioeconómica de los afiliados en algunos municipios cruzan el registro de afiliados contra el registro de catastro de propiedades. Las secretarías de salud generalmente hacen ese proceso de verificación y casi siempre se informa al Personero porque él es el que defiende los derechos del ciudadano y se le informa por ejemplo que a “fulano de tal” se le comprobó que estando en el régimen subsidiado sin embargo tiene medios económicos. La idea es que el Personero se coordine con una serie de veedores de la misma comunidad y hagan un control social, y le comuniquen al Alcalde que es el que tiene que introducir los correctivos en el Seguro de Salud (SIS). Una vez comprobado el error y hecha la corrección el Alcalde le informa a la administradora del régimen subsidiado en este caso Co-Esperanza para que modifique su base de datos y suspenda al afiliado sin derecho.

1.4.2 Afiliados excluidos. Entre los primeros afiliados del año 1995, algunos quedaron por fuera luego de que se hubo aplicado la encuesta SISBEN. Posteriormente se retiró una familia por propia voluntad. Actualmente hay una solicitud de doscientas personas que quieren cambiarse a otra ARS pero el Alcalde aún no lo ha autorizado.

1.5 Penetración del Grupo Destinatario

1.5.1 Proporción del grupo destinatario cubierta por el SEGURO DE SALUD (SIS). La Empresa Solidaria de Salud (ESS) opera en el Departamento de Boyacá de Colombia, el cual tiene 1.351.829 habitantes, de los cuales posee 523.490 personas (38.7%) con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y por lo cual es población objeto prioritaria del Régimen Subsidiado de Salud.

Actualmente entre varias Administradoras del Régimen Subsidiado están cubriendo en ese Departamento 385.651 personas equivalente al 73.67% de la población objeto. Co-Esperanza tiene afiliadas 37.260 personas equivalentes al 9.7% de todos los afiliados al régimen subsidiado en el departamento de Boyacá.

La Cooperativa Co-Esperanza tiene contratos con treinta (30) Municipios del Departamento y con Bogotá para Administrar el Régimen Subsidiado y cubre al 15.77% de toda la población con derecho (con NBI) en los treinta y tres (33) municipios en donde viven sus afiliados (sin incluir Tunja y Bogotá). En algunos municipios como Beteitiva y Pisba cubre el 81% y el 96% de la población con derecho y en otros casos como Belén sólo el 1.5 %. Hay un caso en el municipio de Iza en donde se cubre más de la población, el 142%, lo cual hace pensar que se afilió una parte de la población sin derecho.

Actualmente entre varias Administradoras del Régimen Subsidiado están cubriendo en ese Departamento 385.651 personas equivalente al 73.67% de la población objeto. Co -esperanza tiene afiliadas 37.260 personas equivalentes al 9.7% de todos los afiliados al régimen subsidiado en el departamento de Boyacá. Se tiene proyectado conseguir 50.000 afiliados y de esta forma dar cumplimiento al Decreto 2357 de 1995 que obliga a tener como mínimo esa cantidad de afiliados.

1.5.2 El aumento del número de afiliados como un objetivo del SEGURO DE SALUD (SIS). Al respecto, de la meta que se pretende lograr ,dice la Gerente.”nosotros tenemos que cumplir el requisito del Decreto 2357 de 1995 que obliga a conseguir como mínimo 50.000 afiliados por cada ESS y en este momento tenemos 42.000 y además tenemos 4.000 en discusión jurídica, posiblemente no los asignen antes de un mes, necesitaríamos al menos otros 4.000 afiliados para completar 50.000. La idea es que ya la semana que viene, tenemos que tener un convenio con otras ESS para en conjunto cumplir con ese mínimo, entonces hemos establecido algunos contactos porque de pronto nos identificamos en algunas cosas con otras ESS sobre todo por hacer la parte del sector salud pero también por la parte social, dado que no solamente buscamos la parte del aseguramiento como servicio, o el evento de salud como tal aislado, como una aseguradora cualquiera, sino que nos interesa la parte de conformar un servicio social que también nos parece prioritario. Estamos buscando gente que se identifique, no tanto en la parte negocio de empresa, sino que también ayude a potenciar paralelamente en alguna forma el tejido social ya que tenemos en nuestros usuarios personas que necesitan de múltiples apoyos”.

“Hicimos contactos con otras empresas de Cundinamarca, como con cinco empresas; de hecho parece que la norma proyectada por el Ministerio de Salud apunta a que como mínimo juntemos en el futuro 200.000 afiliados por cada ARS; si esto ocurre será necesario unir las ESS de los municipios de Fomeque, Silvania, Gachetá, Ubalá, Gupaqui y Yocopí, está además potencialmente Villavicencio”.

Como se observa, el aumento del número de afiliados es un imperativo legal primero a 5.000 luego a 50.000 y en un futuro quizás a 200.000. Al respecto, se le preguntó a la Gerente: Pero ustedes si han hecho otras acciones específicamente para ampliar cobertura?, a lo cual respondió:

“En algunos municipios donde nosotros hemos visto por ejemplo que el alcalde o las autoridades son como mas democráticas que dejan entrar gente, porque la posibilidad de expansión también tiene que ver con que el alcalde deje en cierta forma entrar. En algunos municipios hemos ido, hemos colonizado y hemos llegado, pudiendo establecer relaciones con la comunidad, que es lo que primero que se hace, buscamos a los líderes y les decimos si quieren ellos recibir alguna información o capacitación sobre el Seguro de Salud (SIS). A los que aceptan les hemos hecho talleres o charlas sobre qué es el Seguro de Salud (SIS), para que tengan un conocimiento de sus derechos y esto ha generado que en algunos municipios alcanzamos a tener hasta 700 afiliados, a pesar de todas las trabas que nos hubieran podido poner”.

“Nosotros hemos tratado de entablar relaciones favorables en algunos municipios con el Alcalde, con el Personero, con las personas que tiene que ver con la administración local. Para tal efecto les explicamos las normas legales en primera instancia y les decimos que la ley permite que hagamos esta actividad de promoción, para que ellos no nos rechacen, porque generalmente los municipios tienen como un “status quo” y cualquier persona que les intente

entrar, ellos la rechazan. Para tratar de neutralizar el rechazo, hemos hecho reuniones con los personeros municipales, en realidad no tenemos un nexo directo con ellos pero la idea es que ellos aprendan que son vigilantes del Seguro de Salud (SIS) y que ellos tienen que hacer cumplir las normas. Generalmente cuando encontramos que hay faltas contra los usuarios o contra los ciudadanos se los enviamos al personero. El conocimiento del marco legal nos permite actuar, pues no queremos actuar en la ilegalidad, esas son las actividades que más o menos hemos adelantado tanto con la comunidad como con los municipios.”

Como se mostró en el comentario anterior el aumento del número de afiliados es un imperativo legal primero a 5.000 luego a 50.000 y en un futuro quizás a 200.000. Se ha hecho gestión ante la comunidad y sus autoridades con el fin de ampliar la cobertura, se les ha dictado charlas y se han realizado talleres con el fin de hacerles conocer en qué consiste el Seguro de Salud (SIS) y de esta forma mostrarle la importancia de afiliarse a una ESS.

2. Paquetes de Beneficios y otros Servicios Ofrecido

2.1 Paquetes de Beneficios Ofrecidos por el SIS

2.1.1 Selección de los paquetes de prestaciones. Las decisiones principales sobre el paquete de prestaciones en el Régimen Subsidiado corresponden al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con base en las propuestas técnicas del Ministerio de Salud. Los criterios de selección, utilizados por el Ministerio de Salud, han sido incluir en el Plan Obligatorio de Salud las afecciones mas comunes y de acuerdo a la disponibilidad financiera del Seguro de Salud (SIS), además, cuando hay una alta incidencia de casos de un cierto tipo y la red pública no puede resolver esos casos entonces se incluyen en el Régimen Subsidiado.

Es así que a medida que la experiencia va mostrando comportamientos y la disponibilidad financiera lo permite se ha ido incrementando la cobertura del Plan de Servicios Obligatorio incluyendo mas servicios y patologías.

Es de observar que cuando se dice que un servicio cualquiera está cubierto por el POS no existe límite de cobertura; por ejemplo en el caso de la apendectomía que está cubierta por el POS, es una cirugía de segundo nivel y en ninguna parte hay tope de gastos, se cubre es el evento.

2.1.2 Documento donde se establecen las prestaciones y las condiciones de cobertura del paquete de beneficios. Inicialmente los estimativos se hicieron y se produjo el Acuerdo 23 y posteriormente le fueron agregando otros contenidos, pero realmente no hicieron un aumento proporcional económico a los contenidos, o sea si POS está cubriendo otros riesgos se supone que debería ser proporcional el aumento económico y sin embargo no ha ocurrido así. El Acuerdo 83 adicionó medicamentos que no estaban como para cáncer, para VIH, ya incluyó a la sangre como medicamento porque hasta ese entonces la sangre no estaba, incluyó medicamentos que en la lista anterior estaban de opcionales y los reglamentó, incluyó un comité técnico que cuando los medicamentos no estaban en el listado del 83 tenía que tomar la decisión de caso a caso y supuestamente dice que el Fosyga reembolsará posteriormente los casos derivados de estas decisiones. Se especificó mas aún los grupos de medicamentos, las clases y se incluyeron medicamentos que antes no estaban. Eso fue en diciembre del 97”.

Se anexa documento denominado Plan Obligatorio de Salud con el resumen de los diferentes Acuerdos del CNSSS.

2.1.3 Variaciones en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan Obligatorio de Salud administrado por Co-Esperanza sólo puede ser modificado por el Consejo Nacional de Seguridad Social y así lo ha hecho en varias ocasiones mediante diversos Acuerdos. Los Acuerdos que regulan el Plan Obligatorio de Salud son entonces: 23 , 49, 72,74 y 83.

El Siguiente es el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado actual, el cual es igual para todos los afiliados o beneficiarios. No existe límite de cobertura para las cirugías que están incluidas explícitamente (se excluyen las cirugías no especificadas); la derivación es obligatoria cuando se estima necesaria; no existen copagos para la atención ambulatoria o la de alto costo.

Atención de nivel básico o primer nivel.

- Acciones de promoción y prevención.
- Atención área de primer nivel.
- Atención hospitalaria de menor complejidad para todos los afiliados.
- Atención de mayor complejidad o segundo nivel.
- Atención hospitalaria de mayor complejidad para gestantes y menores de un año.
- Atención quirúrgica de 2do nivel para cirugía herniorrafias, colecistectomía, histerectomía y apendicectomía.

Atención Ambulatoria de tercer nivel.

- Consulta ortopedia
- Consulta optometría.
- Rehabilitación en forma integral

Atención Quirúrgica de tercer nivel.

- Cirugía ortopédica de cualquier complejidad.
- Cirugía de catarata
- Cirugía de estrabismo

Atención de Alto Costo

Comprende las patologías catalogadas como catastróficas y que se cubren con un reaseguro según lo normado por el Ministerio de Salud: Unidad de Cuidados Intensivos, patologías (cirugías) del sistema nervioso central y de la médula espinal, insuficiencia renal incluyendo diálisis y trasplante renal, reemplazo de cadera y de rodilla, gran quemado, infección por VIH, y cáncer.

El primer nivel de atención todo lo cubre el Régimen Subsidiado; El segundo nivel solo cubre para las embarazadas y lactantes menores de un año, el tercer nivel solo cubre cuatro cirugías, optometría, oftalmología para cataratas en cualquier edad y estrabismo en menores de cinco años y cubre también ortopedia. El resto de especialidades lo debe cubrir el Estado con las entidades públicas (Hospitales) y el cuarto nivel que es lo mas grave y complicado lo cubre todo el Régimen Subsidiado mediante un sistema de Reaseguro.

2.1.4 Paquete único de beneficios. Existe un único paquete de prestaciones que es el POS igual para todos los afiliados o beneficiarios. Para los asociados a la Cooperativa hay un POS complementario, que consiste en darles algunos medicamentos y tratamientos no contemplados en el POS con recursos del fondo de solidaridad de la Cooperativa.

CUADRO 44
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD ACTUAL

Servicios	Personas Cubiertas	Copagos	Limite de Cobertura	Periodo de Espera	Derivación Obligatoria
Intervenciones Quirúrgicas No Programadas	Todas	No	Total (*)	No	Si
Atención del Parto	Todas	No	Total	No	Si
Hospitalizaciones Medicalizadas No Programadas	Todas	No	Total (*)	No	Si
Intervenciones Quirúrgicas Programadas	Todas	No	Total (*)	No	Si
Atención Ambulatoria programada	Todas	No	Total	No	Si
Atención Preventiva	Todas	No	Total	No	Si
Atención Ambulatoria no Programada	Todas	No	Total	No	Si
Medicamentos Según Listado	Todas	No	Total	No	Si
Transporte/evacuación	Todas	No	Total	No	Si
Laboratorio /radiología	Todas	No	Total	No	Si
Otros : Enfermedades Catastróficas	Todas	No	Total	No	Si

(*) Existe un listado de cirugías incluidas el cual excluye otras poco frecuentes.

2.1.5 Información del SEGURO DE SALUD (SIS) a los afiliados. En los procesos de capacitación a la comunidad se explican sus derechos al POS y anexo al carnet hay incluso un instructivo con una pequeña explicación de los derechos.

2.1.6 El pago de las cotizaciones y la posibilidad de asegurarse. Esta pregunta tal como está formulada no es aplicable, porque el Régimen Subsidiado de Salud en Colombia no es un Seguro de Salud (SIS) financiado por medio de cotizaciones. Sólo los afiliados a la Cooperativa aportan un valor como cotización pero muy poco significativo y esta destinado a cubrir básicamente los gastos e inversiones de la Cooperativa.

Todos los afiliados que han sido clasificados como pobres por el SISBEN tienen los mismos derechos y sólo en caso de hospitalización se les cobra un copagos así: Si los subsidiados son de estrato 1, en las atenciones de II nivel que reciben en las entidades cuando los hospitalizan, estas les cobran el 5% del valor del tratamiento y si son de estrato II les cobran el 10%.

2.1.7 Razones para justificar los copagos. Las políticas con respecto a los copagos han ido cambiando, al respecto comenta la Gerente así:

“Al comienzo cuando se iniciaron las Empresas Solidarias ESS no había ningún copago, cuando las ESS empezaron a convertirse en Administradoras del Régimen Subsidiado, ARSS, y salió el Acuerdo 30 lo aplicamos así como dice: que cualquier servicio en el primer nivel paga el 5% de la factura y en el segundo nivel paga el 10%, ese fue el primer régimen que existió y empezó a cambiar a comienzos del 98, de hecho el Ministerio dijo que la norma siempre había estado así, pero todo el mundo había interpretado la norma como dice el Acuerdo 30, pero ellos dicen que ésta no es la interpretación”.

“Al inicio, según la norma del CNSSS dice que la prevención y promoción no tiene ningún copago y la atención de primer nivel decía que se cobraba un 5% sobre el valor de la factura para el estrato 1 y del 10% para el estrato 2; pero resulta que cuando uno lee con un poco más de atención entonces dice que en el primer nivel no se cobra ningún copago, a raíz de que había una disparidad, consulté al Consejo Nacional de Seguridad Social porque me parecía que la gente debía aportar algo y no tenía claridad sobre el punto. Y respondieron que prevención y promoción no tienen copago, primer nivel de atención es atención médica, odontológica, farmacéutica, laboratorio básico, imágenes diagnósticas y no lleva copago (aunque en la norma no dice exactamente eso o no lo interpretamos así). El nivel 2 y 3 si lleva copago y eso está previsto para ayudar a las instituciones públicas en su financiación que son las que les tocan mayores volúmenes de atención en los niveles 2 y 3”.

“El copago lo prevé el Estado para tratar de que los hospitales públicos que son los que prestan el servicio recojan un cierto recaudo, no tanto para que el Seguro de Salud (SIS) lo recoja directamente. Todo lo que sea segundo y tercer nivel lleva copago pero el resto no, en este momento la interpretación que se le da a la respuesta del CNSSS, y el copago equivale al 5% y al 10% del valor de las facturas”.

2.1.8 Períodos de espera, o de carencia. Se emplea el período de carencia o de espera pero en el régimen contributivo que es cuando una persona tiene que cubrir un cierto tiempo de cotización o estar afiliado durante un período preliminar para adquirir un derecho, pero en Colombia no hay un periodo de carencia o espera en el régimen subsidiado y es una de las diferencias específicas con el régimen contributivo.

2.1.9 Sistema de derivación (Referencia y contrarreferencia). Hay un sistema de derivación, conocido en Colombia como sistema de referencia y contrarreferencia, que está establecido por reglamento cómo se hace, por qué se hace, legalmente que formatos debe llevar etc.

Al paciente siempre lo atiende el médico general porque la atención se inicia por el primer nivel y que además él es el filtro de entrada. En los hospitales al paciente siempre lo hacen pasar primero por un médico general para ver si necesita el otro nivel o no, prácticamente nadie llega al especialista sin una hoja de remisión. El único que recibe pacientes sin derivación previa es un médico privado porque se le está pagando directamente.

2.1.10 Cobertura para los gastos no relacionados con los servicios médicos. Aunque estos gastos no están programados sin embargo en la práctica la ESS los tiene que asumir en muchos casos. Para transporte si se programa el 1%.

2.1.11 Autorización previa para el pago de algunas prestaciones. Este Sistema no se utiliza. El usuario se atiende en la red propia de la ESS o en la red contratada, la cual se paga

según lo convenido, generalmente mediante un anticipo y un pago posterior a la presentación de la factura.

2.1.12 Arbitraje para decidir la cobertura de los beneficiarios. Cuando se presentan al respecto dice la Gerente “nos reunimos en el comité técnico, generalmente debe estar presente el auditor, la coordinación médica y atención al usuario por esto justamente tenemos los manuales y vamos a revisar la norma, cuando tenemos dudas. Puede estar también presente la persona que viene en representación del paciente, a veces viene el usuario mismo desde un municipio acompañado de un funcionario nuestro, o puede ocurrir que llaman por teléfono de un municipio para averiguar cual es el procedimiento”.

El comité técnico está integrado por la coordinación médica, auditoria, y atención al usuario. Generalmente cuando la Gerente participa, a veces si hay duda y no esta al llaman por teléfono.

2.1.13 Las cinco prestaciones otorgadas con mas frecuencia. En cuanto a los servicios que presta directamente Co-Esperanza la información si está, pero la estadística global no, porque no está sistematizada, además la información que llega de las IPSs públicas no está disponible.

Lo que se puede deducir evaluando los gastos previstos contra los gastos reales es que las clases de servicios más solicitados son: la consulta externa de medicina y las cirugías de segundo nivel que eso; la consulta externa implica tanto consulta de enfermos como la consulta de programas e implica también maternas y niños que tienen el programa de control; los controles maternos son de mucha frecuencia porque a una mujer se le pueden hacer durante el embarazo por lo menos 3 ó 4 y esto implica multiplicar un usuario por 4; finalmente con las primeras causas de consulta siempre va primero odontología.

2.1.14 Cambios que sufrió el paquete de beneficios. Han habido varios cambios en el paquete de beneficios, según la Gerente la historia es como sigue: desde 1995 cuando el CNSSS expide los Acuerdos que regulan el Plan Obligatorio de Salud POSS, así: “El Acuerdo 23 fue el que determinó el primer plan de servicios, incluía primer nivel de atención, el segundo nivel con ginecoobstetras y menores de un año, el tercer nivel con optometría para menores de 19 y mayores de 60 y enfermedades catastróficas. Dentro del primer nivel se incluía medicina, odontología, laboratorio básico, imágenes diagnósticas y el suministro de medicamentos, lo cual todavía no estaba muy preciso, pues había un listado que se había hecho pero no estaba muy definido los medicamentos especiales pero el Acuerdo 83 fue el que lo definió. En el Acuerdo 49 que salió el 22 de noviembre del 96 agregó e hizo más específico cada uno de los servicios y explicó qué era cada cosa: acciones de promoción, acciones de recuperación de la salud y las acciones de alto costo, entonces definió sobre que contenido tenía cada servicio; pero no había todavía el segundo nivel cirugía ni ortopedia. En el Acuerdo 72 de finales del 97 se volvió a modificar y se incluyeron las cirugías de segundo nivel, vuelve y explica más el contenido de la atención básica de primer nivel, acciones de recuperación, patologías cardíacas, establece lo de reaseguro por enfermedades de alto costo; con respecto a este último hay que señalar que siempre se habló del reaseguro pero no era muy preciso, se determinó entonces hacer las salvedades de que no pueden haber ni preexistencias ni periodos de carencia. El Acuerdo 74 que expidió el Consejo incluyó ortopedia, y rehabilitación. El último es el acuerdo 83 metió una serie de medicamentos que no estaban”.

2.2 Pago de Prestaciones

2.2.1 Formula utilizada por el SEGURO DE SALUD (SIS) para otorgar las prestaciones al afiliado. La Empresa Solidaria de Salud sólo presta algunos servicios preventivos o ambulatorios directamente pero la gran mayoría de los usuarios recurre a una red de prestadores de servicios públicos y privados autorizados. Cada uno de estos prestadores le cobra sus servicios al seguro así:

- El prestador le cobra directamente al seguro (pago a cargo de terceros) mediante presentación de factura por servicio prestado.
- El prestador le cobra al seguro una cuota per capita anual por un paquete de servicios.
- El prestador está contratado directamente (en su planta de personal) por el seguro.
- El prestador le cobra al municipio cuando la prestación no está incluida en el POSS.
- El prestador le cobra directamente al reaseguro.

2.2.3 Las fórmulas de pago difieren según el tipo de servicio cubierto. Para la atención ambulatoria se paga por lo general mediante capitación y para la atención hospitalaria mediante facturación por servicios.

2.2.4 Adelantos, pago directo al prestador y reembolso. No hay adelantos. solamente en ocasiones excepcionales se autoriza algún examen o medicamento mediante este método.

2.2.5 Procedimiento de reembolso. El método no se utiliza por lo general.

2.2.6 Control sobre las facturas de los prestadores. Los convenios o contratos con los prestadores son de dos tipos: por capitación o por procedimiento. Cuando el convenio es por capitación el proveedor pasa una cuenta de cobro o factura por el número de personas previamente convenidas y por el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación acordada; adicionalmente se anexa con fines estadísticos el reporte de las actividades realizadas. Cuando el convenio es por procedimiento la factura debe señalar el procedimiento de acuerdo al código y a la tarifa oficial previamente establecida por el Ministerio de Salud, según lo determine el convenio la factura debe ir acompañada de la orden de servicios o de la remisión previa del paciente. La factura de todas maneras es sometida a un proceso de auditoría médica y auditoría contable antes de ser pagada.

Cuando se pacta por evento y si es primer nivel de atención no requiere ninguna autorización previa, simplemente al paciente acude a consulta con su documento y su carnet, se debe anexar la factura con fotocopia del documento y el carnet de quien recibió el servicio. Para tal efecto la ESS establece un formato donde se registra la actividad, el número del carnet, el nombre del usuario y firma y se pone la huella.

Al respecto dice la gerente: “A los usuarios los tratamos de instruir para que no firmen cosas que no son. En algunos casos tales como servicios en clínicas particulares y en otros servicios que específicamente se pactan, todas las facturas llevan estos requisitos pero además tiene que llevar una autorización de servicios, por ejemplo para alto costo, necesariamente tienen que presentar factura individual de cada atención y de cada usuario y fotocopia de carnet, cédula, autorización y fotocopias de todas las cosas que le hayan hecho bastante detallada”.

Cuando viene la factura con todos sus soportes quien la recibe y cual es el trámite?

“La recepciona alguna de las secretarias, se radica en un libro y se pasa al grupo de auditoría, ellos revisan que lo que están cobrando esté dentro de lo que toca cubrir a la ESS y que tenga los soportes exigidos, también revisan por ejemplo cuando hay cosas sospechosas dentro de la facturación por posible fraude y si los auditores identifican que están cobrando una cosa que no es entonces pedimos aclaración o mandamos una nota o glosamos. En el caso de promoción y prevención por ejemplo la coordinadora va hasta allá y les dice lo que necesita y en que forma”

Quién verifica si la tarifa está bien aplicada, ese mismo grupo de auditoria médica?

“Si ellos verifican la tarifa SOAT o con qué tarifa cobraron, verifican la pertinencia del examen, del cobro y si el soporte es aceptable o no”.

Cuánto tiempo se demora el pago de una factura?

“Cuando los giros del Fosyga han sido a tiempo hemos pagado en tiempos menores de 30 días, hemos incurrido en demoras por falta de fondos porque los recursos del Fosyga por ejemplo nos los demoraron 7 meses en llegar, aunque supuestamente se pacta trimestre anticipado, siempre se van con demora de dos, tres, cuatro meses pero es que el año pasado no lo demoraron 7 meses”.

2.2.7 Moras en el pago de sus cotizaciones. Los únicos que pagan cotizaciones son los asociados a la cooperativa y su eventual atraso les limita su participación en las decisiones en las Asambleas de la Cooperativa pero no en la atención de salud excepto porque no pueden recibir los beneficios complementarios del fondo de solidaridad.

2.2.8 Solicitudes de reembolso rechazadas. Este método sólo se utiliza ocasionalmente.

2.2.9 Plazo medio de pago a partir de la presentación de una solicitud de reembolso. Este método sólo se utiliza ocasionalmente.

2.2.10 Registro (número, monto, costo medio) las prestaciones otorgadas por tipo de servicio. El documento no existe aun, pero esta en proceso.

2.2.11 Prelación en las Prestaciones para algún sub - grupo particular de afiliados. En Co-Esperanza no hay prelación explícita con ningún sub grupo sin embargo, en Co-Esperanza al igual que en Colombia las encuestas muestran que la demanda de servicios siempre es mas alta entre los asegurados que entre los no asegurados, entre los asalariados que entre los informales, entre la población urbana que la rural, entre la población más educada que entre la de menor educación y entre la población de mas estrato social con respecto a la de menos estrato.

CUADRO 44
CONSULTANTES AL MEDICO

Consultantes al medico en dos semanas según estado de salud
en la región Oriental de Colombia

	Promedio Regional	Población Rural	Afiliado a la Seg. Social	No afiliado Seg. Social
No enfermos	2.45%	1.68%	7.00%	1.87%
Enfermos en menos de 15 días	14.32%	10.19%	38.87%	11.51%
Enfermos en menos de un año	13.44%	9.6%	39.18%	11.03%
Enfermos en mas de un año	10.25%	8.17%	27.55%	8.48%
Total Enfermos	12.63%	9.2%	35.04%	10.27%

Fuente: Encuesta de Demanda y Utilización de Servicios. INS-ASCOFAME.1990

CUADRO 45
TIPO DE SERVICIO CONSULTADO

Consultas totales en un año por persona consultada en la región

	Promedio Nacional	Promedio Regional	Población Rural	Trabajador Independiente
Al medico	79.6%	73.3%	68.6%	69.1%
A la enfermera	4.4%	5.4%	9.5%	2.8%
Al farmacéutico	10.2%	15.1%	13.0%	13.3%
A la Promotora	0.4%	0.9%	1.8%	0.0%
Al tegua (*)	4.9%	5.0%	6.5%	11.6%
A la comadrona (*)	0.5%	0.3%	0.6%	3.2%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(*) Medicina tradicional

Fuente: Encuesta de Demanda y Utilización de Servicios. INS-ASCOFAME.1990

2.3 Otros Servicios Ofrecidos a los Beneficiarios

2.3.1 Otros servicios financieros en el ámbito de la salud

Para el caso de Co-Esperanza no existe un sistema de ahorro y crédito para el manejo de la salud de los afiliados.

Oferta de Atención Médica

2.3.2 Provisión de servicios médicos directamente. El Sistema de las ESS se diseñó originalmente para prestar servicios de atención primaria mediante equipos de técnicos y profesionales de carácter extramural y en caso de necesitarse alguna atención clínica – hospitalaria entonces se debería recurrir a la contratación de servicios con proveedores públicos y privados. No obstante, cuando las ESS se convirtieron en administradoras de un programa de salud mas integral denominado el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, la demanda de servicios creció y también la insatisfacción de los afiliados con los prestadores públicos autorizados por lo cual se optó por crear un Sistema de prestación directa de servicios ambulatorios.

Al respecto, comenta la Gerente: “en un comienzo estaba únicamente yo como médica, en la parte de la organización y empezamos a ver que la demanda era mucha y que a la gente realmente no le satisfacía la atención en el hospital porque la trataban mal, por las colas etc. Entonces empezamos a ver la necesidad de satisfacer esa demanda y yo le dije al gerente que me dejara manejar eso porque el servicio era muy reducido y no podíamos satisfacer la gente. Hubo necesidad de crear mas consultas ambulatorias, aumentar los programas y el personal. Esta sede inicialmente sólo era para cuestiones administrativas, pero eran unas instalaciones muy pequeñas y empezamos a montar la parte asistencial y en este momento ya no cabemos más, por la demanda necesitaríamos un poco mas pero ya no cabemos, estas instalaciones están muy estrechas. Entonces en vista de que las instituciones públicas no dieron la respuesta que nosotros esperábamos, porque la idea era mantener el equipo extramural y el resto mantener contratos de atención y hacer la parte administrativa y de vigilancia pero nos tocó generar una atención ambulatoria directa. Y ahí empezamos a aumentar servicios”.

La razón para prestar servicios directamente esta en que: “nosotros empezamos a inculcarles a los funcionarios la parte del buen trato, la empresa nuestra es de campesinos, los dueños son campesinos, nosotros tenemos que ser bastante cuidadosos en la forma de tratar humanamente a la gente. La gente empezó a observar de que nosotros los tratábamos mejor y que le dábamos solución a su problema mas rápido que la institución pública y se generó una corriente de atención acá. Esta situación nos ha hecho crear una IPS prácticamente no con la infraestructura que se debe tener ni con todas las condiciones de comodidad pero debido a la demanda de la comunidad se presta el servicio con incomodidades pero con buen trato personal y profesional. Nosotros tenemos además contratos con clínicas, con el hospital, con los puestos de salud mas sin embargo la demanda acá es alta, nosotros atendemos en atención ambulatoria médica 120- 140 pacientes diarios. Otra cosa que nosotros empezamos a ver es la parte de los medicamentos, estos son una falla grande en las instituciones públicas, aunque uno los contrate y le diga que los paga casi siempre hay problemas presupuestales en las instituciones y la gente que va le dan la formula pero no el medicamento. Nosotros empezamos a generar una infraestructura en la parte de farmacia más o menos amplia, nosotros tenemos unas farmacias grandes y surtimos a muchos municipios donde tenemos a nuestros afiliados para poder darle satisfacción al usuario en ese sentido”.

“La norma inicial dice que las administradoras de régimen subsidiado deberán prestar los servicios del POS a través de contratación con personas naturales, jurídicas, instituciones o directamente. O sea tenemos que cubrir el riesgo y la eventualidad de atención de todas esas personas dentro de las cosas que están reglamentadas en el POS, únicamente eso. Nosotros estábamos en este momento atendiendo parte de los usuarios acá y otra la atendemos en el hospital y en los puestos de salud”.

2.3.3 Desarrollo de la red de servicios. Desde que se creó Co-Esperanza en el año de 1995 se prestó atención extramural y en junio 96 comenzó a operar como institución prestadora de servicios –IPS- y a prestar servicios directamente en sus instalaciones.

2.3.4 Acceso de los beneficiarios del SEGURO DE SALUD (SIS) y acceso de otros usuarios. Cuando son actividades de información, de comunicación o educativas en salud muchas veces entra gente que no se ha afiliado y puede participar, en algunos municipios pequeños eso ocurre mas frecuentemente; pero generalmente cuando es necesario llenar registros escritos se llenan solo con base a los afiliados; y cuando algunas actividades se hacen con convocatoria previa , se convoca únicamente a los afiliado mediante una lista de invitados.

Tal como se observa en cuadro respectivo, la demanda de servicios es mas alta entre la población afiliada a la Seguridad Social.

2.3.5 Financiación de los servicios. La Financiación inicial fue mediante aportes del Municipio y el Ministerio de Salud desde sus respectivos presupuestos. Posteriormente desde 1996 la financiación proviene de las fuentes señaladas por la ley para el Régimen Subsidiado: 50% del municipio con transferencias hechas por el presupuesto general de la nación y el 50% proceden de contribuciones obrero patronales de los afiliados al régimen contributivo de la seguridad social.

2.3.6 Entidad jurídica independiente para la actividad de oferta de atención médica. Dice la Gerente: “Creamos la organización de la institución prestadora de servicios IPS la cual tiene un reglamento pero no tiene una persona jurídica”.

Prevención y Educación para la Salud.

2.3.7 Actividades de prevención y/o educación para la salud. El Plan Obligatorio de Salud tiene previstas las siguientes actividades de promoción y Educación (Ver anexo detallado denominado Plan Obligatorio de Salud y Plan de Prevención y Promoción).

- Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.
- Promover la salud sexual y reproductiva.
- Promover la salud en la tercera edad.
- Promover la convivencia pacífica con énfasis el ámbito intrafamiliar.
- Desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y a las sustancias psicoactivas.
- Promover las condiciones sanitarias del ambiente intradomiciliario.
- Incrementar el conocimiento de los afiliados en los derechos y deberes, en el uso adecuado de los servicios de salud, y en la conformación de organizaciones y alianzas de usuarios.

Adicionalmente:

- Acciones de prevención de la enfermedad y protección específica: Acuerdo 72 CNSSS, artículo 1, numeral B. Resolución 03997 de 1.996, artículo 6.
- Programas de prevención de las alteraciones sensoriales mediante acciones de manejo de la salud visual y auditiva en menores de doce años:
- Valoración de la función visual y detección precoz de Programas de prevención de alteraciones del crecimiento del aparato estomatológico, de caries y enfermedad periodontal mediante la utilización de sellantes, fluorización y medidas de higiene oral:
- Programas de prevención de enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio:
- Atención integral a la gestante:
- Programas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), infección por VIH - SIDA:
- Programas de prevención de enfermedades cardio - cerebro - vasculares:
- Programas de prevención del cáncer, especialmente el cáncer de cérvix, de mama y estómago:

- Programas de prevención de tabaquismo, alcoholismo y fármacodependencia:
- Programas de prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas:

Observación: Es responsabilidad de los médicos y demás profesionales de la salud autorizados, la prescripción de las actividades, procedimientos, intervenciones y suministros enunciados, sin perjuicio de la auditoría que realicen las entidades responsables. Los casos positivos que arrojan las actividades de diagnóstico precoz, deben ser remitidos a las entidades correspondientes para su tratamiento.

La Gerente comenta: “en Co-Esperanza hay una coordinación de promoción y prevención y una gente que maneja el área coordinada por dos personas, incluso nos hemos especializado mas y tenemos un grupo grande que presta servicios de atención y promoción, tenemos la reglamentación, los protocolos, la metodología de los talleres, los temas, la programación y prestamos el servicio de prevención y promoción, acá en esta zona y en muchos municipios; en otros municipios contratamos la prestación de los servicios de promoción con los entes de salud que existen allá, con el centro de salud o con el hospital pero la mayor parte la hacemos nosotros directamente sobre todo en las zonas donde tenemos mas afiliados y que se justifica la inversión; además hemos visto que es la forma de asegurar que realmente se den servicios de prevención y promoción como tal, porque por ejemplo las instituciones del estado nos hacen unas acciones que no tienen ningún impacto sobre la salud de la gente pero no las facturan como prevención y promoción y en realidad no lo son”.

“Cuando son actividades de información o de comunicación educativas, muchas veces entra gente que no se ha afiliado y puede participar, sobre todo ocurre en algunos municipios pequeños”.

2.3.8 Los objetivos y los temas abordados. Los objetivos y los temas abordados en los Planes de Prevención y Promoción están definidos el Plan Obligatorio de Salud establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud el cual debe ejecutado íntegramente por Co-Esperanza; adicionalmente existe una coordinación interna dentro de la ESS para estas actividades.

2.3.9 La localización de las acciones. Cuando son actividades de información o de comunicación educativas, muchas veces entra gente que no se ha afiliado y puede participar, sobre todo ocurre con frecuencia en algunos municipios pequeños. Las acciones de prevención y promoción las ejecuta el equipo extramural de Co-Esperanza pero en muchos municipios se contratan con la red publica de servicios.

Otro Tipo de Servicios.

2.3.10 Otros proyectos de Co-Esperanza. La Cooperativa además de responder por el programa de salud está impulsando un programa de asistencia técnica agropecuaria.

Al respecto, dice la gerente: “nosotros hemos tratado de hacer dos proyectos básicos de asistencia técnica agropecuaria y nutricional, que los estamos trabajando ahora como proyectos de la cooperativa, y tienen que ver con salud. El primer proyecto se apoya en la idea de que la gente ha dejado de cultivar todo lo que cultivaba antes y que era mas nutritivo, dado ahora generalmente son agricultores de papa y la papa es un cultivo que tiene mercado bueno pero también genera hábitos nutricionales negativos porque contiene mucho almidón y

poca proteína. Nosotros como parte del complemento de salud hemos tratado de hacerles módulos de nutrición que vayan orientados a la gente del campo, en donde se pueda cambiar la mentalidad y crear la necesidad de cultivar otras cosas que mejoren nutricionalmente y sean mas benéficas, ya que el estado nutricional es básico. Hacemos talleres de nutrición y les explicamos, les regalamos semillas y mucha gente ya está utilizando la tierra que tienen. Además la papa genera la utilización de muchos químicos”.

“Dentro de los asociados vimos la posibilidad de desarrollar otro proyecto, dado que hay un señor de acá que lleva 15 años en un experimento que consiste en hacer cultivos de uvas para producir vino y lo exporta, entonces vimos eso como la posibilidad de vincular alguna gente dentro de ese proyecto y tratar de cambiar la cultura de los cultivos y estamos trabajando con una gente que fue a Europa y estudió agronomía. Las condiciones del terreno y el clima de acá se prestan para eso, y hemos generado un grupo y hay motivación para buscar gente que esté interesada de cambiarse de la papa a la vid. Tenemos cultivos, la idea es generar un cambio. Hay otro ejemplo en la zona del páramo, allí esa gente produce leche pero no sabe que hacer con ella, entonces nosotros tenemos otro proyecto y es que la gente haga queso y que se mercadee acá”.

Otro proyecto: “El proyecto que queremos manejar ahora con la Universidad Javeriana es que en la Javeriana había un profesor que investigó mas o menos 40 años en el sentido de generar plantas híbridas donde se apreciaban los componentes nutricionales, por ejemplo mezclar el frijol con el maíz (pero no mediante la transgeneración de laboratorio), de tal manera que las plantas que se producen dan semillas y se reproducen a través de semillas. Yo hablé y les dije que teníamos campesinos que tenían tierra y un mal estado nutricional y que adelantaremos un proyecto. En este momento tenemos ya sembrados semillas de maíz - frijol, esto está a nivel de experiencia todavía, la idea es reproducir mucho las semillas y generar mas gente que quiera vincularse al proyecto. La idea y la patente la tiene la Javeriana pero ellos no tenían campo para probar, lo habían hecho en laboratorio y con poquitas matas. Ahora hay un Doctor de la Nacional que está haciendo su doctorado en retomar los experimentos que dejó el Padre y hacerlo a escala mayor y no hacerlo en laboratorio nada mas, ya tenemos los cultivos y él viene cada diez días. La idea es extenderle la patente a la FAO para generar en las zonas de pobreza su condición. En eso estamos ahora”.

“También tenemos que la cooperativa en si ayuda en la parte de solidaridad a gente que está asociada, en este momento tenemos asociados en 5 municipios y la idea es que nosotros podamos hacer la cooperativa tan grande como la cobertura del régimen subsidiado a nuestro cargo que llega a 30 municipio. El proyecto es que ojalá de cada familia haya un socio, eso es el proyecto cooperativo, o sea si nosotros tenemos 38.000 afiliados, que tengamos 38.000 socios. Inicialmente hubo 45 aumentando a 375, en el siguiente año aumentamos casi a 1.000 y en este momento vamos por mil ciento y pico de socios y estamos haciendo educación cooperativa en todos los municipios donde tenemos socios”.

2.3.11 Influencia de los otros proyectos en la dinámica de afiliación. Hasta el momento no tiene ninguna influencia en el proceso de afiliación.

3. Aspectos Financieros del Funcionamiento .

3.1 Fuentes de Financiamiento .

3.1.1 Aclaración Necesaria sobre Cotizaciones. El Sistema de recaudación de cotizaciones solo existe en Colombia para el Régimen Contributivo de la Seguridad Social, el cual en un 90% afilia a los asalariados y solo en un 10% a trabajadores independientes, con mas de dos salarios mínimos.

Los afiliados o beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud no pagan cotizaciones; solamente los que quieren convertirse en asociados de la cooperativa pagan una cuota de un valor que oscila entre 1 4 y 50 centavos de dólar. Estas cotizaciones se destinan al funcionamiento de la Cooperativa y a los fondos de solidaridad y educación. El incumplimiento en estas cotizaciones solo les trae como consecuencias el tener limitaciones en la participación y toma de decisiones en las Asambleas, limita también el acceso a los beneficios de los fondos de solidaridad y educación pero no crea limitaciones para el acceso al seguro básico de salud.

Las cotizaciones recibidas por Co-Esperanza no están destinadas a financiar el Seguro de Salud sino a otros gastos de la cooperativa.

CUADRO 46
MONTO TOTAL DE LAS COTIZACIONES RECIBIDAS

	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Cotizaciones	2.512	1.045	226	4.146	609
Afiliados	5.000	32.000	33.500	37.500	42.300
\$ US por afiliado año	0.50	0.032	0.007	0.11	0.014

Fuente : Estados Financieros de Co-Esperanza.

La Asamblea de Socios puede modificar el sistema de cotizaciones para los asociados, pero no puede condicionar el acceso al Régimen Subsidiado introduciendo cotizaciones obligatorias para los afiliados.

3.1.2 Cuota de Afiliación, Parte del Capital Social. La cuota de afiliación es necesaria para asociarse a la cooperativa que gestiona el SEGURO DE SALUD (SIS) pero no para estar afiliado al SEGURO DE SALUD (SIS). Las cuotas aportadas entran a formar parte del capital social de la cooperativa.

3.1.3 Contribuciones Financieras del Estado y de las colectividades locales. Aportes del Estado y de las colectividades locales. Las fuentes principales de financiación del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia son los aportes, regulados por la ley, y las políticas estatales. Aproximadamente el 50% de la financiación la hacen los municipios (con transferencias que a su turno les hace la nación) y el otro 50% de la financiación lo coloca el Fosyga, el cual a su turno lo recauda de las contribuciones obrero - patronales en el Régimen Contributivo de la Seguridad Social. El Fosyga actúa como cofinanciador con el municipio del Seguro de Salud.

La financiación del régimen subsidiado esta asignada y administrada por 175 Empresas Solidarias, 35 Cajas de Compensación y 10 Entidades Promotoras de Salud. En conjunto en el país sobre 40 millones de personas existen cerca 8 millones de subsidiados bajo esta modalidad. A cada entidad se le asigna un valor per capita anual por cada afiliado. Esta capitación equivale en forma aproximada a 75 dólares persona año y tal monto per capita es definido anualmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud con base a estudios técnicos del valor del Plan Obligatorio de Salud.

Desde el comienzo Co-Eesperanza se financia con aportes del municipio y de la cofinanciación nacional, en 1995 fueron aportes del presupuesto nacional y posteriormente en forma regular han sido aportes del Fosyga.

CUADRO 47
INGRESOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO A NIVEL NACIONAL

(En millones de pesos corrientes 1 dólar = 1.800 pesos)			
	1995	1996	1997
Cuenta de Solidaridad –FOSYGA-	365,312	414,556	487,057
Participaciones Municipales –ICN-	141,236	184,158	255,795
Situado Fiscal convertido a demanda			76,627
Cajas de Compensación Familiar		ND	27,719
Esfuerzo Propio de Mcipios y Dptos.			41,496
TOTAL APLICACIÓN	506,548	598,715	888,697

Fuente : Misión Social, DNP. González Jorge y Pérez Francisco 1998.

No se tiene el dato discriminado para Co-Esperanza porque en su contabilidad no se discrimina el origen.

3.1.4 Otras formas de contribución del estado. Hasta el momento no se han registrado aportes en especie o de activos sino solo aportes regulares mediante treinta contratos para pagos en dinero ,entre la ESS Co-Esperanza y el mismo número de municipios.

3.1.5 Donaciones y Subvenciones Provenientes de otros Contribuyentes. No se han recibido donaciones. Los aportes del Estado responden al cumplimiento de unos contratos de servicios (ver anexo de convenio entre los municipios y Co-Esperanza). Tampoco se han recibido préstamos a mediano y largo plazo. o créditos a corto plazo.

3.1.6 Transferencia de Fondos de la Parte de la Organización Responsable del SEGURO DE SALUD (SIS).

Separación de cuentas. La Cooperativa Co-Esperanza fue creada con el fin específico de administrar programas y recursos de salud. En este momento se tiene un solo ente jurídico y por consiguiente es la misma empresa la que maneja sus cuentas como cooperativa o empresa solidaria y como administradora del régimen subsidiado. No obstante, se establece una diferencia entre los fondos que son propiedad de la cooperativa y los que son subsidios propiamente para salud, mediante las diversas cuentas de los estados financieros; pues unas cuentas pertenecen directamente a los asociados y otras cuentas corresponden al manejo de los recursos del régimen subsidiado.

Transferencias de recursos. La Cooperativa no transfiere sus recursos propios al aseguramiento de los servicios de salud sino que mas bien ocurre lo contrario y el Régimen Subsidiado paga a la cooperativa por su administración, así: el Estado a través del municipio

transfiere unos recursos a la Empresa Solidaria para administrar el Régimen Subsidiado, de ellos se le autoriza a la Cooperativa tomar el 15% para sus gastos de funcionamiento como organización responsable del Seguro de Salud y en caso de que le sobren recursos (de ese 15%) entonces se convierten en excedentes cooperativos que van a alimentar los fondos de educación y solidaridad de la cooperativa.

3.1.7 Otras fuentes de financiamiento importantes. Una forma de financiamiento de los servicios complementaria a los pagos que hace el Seguro de Salud, está en los copagos que pagan los afiliados al momento de recibir la atención hospitalaria, al respecto dice la Gerente: “Inicialmente cuando los afiliados se hospitalizaban, si eran del estrato social I (uno) les cobran el 5% del valor del tratamiento, y si son de estrato II (dos) les cobran el 10% pero recientemente estos copagos se suprimieron para los afiliados al régimen subsidiado aunque se mantienen para los no afiliados”

3.2 Costos

3.2.1 Costo Global. Co-Esperanza gasta en prestaciones de salud mas del 80% de sus recursos. Por ley esta obligada sino a destinar el 75% de los subsidios recibidos en prestaciones de salud y el 15 % en administración.

CUADRO 48

Monto de las prestaciones pagadas.

Porcentaje de prestación de servicios de salud (1 dólar = 1.800 pesos).

En dólares	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Egresos Totales	8.119	136.628	1.367.511	3.292.967	1.216.825
Costo Prestaciones De Salud	7.181	119.759	987.220	2.898.650	992.523
	88%	87%	72%	88%	81%

Fuente: Contabilidad de Co-Esperanza

3.2.2 Costo Per capita. El Consejo Nacional de Seguridad Social asigna un per capita anual para aseguramiento y cada ARS lo distribuye entre los diversos servicios y la administración.

CUADRO 49.
COSTO PROPORCIONAL DE LOS SERVICIOS POR PERSONA AÑO

TIPO DE SERVICIOS	1.998	1.999
Servicios de Menor Complejidad	32.67%	37.00%
Educación y Promoción de la Salud	4.00%	4.00%
Protección Específica	4.47%	4.47%
Atención Ambulatoria y Recuperación	7.00%	11.33%
Medicamentos Esenciales	12.00%	12.00%
Imágenes Diagnosticas	1.20%	1.20%
Laboratorio Clínico	3.00%	3.00%
Gasto Remisión Pacientes	1.00%	1.00%
Salud Oral	10.00%	10.00%
Promoción y Protección Salud Oral	3.00%	3.00%
Recuperación Salud Oral	7.00%	7.00%
Servicios Hospitalarios de Primer Nivel	9.50%	10.00%
Atención Hospitalaria Primer Nivel	9.50%	10.00%
Servicios de Mayor Complejidad	8.5%	13.5%
Consulta Especialista 2 y 3 Nivel	0.30%	5.30%
Atención Parto y Menor de un Año	5.20%	5.20%
Cirugía Segundo Nivel	3.00%	3.00%
Enfermedades de Alto Costo	19.33%	15.00%
Enfermedades de Alto Costo	19.33%	15.00%
Gastos de Administración	20.00%	15.00%
Gastos de Administración y Compra de Activos	20.00%	15.00%
TOTAL	100.00%	100.00%

Fuente: Contabilidad de Co-Esperanza.

El Cuadro anterior muestra la proporción en términos de costo unitario persona año en que se utilizan los servicios en dos años sucesivos 1998 y 1999. Tal como se observa los servicios de menor complejidad crecieron en su importancia relativa desde 32% hasta el 37%, igual fenómeno ocurrió con los servicios de mayor complejidad que pasaron del 8% al 13%, sin embargo las enfermedades de alto costo (+ de US\$ 10.000 persona año) cayeron del 19% al 15%.

3.2.3 Los costos de administración. Por norma legal emanada del Consejo Nacional de Seguridad Social los gastos de administración no podían ser superiores al 20% de los recursos recibidos mediante subsidio. Este porcentaje se redujo al 15% desde 1998.

CUADRO 50
RELACIÓN COSTOS DE ADMINISTRACIÓN / INGRESOS

Conceptos en dólares	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Costos Administración	938	16.869	380.291	394.317	224.302
Ingresos	41.586	821.297	1.910.703	2.620.564	1.432.492
Relación CA / Ing.	0.022	0.21	0.20	0.15	0.16

1 Dólar = \$ 1.800 Pesos

Fuente : Contabilidad de Co-Esperanza

3.2.4 Fondos Sociales de la Cooperativa. Estos fondos son creados de acuerdo con la ley cooperativa y sus recursos proceden de los sobrantes del 15% del subsidio que se destina a gastos de administración y de las cotizaciones de los asociados.

CUADRO 51
FONDOS SOCIALES (*)

	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Fondo de Educación			29.778	28.670	24.142
Fondo de Solidaridad			14.730	13.873	12.878
Obligaciones Laborales		20.366	303	39.899	41.003

(*) Son fondos creados en el pasivo como reservas y realmente no constituyen costos de operación excepto por las obligaciones laborales.

1 Dólar = \$ 1.800 Pesos

Fuente : Contabilidad de Co-Esperanza

3.3 Excedentes y Distribución de Excedentes

3.3.1 El estatus jurídico del SEGURO DE SALUD (SIS). La Empresa Solidaria de Salud, Co-Esperanza y el Régimen Subsidiado de Salud se definen como una organización y un seguro sin ánimo de lucro.

3.3.2 Distribución de los excedentes del SEGURO DE SALUD (SIS). La ley autoriza que del valor total de la capitación anual autorizada el 15% o el 20% (han habido cambios) se destine a gastos de administración. Los excedentes generados cuando los gastos no consumen ese porcentaje ,se distribuyen entre los diversos fondos de la cooperativa: especialmente entre el fondo educativo y de solidaridad. Con los recursos de solidaridad los asociados pueden recibir algunos servicios complementarios que no están incluidos del Plan Obligatorio de Salud –POS- o cubrir los copagos en los hospitales.

3.3.3 Resultados financieros del SEGURO DE SALUD (SIS). Durante todos los periodos entre 1995 y 1999 el resultado financiero de la gestión del Seguro de Salud ha sido superavitaris excepto en 1998 en donde se produjo una pérdida operacional , sin embargo la revaluación de los activos permitió compensar esa pérdida e incluso el patrimonio creció un poco.

CUADRO 52
EXCEDENTE O DÉFICIT (INGRESOS Y EGRESOS)

Concepto	1995	1996	1997	1998	Junio 1999
Ingresos	41.389	807.704	1.815.580	2.633.321	1.532.545
Egresos	8.119	136.628	1.367.511	3.292.967	1.216.825
Superávit o Déficit	33.270	671.076	448.068	(659.646)	315.720

Fuente: Contabilidad de Co-Esperanza.

El Superávit se destina a fortalecer el patrimonio representado en los activos y las reservas.

3.4 Fondos de Reserva

3.4.1 Las Clases de reservas. La Cooperativa con los excedentes de cada año ha venido conformando unos activos que se reflejan en un creciente patrimonio (pese a las pérdidas operaciones de 1998). Este patrimonio al tener su origen en los recursos de los subsidios procedentes del Sistema General de Seguridad Social se convierte entonces en la gran reserva para garantizar la operación del Régimen Subsidiado hacia delante. Pero además de las

reservas patrimoniales, la Cooperativa va generando unos Fondos de Reserva Cooperativos ubicados como cuentas en el pasivo de los estado financieros en beneficio de los socios y que de acuerdo a las reglas cooperativas se deben destinar en un 20% a Educación y en un 10% a Solidaridad. De otra parte la Cooperativa , por mandato de la Superintendencia Nacional de Salud debe mantener en efectivo o en títulos valores una cierta reserva para el pago de los proveedores de servicios conocida como el “margen de solvencia”. Por eso se presentan en cuadros siguientes las tres modalidades de entender los fondos de reserva.

CUADRO 53
RELACIÓN ENTRE LAS PRESTACIONES MENSUALES CON
LAS RESERVAS PATRIMONIALES (*)

Concepto	1995	1996	1997	1998	Junio 1999
Prestaciones Mensuales	598	9.980	82.268	241.554	165.420
Reservas Patrimoniales	37	33.353	1.225.069	1.585.275	1.943.533
Relación PM/ R	16	0.30	0.067	0.15	0.085

(*) Reserva patrimonial (Activo – Pasivo) producto de los superávit acumulados en los ejercicios anteriores. En 1998 hubo déficit pero la revalorización de los activos permitió cubrir ese déficit e incluso incrementar el patrimonio.

1 Dólar = \$ 1.800 Pesos

Fuente . Contabilidad de Co-Esperanza.

CUADRO 54
RELACION ENTRE LAS PRESTACIONES Y LAS RESERVAS EN EFECTIVO ()**

Concepto	1995	1996	1997	1998	Junio 1999
Prestaciones Mensuales	598	9.980	82.268	241.554	165.420
Reservas		266	226.586	296.657	278.679
Relación PM/ R		37.23	0.36	0.81	0.59

(**) Son activos o reservas en efectivo o en títulos valores (Obligatorias).

1 Dólar = \$ 1.800 Pesos.

Fuente . Contabilidad de Co-Esperanza.

CUADRO 55
RELACION ENTRE LAS PRESTACIONES Y LOS FONDOS SOCIALES (*)

Conceptos	1995	1996	1997	1998	Junio 1999
Fondo de Educación			29.778	28.670	24.142
Fondo de Solidaridad			14.730	13.873	12.878
Obligaciones Laborales		20.366	303	39.899	41.003

(*) Son fondos creados en el pasivo como reservas o provisiones y realmente no constituyen costos de operación.

1 Dólar = \$ 1.800 Pesos

Fuente . Contabilidad de Coesperanza.

3.4.2 Los Fondos de Reserva y la liquidez. Con las reservas en efectivo se pueden garantizar las prestaciones durante 18 días y las prestaciones mensuales (\$ 165. 420) representan el 8.5% del patrimonio (\$ 1.943.533). Por norma es obligatorio para la Cooperativa tener una reserva mínima invertida en títulos valores (depósitos a termino fijo) para garantizar el pago de las prestaciones por lo menos en el mes siguiente.

4. Prestadores de atención médica

4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SEGURO DE SALUD (SIS)

4.1.1 La libertad de elección de los beneficiarios. La 100 de 1993 que regula la Seguridad Social en Salud y en particular el Régimen Subsidiado de Salud tiene entre sus principios la libre elección para los afiliados tanto de la entidad aseguradoras como la libertad de escoger entre los diversos prestadores de servicios. Sin embargo, en la practica la libre elección es muy limitada y tal como lo muestra la experiencia de Co-Esperanza esta libertad es prácticamente inexistente.

Los Alcaldes son realmente definen quien ingresa al Régimen Subsidiado y quien no y a cual Administradora del Régimen Subsidiado. Una vez que los afiliados ingresaron a Co-Esperanza deben dirigirse a los prestadores autorizados previamente únicamente, y solo en caso de una urgencia pueden acudir a cualquier prestador y el Seguro lo cubre.

En el reverso del carnet está impresa la red de servicios autorizada por lo general. En el carnet se indica a donde debe ir el usuario y si el paciente está en una situación grave de salud y acude a una institución de salud cualquiera en consulta de urgencia el Seguro de Salud tiene que pagar por ese servicio. Puede ocurrir que la patología no sea de urgencias, a veces sucede y debería estar controlado pero Co-Esperanza no tiene aun un sistema de información tan oportuno que permita un control de este tipo. En algunos casos, si es horario de oficina, alguna institución de salud autorizada llama y pide autorización, pero muchas veces sucede que en municipios alejados donde no hay teléfono, atienden a los afiliados y después los prestadores cobran al Seguro.

4.1.2 El Cuadro de Prestadores. La red publica de servicios, que actúa como red autorizada del SEGURO DE SALUD (SIS) se integra por un primer nivel de atención compuesto por los puestos, centros de salud y hospitales locales o de primer nivel de atención, los cuales están a cargo de los municipios y los de segundo y tercer nivel que están a cargo del departamento.

4.1.3 La situación de monopolio. En muchos municipios existen casos de monopolio porque el prestador, por lo general público, es el único en la zona y además no hay condiciones para que exista otro prestador, porque en los municipios muy alejados nadie está interesado en irse a vivir allí para hacer competencia con el puesto de salud de naturaleza publica, entonces solamente hay un prestador en situación de monopolio. En municipios pequeños se presenta entonces por lo general el caso del prestador único y donde hay posibilidad de ejercer la libre competencia y la libre elección es solamente en municipios grandes. En municipios tales como Sogamoso, Duitama, Tunja y Bogotá es concretamente en donde existe la posibilidad mas grande de elegir entre diferentes prestadores.

4.1.4 Criterios de selección de los prestadores autorizados. En primer lugar juega la cercanía del prestador para el acceso del usuario, pero además existe un manual de requisitos técnicos esenciales de calidad, expedido por el Ministerio de Salud, que permite seleccionar los servicios que están acreditados.

4.1.5 Las Negociación de los precios. Las administradoras del régimen subsidiado como Co-Esperanza necesariamente se deben regir por el sistema tarifario oficial y obligatorio expedido por el Ministerio de Salud conocido como el Sistema SOAT (porque se creó

inicialmente para regular el seguro de accidentes de tránsito y transporte). No obstante hay prestadores que exigen otras condiciones.

Al respecto, dice la Gerente: “de común acuerdo usualmente se han utilizado las tarifas SOAT, pero hay prestadores por ejemplo, en servicios de alto costo, que nos exige pagar con las tarifas del Instituto del Seguro Social más el 15% ,sobre todo en servicios en los que hay poca oferta”.

4.1.6 La disponibilidad de algunos servicios médicos. En las zonas rurales los prestadores de servicios independientes no existen por lo general y los equipos extramurales de Co-Esperanza son los únicos que llegan hasta las veredas. En cada uno de los treinta municipios en que opera la cooperativa por lo general hay prestadores del primer nivel de atención con los cuales Co-Esperanza tiene convenio de prestación de servicios. Cuando los servicios son de segundo y tercer nivel los casos se atienden en Sogamoso que es la sede la cooperativa en Tunja que es la capital del Departamento. Para el caso de las enfermedades de alto costo que están cubiertas por el reaseguro entonces los pacientes si se requiere son enviados a Bogotá la capital del País.

En consecuencia cuando hay problemas de disponibilidad local de servicios entonces se autorizan en otra institución de otra ciudad e incluso de la capital de la República y se remite el paciente.

4.2 Relaciones entre los Prestadores y el Sistema de Seguro.

4.2.1 Los Acuerdos con los Prestadores. Negociar los acuerdos con los prestadores es una función de la gerencia, pero siempre se deben respetar las tarifas que fija el Ministerio de Salud y además en este momento las tarifas son convenientes porque no hay cálculos estimados de costos por parte del prestador, el único que de pronto tiene algunos cálculos es el Instituto de los Seguros Sociales, el tienen cálculos de costos sobre cien paquetes de servicios más frecuentes. Con algunos prestadores Co-Esperanza ha negociado paquetes, siempre por intermedio del gerente, el cual lo selecciona si en comparación con las tarifas SOAT se estima si conviene o no; generalmente el paquete sale mas conveniente. En la negociación el prestador privado puede poner la tarifa que quiera pero el problema es que Co-Esperanza no le puede comprar por encima de la tarifa oficial, pero en ocasiones existen ofertas de prestadores privado que ofrecen servicios por debajo de la tarifa SOAT.

4.2.2 Los modelos de convenios o contratos con los prestadores. El contrato entre la Empresa Solidaria de Salud ESS y la Institución Prestadora de Servicios IPS contiene las siguientes cláusulas relevantes (Ver anexo detallado denominado convenio):

- Guías de atención- Los servicios se prestan con base en los lineamientos del manual de actividades, intervenciones y procedimientos. La I.P.S. acepta y garantiza para la atención al afiliado, seguir y cumplir con las guías de atención integral o los protocolos de diagnóstico y/o tratamiento médico, quirúrgico y odontológico desarrollados o adoptados por CO-ESPERANZA Ltda., o en su defecto, las adoptadas por el Ministerio de Salud. La I.P.S. se compromete a desarrollar todas las acciones de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, contratados; dentro de los parámetros y estándares de calidad.

- Medicamentos esenciales- La I.P.S. podrá suministrar los medicamentos esenciales considerados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica, y las normas que los adicionen o los modifiquen.
- Exclusiones- Se encuentran excluidos del objeto del presente contrato, los servicios de salud derivados de todas aquellas actividades, procedimientos, e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente, aquellos considerados como cosméticos o suntuarios y los expresamente definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social y la Resolución 5261 de 1.994.
- Calidad - Los prestadores de servicios de salud contratados, son responsables de la Calidad de la atención en salud de su población afiliada y usuaria, en el marco de las obligaciones que les asigna la ley, corresponde a CO-ESPERANZA Ltda, aplicar procedimientos y técnicas de Auditoría para la Evaluación y el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, sin perjuicio de las actividades de auditoría desarrolladas de manera autónoma por los Prestadores de Servicios de Salud y de las acciones ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema.
- Libertad de Elección. Los usuarios tienen la libertad de escoger la I.P.S. contratada por CO-ESPERANZA Ltda., para la prestación de los servicios, de acuerdo al principio de libre escogencia y la oferta de servicios disponible.
- Verificación de derechos. Para que la I.P.S. preste sus servicios será necesarios que el afiliado a CO-ESPERANZA Ltda. presente los siguientes documentos: a) Cédula de Ciudadanía, tarjeta de identidad o documento de identidad idóneo; b) Carnet de CO-ESPERANZA Ltda.; c) Confirmar que no se encuentre en la lista de usuarios que no pueden ser atendidos, revisando el listado que será regularmente actualizado por CO-ESPERANZA Ltda.
- Derivación. Para efectos de la remisión de afiliados a niveles de complejidad diferentes o interconsulta, la I.P.S. se compromete a cumplir con el régimen de referencia y contrarreferencia diseñado por CO-ESPERANZA Ltda., y a utilizar los formatos establecidos por ésta para ello. Asimismo, la I.P.S. deberá orientar al afiliado a buscar las oficinas o dependencias indicadas por CO-ESPERANZA Ltda., para obtener la debida autorización cuando el caso así lo requiera.
- Atención al usuario. La atención al afiliado se prestará buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia y continuidad, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumplimiento el principio de equidad y con énfasis actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo individual o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; a informar sobre riesgos y factores protectores en salud, a promover, estimular, incentivar y concretar la participación en el manejo y solución de sus problemas y a las actividades orientadas a detectar temprano, oportuno y efectivamente la enfermedad, reducir su duración y evitar secuelas.
- Tarifas: Para la prestación de servicios incluidos en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO (P.O.S.-S.), las tarifas serán las establecidas por el Manual de Tarifas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), las cuales deberán estar anexas y suscritas entre las dos partes en un otrosí, que hará parte integral de este convenio.
- Forma de Pago: CO-ESPERANZA Ltda., contrata la I.P.S. y reconoce la forma de pago, por medio de la facturación y comprobación de los respectivos servicios. La I.P.S. presentará a CO-ESPERANZA para la realización del pago: a) La cuenta discriminada por cada uno de los afiliados atendidos, en los formatos diseñados y distribuidos por CO-

ESPERANZA Ltda., b) Factura o Cuenta de Cobro debidamente diligenciada, c) Resumen de la atención prestada, en los casos de atención hospitalaria, d) copia de las formulas médicas despachadas, e) copia de la solicitud de ayudas diagnósticas y exámenes de laboratorio realizados. CO-ESPERANZA cancelará a la I.P.S. el valor facturado, durante los treinta (30) días calendario siguientes contados a partir de la fecha de radicación de la cuenta o factura, previo trámite administrativo ante la entidad fiduciaria. En caso de que la cuenta no se encuentre completa o no pueda ser cancelada por motivo imputable a la I.P.S., CO-ESPERANZA, antes de veinte (20) días calendario suministrará a la I.P.S. un documento en el que figuren las observaciones, con su respectiva devolución y la I.P.S. deberá volver a radicar la cuenta con las correcciones y con copia del documento de observaciones.

- Copagos y cuotas moderadas.- Las cuotas moderadas y los copagos sólo serán aplicados a las actividades expresamente autorizadas por el Consejo Nacional De Seguridad Social, respetando los topes máximos establecidos, los cuales quedarán registrados en un anexo al presente convenio, no pudiendo ser alteradas por ninguna de las partes sin previo acuerdo por escrito firmado entre las partes. PARAGRAFO. Las cuotas moderadoras y copagos serán recaudados por la I.P.S. y se debitarán de la factura correspondiente por los servicios presentados en cada caso.
- Control de acreditación. La I.P.S. antes de la celebración del presente convenio deberá entregar la documentación que la acredite como idónea y/o apta para cubrir los servicios que preste a los afiliados de CO-ESPERANZA Ltda., entre los cuales se encontrarán la licencia de funcionamiento, la clasificación por Nivel de Complejidad, el certificado de existencia y representación legal y la Declaración de Cumplimiento de Requisitos Esenciales. Si por cualquier motivo se comprueba falsedad o mala fe en la presentación de dichos documentos, el presente convenio se cancelará.
- Auditoría prospectiva o de inspección.- CO-ESPERANZA verificará, en cualquier tiempo las condiciones de atención, ejecución de procedimientos y actividades que se realicen en las instalaciones de la I.P.S., así como el grado de satisfacción de los usuarios, para lo cual no necesitará avisar con antelación a la misma de su visita, entendiendo que bastará con la identificación, a través de carnet como funcionario de Auditoría de CO-ESPERANZA., para obtener la colaboración necesaria para cumplir su función. De la misma manera la I.P.S. cumplirá con el seguimiento de protocolos de diagnóstico y tratamiento médico, quirúrgico y odontológico, y de guías de atención integral, para lo cual participará activamente junto con CO-ESPERANZA en la revisión de historias clínicas, procedimientos y actividades o mediante cualquier mecanismo de control y verificación que se acuerde entre las partes o que se deba cumplir por disposición del Gobierno Nacional. CO-ESPERANZA se reserva el derecho de efectuar a través de sus funcionarios autorizados, la vigilancia y control en la prestación de los servicios objeto del presente convenio, así como la de examinar las historias clínicas de sus afiliados y dependientes cuantas veces lo estime necesario, sin que esto en ningún momento constituya violación del secreto profesional.
- Auditoría retrospectiva.- Con carácter de control selectivo, de gestión y resultados se practicará sobre las facturas y sus anexos o sobre procedimientos realizados y consignados en las historias clínicas, para lo cual la I.P.S. se compromete a anexar todos los soportes exigidos por CO-ESPERANZA Ltda., para la facturación.
- Garantía de calidad.- La I.P.S. conformará un comité de aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios, con el cual CO-ESPERANZA mantendrá comunicación permanente, especialmente en lo relativo a los resultados de los procesos de auditorías, para convenir estrategias y métodos encaminados a garantizar el mejoramiento continuo de la prestación de servicios. CO-ESPERANZA podrá crear mecanismos y métodos para

la obtención por parte de los usuarios de sus impresiones en la recepción de los servicios por parte de la I.P.S.

Comenta la Gerencia de la ESS: “Inicialmente teníamos muy poca auditoria y control sobre los contratos, se hacia básicamente verificando si el servicio si estaba pactado, y si el usuario era afiliado de la cooperativa”.

4.2.3 La anulación de convenios. La anulación de convenios no ha ocurrido con mucha frecuencia pero si pasa, por ejemplo en algunos municipios, con el servicio de medicamentos, que es una de los problemas álgidos del sistema. El suministro de medicamentos generalmente se pacta con los hospitales públicos dentro de un paquete de servicios pagado por capitación o sea como un porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) total anual asignada al Seguro de Salud, pero a la hora de entregarlos al usuario el hospital no se los entrega porque no tiene presupuesto disponible, porque le faltan en el inventario ,o no ha llegado el pedido etc. entonces hay que romper el convenio.

Cada vez que pasa mas el tiempo Co-Esperanza esta implementando mas las medidas de auditoria y va a llegar un momento en que pueda exigir mejor el cumplimiento de las cláusulas contractuales a los prestadores. No obstante, la ruptura de convenios no es fácil cuando se trata del único prestador en un municipio; muchas veces sucede que en el municipio no hay otras posibilidades de escoger y no se puede exigir al pie de la letra el cumplimiento del contrato, sin embargo hay circunstancias y aspectos específicos en que si se puede exigir.

4.2.4 La verificación de derechos del asegurado. Para demandar los servicios, los afiliados deben presentar el carnet que los acredita como beneficiarios; pero además se les exige el carnet del SISBEN y la cédula de ciudadanía para verificar su identidad. Adicionalmente deben firmar la factura con los servicios recibidos y dejar incluso la huella digital en el papel. No obstante estas medidas se dan casos de fraude y las personas prestan sus carnet a sus familiares y amigos o se dan casos en la hospitalización en que un paciente de Co-Esperanza acepta firmar las facturas por medicamentos en beneficio de un paciente vecino de cama.

4.2.5 Las encuestas de Satisfacción. Se hacen encuestas de satisfacción, en forma especial cuando se han tenido dificultades de algún tipo se hacen en forma intensiva. Los empleados de Co-Esperanza encargados de la atención al usuario tienen formatos de encuesta que hacen cada cierto tiempo por muestreo. El Gerente piensa que “de pronto quizás no se aplican con toda la intensidad que se debiera pero si se hace”.

4.2.6 Reuniones entre los prestadores y el SEGURO DE SALUD. Este tipo de reuniones entre prestadores y el Seguro de Salud se realizan específicamente cuando hay problemas y desacuerdos.

4.2.7 Participación de los beneficiarios en las actividades de los prestadores. En Colombia por Ley 10 de 1990 los beneficiarios en general tienen asociaciones de usuarios para vigilar sus derechos frente de los hospitales públicos y la comunidad debe elegir sus representantes para integrar la Junta Directiva de esas entidades.

La Gerente de la cooperativa comenta que además: “algunas veces asesoramos a los prestadores para organizar los servicios, les damos las normas legales que salen y los

protocolos técnicos que tenemos. Esporádicamente nos reunimos con ellos sobre todo cuando hay problemas, la idea si es que hagamos un tipo de evaluación del desarrollo del contrato para poder ajustar las cosas en el transcurso del mismo”.

4.2.8 Evolución de la participación. La Empresa Solidaria de Salud Co-Esperanza posee por lo general mas información o mas actualizada sobre la legislación vigente que los mismos prestadores de servicios ignoran, por lo cual, cada vez mas la ESS actúa como informante y capacitador de los prestadores públicos y privados.

4.2.9 Incentivos al personal del cuerpo médico. La ESS no otorga incentivos explícitos a los prestadores sin embargo, lo que pudiera considerarse como un incentivo, es que en algunas ocasiones Co-Esperanza va a la sede de los prestadores, ubicada a veces en municipios alejados, y realiza algunas actividades de Información sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y muchas veces les facilita a los funcionarios el texto de las normas legales y les comunica los cambios que ocurren. Estas acciones son agradecidas por los prestadores.

4.3 Pago a los Prestadores

4.3.1 Modalidad de facturación. En Co-Esperanza existen las siguientes modalidades de facturación y pago de los servicios prestados por la red autorizada:

- El prestador le cobra directamente al seguro (pago a cargo de terceros) mediante presentación de factura por servicio prestado; por ejemplo con un monto por consulta, por visita médica o según tarifa por día de hospitalización (pago por servicios); también se usa el pago según monto por episodio de enfermedad (paquete). En todos los casos según tarifas expedidas por el Ministerio de Salud cuando se trata de prestadores públicos.
- El prestador le cobra al seguro un cuota per capita anual por un plan de servicios de servicios (cápita anual o mensual). Se utiliza sobre todo en la atención ambulatoria.
- El prestador está contratado directamente (en su planta de personal) por el seguro.
- El prestador le cobra al municipio cuando la prestación no esta incluida en el POSS.
- El prestador le cobra directamente al reaseguro.

4.3.2 Evolución del sistema de facturación. Los sistemas de facturación han cambiado con el tiempo y con la experiencia. Inicialmente se evaluó que no era procedente pactar servicios para que fueran pagados por el sistema capitación, porque al comienzo los usuarios a veces no sabían si tenían derecho o no a que tipo de servicios, ni sabían cómo hacer uso del carnet, entonces se observó que cuando las ESS pactaban por capitación con las IPSs lo que hacían esas entidades era recibir el dinero y no hacían nada, y tampoco les importaba porque no estaba muy reglamentado el régimen subsidiado; además los hospitales pensaban que podían recibir el pago de las ESS y no necesariamente tenían que prestar el servicio pactado.

En la práctica se estaba reproduciendo el Sistema de asistencia publica anterior que se quería cambiar y el usuario no recibía el servicio y si recibía algunas cosas era como de caridad. Entonces en una primera etapa los prestadores, sobre todo los públicos, siguieron en esa tónica de no prestar el servicio o de obligar al usuario a pagar en especie parte del servicio siendo que ellos ya habían recibido la parte del pago correspondiente por adelantado. Entonces inicialmente Co-Esperanza fue contraria a que se hiciera capitación porque no se

podía hacer control efectivo sobre la real prestación del servicio y el usuario tampoco solicitaba demasiados servicios porque no sabía bien.

En este momento se han hecho estudios sobre cómo es mejor contratar y la práctica realmente dice que: la promoción y la prevención hay que pactarla por capitación, con un formato de metas y cumplimiento de actividades, o sea, se la pacta por paquetes, pero se le tiene que anexar a esos paquetes un cumplimiento estricto muy detallado de un número de actividades por cada tipo de servicio, para que esa IPS haga un cumplimiento de ese contrato en términos estrictos. Incluso el primer nivel de atención asistencial (consulta, ayudas diagnósticas y medicamentos) es más ventajoso pactarlo por capitación porque posee la mayor frecuencia de utilización cuando ya los usuarios conocen sus derechos y los caminos de acceso a los servicios.

De otra parte, se observaron algunos problemas con la facturación cuando esta se exigía por servicio, y Co-Esperanza fue inicialmente amiga de que se facturara cada procedimiento y se comprobara si realmente se prestaba el servicio, entonces el prestador tenía que traer la factura y la prueba de que fue lo que hizo, cómo lo hizo etc. Pero con el tiempo las entidades prestadoras aprendieron otra trampa: que es hacer firmar al usuario por cosas que no se hacen y además los usuarios que en estos momentos tienen mayor utilización, entonces la frecuencia ha aumentado, en este momento se podría decir que el primer nivel, que es el más demandado, es conveniente pactarlo por capitación con prestadores externos autorizados.

Otra conclusión que se ha podido sacar es que lo más ventajoso de todo es cuando el primer nivel se presta directamente por parte de la ESS, con sus empleados que cumplen la norma interna que pone la empresa. Así por ejemplo, Co-Esperanza exige un rendimiento de tres pacientes por hora y eso es lo que se evalúa con respecto a sus empleados, se tienen entonces cuadros de indicadores, rendimiento por hora contratada, rendimiento por hora trabajada, por médico etc.

Si bien el primer nivel ambulatorio es muy conveniente que se lo preste directamente, no es conveniente sin embargo, en poblaciones muy pequeñas porque los gastos de funcionamiento son mayores que el beneficio que se consiguen, entonces cuando se tiene población dispersa pequeña es más conveniente contratar la atención ambulatoria y lo que se va a establecer complementariamente son medidas en que la auditoría sobre esos servicios permita controlar su efectiva prestación, con base a los indicadores que se ido desarrollando a través de la experiencia propia en servicios prestados directamente. A los prestadores que se les contrata se les pasan los protocolos que deben seguir pero no se sabe aun con certeza si los cumplen o no en cambio la prestación directa internamente se puede controlar mejor.

Inicialmente, parecería que era mejor pagar facturación por servicio prestado, pero realmente en lo que dice la experiencia para primer nivel es mejor contratar por paquete o capitación parcial. Al respecto, se observa que hay demanda inducida o sea si la atención de primer nivel es por facturación entonces el médico le manda más laboratorio, le manda más drogas y le manda más controles en dos días, en tres días para que vuelva. A ese proceso se le denomina demanda inducida, entonces al pactar por facturación se genera un incentivo a la multiplicación de costos.

4.3.3 Control sobre la pertinencia de la facturación de los prestadores. Co-Esperanza posee auditores médicos y contables que verifican la tarifa a la cual cobran los prestadores y

la comparan con la tarifa oficial establecida por el Ministerio de Salud. Verifican además la pertinencia de los examen y si el soporte es suficiente o no.

4.3.4 Procedimiento para el pago a los prestadores. El procedimiento para el pago de la facturación es como sigue : La factura la recepciona alguna de las secretarías de Co-Esperanza, se radica en un libro y se pasa al grupo de auditoria; los auditores revisan que lo que están cobrando esté dentro de lo que corresponde cubrir a la ESS y que además la factura tenga los soportes exigidos, también revisan por ejemplo cuando hay servicios, procedimientos o insumos “sospechosos” dentro de la facturación y que pueden significar posible fraude; si la auditoria identifica que están cobrando una cosa que no es, entonces se pide aclaración o se manda una nota o glosa. En el caso de promoción y prevención por ejemplo la coordinadora del programa va hasta el sitio verifica y les dice a los prestadores lo que necesita y en que forma.

4.3.5 Plazo medio de pago a los prestadores. Cuando los giros de las entidades financiadoras (Fosyga y los municipios) llegan a tiempo Co-Esperanza paga a los prestadores en tiempos menores de 30 días, no obstante ha incurrido en demoras por falta de fondos cuando los recursos del Fosyga por ejemplo se demoran 7 meses en llegar. Supuestamente la ESS pacta con los municipios recibir los recursos por trimestre anticipado, sin embargo, siempre ocurren demoras dos, tres, cuatro meses e incluso en el año 1998 hubo demoras de 7 meses. El cuadro siguiente muestra la antigüedad de las cuentas por pagar.

CUADRO 56
PLAZO DE PAGO DE PRESTADORES 1999

Cuentas por Pagar a Prestadores	Plazo 1 a 90 días	En mora 1 a 30 días	En Mora 31 a 60 días	Total Cuentas Por Pagar
\$ Valor Cuentas	319.558	26.909	237.355	583.822
Porcentaje	55%	5%	45%	100%

1 dólar = 1.800 pesos

Fuente: Contabilidad de Co-Esperanza

5. Administración y Gestión del Seguro de Salud (SIS)

5.1 Estatutos y reglamentos

5.1.1 Co-Esperanza como persona jurídica. La Cooperativa Co-Esperanza tiene personería Jurídica desde Octubre de 1995, es de naturaleza cooperativa con el fin específico de prestar servicios de salud. Esta personería es reconocida por el Departamento Nacional de Cooperativas.

La Superintendencia Nacional de Salud autoriza además en forma especial y adicional la operación de la cooperativa con el programa de Empresa Solidaria de Salud con capacidad para administrar el régimen subsidiado de salud.

5.1.2 Disposiciones en el plano fiscal y en materia de control. Las ESS y en general las ARS están reguladas por la Ley, los Decretos del Gobierno Nacional y por Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social. Están sometidas al control de dos entes de vigilancia nacionales tales como son el Departamento Nacional de Cooperativas (hoy modificado) y la Superintendencia Nacional de Salud.

Co-Esperanza debe enviar informes trimestrales a la Superintendencia y ante el Ministerio de Hacienda (la DIAN) se debe presentar declaración anual de impuesto y pagar retención en la fuente mensual por empleados, compras de servicios, suministros etc. La cooperativa actúa como retenedora de impuestos ante terceros.

5.1.3 Estatutos. La cooperativa posee unos estatutos que se adoptaron por Asamblea al momento de su fundación en 1995(se anexa copia).

5.1.4 Reglamento interno. El SEGURO DE SALUD (SIS) posee un reglamento operativo de acuerdo a las normas nacionales (se anexa copia).

5.2 Organización de la Gestión del SEGURO DE SALUD (SIS)

5.2.1 Organización a cargo de la gestión global del SEGURO DE SALUD (SIS). El SEGURO DE SALUD (SIS) está a cargo de la cooperativa Co-Esperanza que es la administradora del régimen subsidiado de salud -ARS- y la asamblea de socios que es la máxima autoridad. Los afiliados en algunas partes están mas organizados por municipios en las asociaciones de usuarios que los representan.

La Cooperativa fue creada específicamente para administrar el SEGURO DE SALUD (SIS) sin embargo, es distinguible la administración propiamente de la cooperativa y la administración del Régimen Subsidiado de Salud. La administración de la cooperativa está ligada a la operación de su Consejo de Administración y su Presidente, a su Junta de Vigilancia y a sus Comités de Solidaridad y Educación, así como a las actividades de expansión y representación de la cooperativa mediante sus dirigentes comunales; entre tanto, la gestión del Seguro de Salud esta a cargo de la Gerencia y de tres coordinaciones: de mercadeo, de asistencia media y la operativa.

5.2.2 El aseguramiento y los servicios de asistencia médica. El aseguramiento y una parte de la prestación de servicios ambulatorios están a cargo de la cooperativa Co-Esperanza. Para tal efecto, hay una sola persona jurídica pero con separación de cuentas en donde se distinguen los costos y gastos del aseguramiento y la prestación de servicios. No obstante, la gran mayoría de los servicios se prestan por intermedio de otros prestadores que son personas jurídicas independientes.

5.2.3 La división del trabajo dentro de la Cooperativa. La Cooperativa Co-Esperanza posee: una Asamblea de Asociados o delegados de los asociados, un Consejo de Administración, una Junta de Vigilancia, el revisor fiscal, los comités de Educación y Solidaridad y una Gerencia con tres coordinaciones: mercadeo, servicios médicos y operativos, y los 42.000 afiliados tienen además unas asociaciones de usuarios que los representan en cada municipio.

Existe además un comité técnico integrado por: La coordinación médica, la auditoría, y la atención al usuario. Generalmente cuando el Gerente está, participa de las reuniones, e incluso si no está y hay dudas lo llaman por teléfono.

De la Gerencia dependen tres coordinaciones: la de mercadeo que se encarga de las afiliaciones; la de servicios médicos que presta los servicios en la red propia y los grupos extramurales; y la coordinación operativa que está a cargo de los promotores.

En la administración hay una área de facturación, con diez auxiliares de facturación y un coordinador, en contratación hay una sola persona en la planta de cargos; para lo que es cartera se maneja mediante una auxiliar de digitación en el interior de la institución y en la parte externa se contrata un servicio de cobro jurídico.

(ver organigrama anexo denominado organigrama de Co-Esperanza)

5.2.4 Los órganos de gestión del SEGURO DE SALUD (SIS). Los órganos de dirección son la Asamblea General, y el Consejo de Administración; Los órganos de beneficios cooperativos son los comités de Educación y Solidaridad y los organismos de control son la Junta de Vigilancia, El Revisor Fiscal y las Asociaciones de Usuarios.

Los órganos de Gestión propiamente dichos del Seguro de Salud son la Gerencia y su Comité Técnico, junto con tres coordinaciones: la de mercadeo, la de servicios médicos y la operativa. Existe un Revisor Fiscal para la contabilidad y las operaciones financieras y un equipo de auditoría médica para el control de la calidad en los servicios.

Los dineros del subsidio asignados por el Estado se deben manejar, según exigencia del Ministerio de Salud, por encargo fiduciario con un Banco Comercial. La Administración considera que las fiducias no funcionan muy bien pues retienen mucho la información, no mandan oportunamente la información contable para poder hacer conciliaciones de cómo se está manejando, de cómo es el comportamiento financiero de la entidad, por estas razones casi anualmente se cambia de fiducia o banco a cargo de la misma.

5.2.5 Elección, designación y contratación de los responsables. En cada una de las veredas y conglomerados urbanos en donde opera la cooperativa se procura que por cada treinta (30) o cuarenta (40) afiliados al régimen subsidiado exista al menos un Socio de la Cooperativa. Por cada diez socios se designa un delegado ala Asamblea de la cooperativa.

Para conformar la dirección de la cooperativa, quien elige al Consejo de Administración, a la Junta de Vigilancia y el Revisor Fiscal es la Asamblea General de Socios, que en este momento se hace mediante una asamblea de delegados representativos de los 1.500 socios. El Consejo de Administración designa además: Los Comités de educación, de Solidaridad etc. y al Gerente.

Entre las funciones que le competen al Consejo de Administración está la de producir todos los lineamientos de política cooperativa y entre las principales políticas está la de velar por el bienestar de la empresa y cuidar el buen trato a la comunidad. Otra decisión importante que debe tomar el Consejo es hacer la distribución del presupuesto, allí llegan inicialmente los montos globales de los contratos que se tienen con los municipios (el presupuesto para 1999 asciende a 6.000 millones de pesos. Para asignar el presupuesto hay que tener en cuenta el valor per capita que se debe asignar en cada año al Seguro de cada afiliado de acuerdo a las normas y exigencias del Ministerio de Salud y del CNSSS. Es así que sobre el valor de la Unidad de Pago por Capitación –UPAC- que corresponde a cada afiliado (cerca de \$130.000 persona año) la autoridad nacional ha determinado que el 10% sea para prevención y promoción, el 15% para administración, 75% para prestación de servicios y es dentro de esas reglas generales que el Consejo debe precisar la distribución presupuestal específica.

En la parte de la empresa administradora del Seguro de Salud los cargos los crea el Consejo de Administración por acto administrativo, pero el Comité Técnico le pasa un proyecto como empresa en el cual se presenta la justificación para modificar o ampliar la planta de cargos. En los estatutos se establece que no sólo cargos sino también los salarios los establece el Consejo de Administración. Para proveer los cargos la Empresa primero distribuye un formato de solicitud de empleo y tiene un sistema de selección de funcionarios mediante el cual a los candidatos se les hace examen, entrevista y análisis de antecedentes. Generalmente se escogen dos o tres candidatos entre diez personas y se llevan al Consejo los mejores calificados; allí entonces se hace la evaluación final y se trata de lograr una selección técnica, evitando otro tipo de influencias.

Sobre el papel cumplido por el Consejo de Administración la Presidente Doña Blanca Avella señala “tenemos un proceso que es el siguiente: lógicamente no calificamos a un médico, la Gerencia presenta su hoja de vida; en la parte administrativa son calificadas previamente las hojas de vida, se le hacen exámenes de concurso y nos pasan los resultados del examen y previo a eso un cuestionario y nosotros tomamos la decisión de a quien nombrar”.

Sobre el funcionamiento del Consejo de Administración complementa Doña Blanca Avella: “La mayor parte de las cosas se hacen por consenso cuando hay alguna decisión un poquito difícil como cambiar el gerente, o hacer una reestructuración de la empresa, el año pasado por ejemplo hubo que mover 14 ó 15 empleados entonces se sometieron a una evaluación y los que no la pasaron salieron. Cuando hay una decisión difícil yo lo someto a votación en el Consejo de Administración y la última que voto soy yo”.

5.2.6 Las mujeres entre los miembros de los diferentes órganos. Las mujeres son mas del 50% en los órganos de dirección y de operación. Tanto la Presidente del Consejo de la Administración como la gerente son mujeres.

5.2.7 Personal empleado por el SEGURO DE SALUD (SIS). La Planta de Personal esta integrada por 43 técnicos y profesionales, mas 9 auxiliares de enfermería contratadas, que

están en el área operativa de prestación de servicios bien sea en el grupo extramural o en la atención ambulatoria.

La parte administrativa esta integrada por 32 empleados de planta mas dos profesionales externos: el Contador Público que lleva la Contabilidad y el Revisor Fiscal que la audita.

El personal asalariado trabajando en el SEGURO DE SALUD (SIS) se describe a continuación con la denominación del cargo y sus funciones mas relevantes (un análisis mas detallado de los cargos esta en el anexo denominado reglamento interno).

- Gerente de la ARS Co-Esperanza Ltda. Ejecución de labores de dirección, asesoría, supervisión y control en la administración de la ARS (Administradora del Régimen Subsidiado) Co-Esperanza Ltda. Hasta el momento han habido dos gerentes desde 1995. Actualmente es la Médica Sulma Barrera Chaparro.
- Coordinador Medico. Ejecución de labores de dirección, coordinación, asesoría técnica y administrativa y control del área de atención a las personas en la ARS Co-Esperanza Ltda, que permita el desarrollo coordinado de programas y planes de salud y el avance científico del área. Actualmente el Coordinador Médico es Edgar Vargas Granados.
- Auditor Médico. Ejecución de labores de asesoría técnica y administrativa en control del área de atención a las personas en la ARS que permita el desarrollo coordinado de programas y planes de salud y el avance científico del área. ejecución de labores profesionales de evaluación de las actividades objeto de contrato de las entidades con las cuales presta el servicio de salud la ARS supervisión de las actividades médicas de las personas naturales y jurídicas que prestan el servicio de salud vinculadas.
- Coordinadora del equipo y programas de promoción y prevención. Naturaleza de las funciones del cargo: ejecución de labores de coordinación, asesoría técnico administrativa y control del equipo y los programas en el área de promoción y prevención que permita el desarrollo coordinado de los programas y planes de salud para el avance de esta área en la ARS Co-Esperanza Ltda. Actualmente la coordinadora es Nohora Córdoba Guío.
- Coordinadora del equipo extramural. Ejecución de labores de coordinación, asesoría técnico administrativa y control del equipo extramural en el área de promoción y prevención que permita el desarrollo coordinado de los programas y planes de salud para el avance de esta área en la ARS Co-Esperanza Ltda. Actualmente la coordinadora es Susana María Aranguren.
- Coordinadora del área de salud familiar. Ejecución de labores de coordinación, asesoría técnico administrativa y control de las acciones de salud familiar en el área de promoción y prevención que permita el desarrollo coordinado de los programas y planes de salud para el avance de esta área en la ARS Co-Esperanza Ltda.
- Medico en consulta externa de pediatría. Médico especializado que brinda atención ambulatoria a los pacientes en el desarrollo de los diferentes programas específicos establecidos en el programa materno infantil en menores de 12 años y el área de promoción y prevención.

- Médico en consulta externa de geriatría. Médico especializado que brinda atención ambulatoria a los pacientes en el desarrollo de los Diferentes programas específicos establecidos en el programa de atención a la tercera edad y El área de promoción y prevención.
- Médico general. Médico general que brinda atención ambulatoria en medicina general a los pacientes en el desarrollo de la consulta externa que se demanda y los diferentes programas específicos establecidos en Co-Esperanza Ltda. Actualmente hay siete (7) médicos en la planta de personal, cuatro (4) de ellos atienden en Sogamoso y tres (3) en los municipios periféricos.
- Odontólogo general 1. Atender consulta odontológica general, en actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes que Así lo requieran en Co-Esperanza Ltda. y colaboración con el área administrativa en la revisión de cuentas de las instituciones contratadas con la ARS.
- Odontólogo general. Atender consulta odontológica general, en actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes que así lo requieran en Co-Esperanza Ltda. Actualmente hay siete (7)odontólogos ,seis (6) de los cuales prestan servicios en Sogamoso y uno en la periferia.
- Enfermera jefe de consulta externa. Dirigir y coordinar los servicios de enfermería correspondientes a la consulta externa, mediante la programación, supervisión y evaluación de las actividades asistenciales, a fin de fomentar, la promoción , protección y recuperación de la salud y rehabilitación del paciente. Actualmente la coordinadora es Irma Doris Martínez Bociga.
- Auxiliares de enfermería de consulta externa. Ejecutar las diferentes actividades de enfermería de acuerdo a los programas establecidos en consulta externa, teniendo en cuenta las normas administrativas y técnicas dadas por el servicio de enfermería en coordinación con las demás áreas, para garantizar así una atención integral , adecuada oportuna y permanente al individuo, familia y comunidad. Actualmente hay tres (3) auxiliares en la atención ambulatoria.
- Auxiliares de promoción y prevención. Ejecución de labores de auxiliares de enfermería y educación en el área de promoción y prevención que permita el desarrollo coordinado de los programas y planes de salud para el avance de esta área en la ARS Co-Esperanza Ltda. Actualmente hay veintidós (22) auxiliares en actividades de prevención y promoción.
- Terapeuta respiratoria. Ejecución de labores profesionales de evaluación, prevención, tratamiento, educación y seguimiento a los pacientes que requieren atención de terapia respiratoria mediante mnb, succión, fisioterapia de tórax, ejercicios respiratorios. instrucción para una adecuada higiene bronquial, ya sea por su patología respiratoria, 0 un paciente pre - quirúrgico o post-quirúrgico. Actualmente hay un profesional.
- Auxiliares de odontología de consulta externa. Ejecutar las diferentes labores asistenciales en procedimientos de nivel auxiliar en salud oral de acuerdo a los programas establecidos en consulta externa odontológica , teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, para garantizar así una atención integral, adecuada oportuna y

permanente al individuo, familia y comunidad. Actualmente hay cuatro (4) auxiliares de odontología de los cuales dos (2) en Sogamoso.

- Auxiliar de estadística. Ejecución de labores auxiliares en el manejo y control de historias clínicas en Co-Esperanza.
- Coordinador de servicios de salud. Ejecución de labores de coordinación de los servicios médicos en las instituciones de contrato, administración y control del área de atención a las personas en los servicios médicos externos que se prestan y que permita el desarrollo coordinado de programas y planes de salud de la institución.
- Auxiliar de atención al usuario 1. Ejecución de labores auxiliares administrativas en la coordinación de los servicios asistenciales que requieren los usuarios de Co-Esperanza.
- Auxiliar de atención al usuario 2. Ejecución de labores auxiliares administrativas en la coordinación de los servicios asistenciales que requieren los usuarios de Co-Esperanza en los municipios.
- Coordinador de Sistemas. Ejecución de labores técnicas de asistencia en la administración de recursos informáticos relacionados con el manejo del software de la institución redes de comunicación de los equipos de computación y en el mantenimiento de la información completa y adecuada de los usuarios afiliados a Co-Esperanza y sus aplicaciones.
- Asistente de Sistemas. Ejecución de labores técnicas administrativas en Sistemas para el manejo del software de la institución y en el mantenimiento de la información completa y adecuada de los usuarios afiliados a Co-Esperanza.
- Secretaria general de gerencia. Ejecución de labores de asistencia administrativa y de oficina y en el despacho de la gerencia.
- Secretaria del Consejo de Administración. Ejecución de labores de asistencia administrativa y de oficina y en el consejo de administración.
- Secretaria auxiliar de la coordinación médica. Ejecución de labores de asistencia administrativa y de oficina y en la coordinación médica.
- Auxiliar de servicios generales 1. Ejecución de labores auxiliares de servicios generales en el área de administración y consulta externa.
- Auxiliar de servicios generales 2. Ejecución de labores auxiliares de servicios generales en el área de administración y consulta externa.
- Almacenista de medicamentos y materiales. Ejecución de labores técnicas de administración del almacén general con medicamentos y materiales en una institución de salud.
- Auxiliar de bodega. Ejecución de labores auxiliares en el almacén general con medicamentos y materiales en una institución de salud.

- Conductor. Ejecución de labores de transporte requerido en el desarrollo de las actividades de la gerencia, consejo de administración y los demás funcionarios en ordenes delegadas.
- Regente de farmacia. Ejecución de labores técnicas de administración de la farmacia de Co-Esperanza.
- Tesorero Co-Esperanza. Ejecución de labores administrativas a nivel profesional en el manejo del Sistema contable de la institución y en el mantenimiento de la información completa y adecuada de las actividades financieras y contratos establecidos por la empresa y de los procesos presupuestales y de personal de Co-Esperanza.
- Contador Publico. Ejecución de labores administrativas a nivel profesional en el manejo del Sistema contable de la institución y en el mantenimiento de la información completa y adecuada de las actividades financieras de los procesos presupuestales.
- Auxiliar contable. Ejecución de labores administrativas a nivel auxiliar en el manejo del Sistema contable de la institución y en el mantenimiento de la información completa y adecuada de las actividades financieras y contratos establecidos por la empresa y de los procesos presupuestales y de personal de Co-Esperanza.
- Recepcionista. Ejecución de labores de asistencia administrativa en la recepción de Co-Esperanza Ltda.
- Estadístico y coordinador de control interno. Ejecución de labores técnicas de asistencia en la gerencia y administración de recursos informáticos, estadísticos y en el control y manejo adecuado de las funciones y operaciones dentro de la empresa por sus funcionarios de acuerdo con los procedimientos y métodos previamente establecidos
- Coordinadora administrativa de Bogotá. Ejecución de labores de dirección, coordinación, asesoría técnica y administrativa y control del área funcional de apoyo logístico en Co-Esperanza Ltda. en Santafé de Bogotá, que permita el desarrollo coordinado de programas y planes de salud.
- Medico general promoción y prevención. Médico general que brinda atención ambulatoria en medicina general a los pacientes en el desarrollo de la consulta externa que se demanda en los diferentes programas específicos establecidos en Co-Esperanza Ltda. en el área de promoción y prevención.
- Auxiliares de promoción y prevención. Ejecución de labores de auxiliares de enfermería y educación en el área de promoción y prevención que permita el desarrollo coordinado de los programas y planes de salud para el avance de esta área en la ARS Co-Esperanza Ltda.
- Auxiliares de enfermería de consulta externa. Ejecutar las diferentes actividades de enfermería de acuerdo a los programas establecidos en consulta externa, teniendo en cuenta las normas administrativas y técnicas dadas por el servicio de enfermería en

coordinación con las demás áreas, para garantizar así una atención integral , adecuada oportuna y permanente al individuo, familia y comunidad.

- Secretaria de información al usuario. Ejecución de labores auxiliares administrativas en la coordinación de los servicios asistenciales que requieren los usuarios de Co-Esperanza en Santafé de Bogotá.
- Auxiliares de higiene oral. Ejecutar las diferentes labores asistenciales educativas técnicas y de prevención en salud oral de acuerdo a los programas establecidos en odontología y promoción y prevención, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, para garantizar así una atención integral , adecuada oportuna y permanente al individuo, familia y comunidad.

5.2.8 Otro personal Voluntario. Existe otro personal voluntario en la organización cooperativa tal como son los integrantes del Consejo de Administración, de la Junta de Vigilancia, de los Comités de Educación y Solidaridad, así como los líderes comunitarios de las diversas veredas rurales y zonas urbanas.

5.2.9 Responsables de la gestión del SEGURO DE SALUD (SIS) no asalariados. El Contador Publico y el Revisor Fiscal cumplen funciones sin estar propiamente asalariados y reciben lo que en Colombia se denomina : honorarios profesionales.

5.3 Carácter Democrático y Participativo de la Gestión

5.3.1 Información a los nuevos afiliados sobre sus derechos y obligaciones. Se realizan cursos y taller de formación inicial en cada una de las zonas donde hay afiliados, posteriormente se hacen reuniones periódicas. Se publican además folletos e incluso en el mismo carnet de afiliación hay una breve descripción de los derechos y la red de servicios.

5.3.2 Información suministrada a los afiliados. La información suministrada a los afiliados se refiere básicamente a los derechos que se tienen y a la forma de acceder a los servicios.

5.3.3 El papel de los afiliados. Sobre el papel de los asociados en la cooperativa , los estatutos dicen:

Derechos: Los asociados tendrán los siguientes derechos fundamentales:

- Utilizar los servicios de la Cooperativa y realizar con ella las operaciones de su objeto social.
- Participar en las actividades de la Cooperativa y en su Administración, mediante el desempeño de cargos sociales.
- Ser informados de la gestión de la Cooperativa y en su administración, mediante el desempeño de cargos sociales.
- Ser informados de la gestión de la Cooperativa, de acuerdo con las prescripciones estatutarias.
- Fiscalizar la gestión de la Cooperativa.
- Retirarse voluntariamente.

- Beneficiarse de los programas educativos que se realicen.
- Las demás que les concedan los presentes Estatutos y la leyes.

Los deberes: El ejercicio de los derechos estará condicionado al cumplimiento de los deberes.

- Adquirir conocimientos sobre los principios básicos del Cooperativismo, características del acuerdo Cooperativo y Estatutos que rigen la entidad.
- Aceptar y cumplir las decisiones de los Órganos de Administración y Vigilancia.
- Comportarse solidariamente en sus relaciones con la Cooperativa y con los asociados de la misma.
- Abstenerse de efectuar actos o incurrir en omisiones que afecten la estabilidad económica o el prestigio social de la Cooperativa.
- Concurrir a las Asambleas cuando fueron convocados.
- Desempeñar los cargos para los cuales fuere elegido.
- Participar en los programas de educación cooperativa y de capacitación general así como en los demás eventos a que se les cite.
- Pagar oportunamente los aportes económicos que establezca la Cooperativa.
- Cumplir con las obligaciones que adquieran con la Cooperativa.
- Las demás que se estipulen en la ley, en los Estatutos, y en los Reglamentos que expida el Consejo de Administración.

Quienes pueden ser asociados: Podrán ser asociados de la Cooperativa y recibir todos sus servicios gozando de los subsidios entregados por el Gobierno Nacional, Departamental, Municipal: Los fundadores y gestores, mayores de edad y los mayores de 15 años que comprueben no estar afiliados al Instituto Colombiano de Seguro Social ISS, Caja Nacional de previsión o Cajas Departamentales o Municipales, Empresas de medicina Prepagada, cajas de Compensación, Seguros privados y cuyos ingresos máximos sean equivalentes hasta dos salarios mínimos legales vigentes y acreditar una capacitación de veinte (20) horas sobre los principios y doctrinas Cooperativas.

Los trabajadores temporales renunciarán a los beneficios del subsidio de la Cooperativa durante el tiempo en que se encuentren laborando y sean vinculados a alguna forma de seguridad social.

Quienes son los Beneficiarios: Las personas menores de 15 años podrán disfrutar del paquete de servicios básicos de salud subsidiada para lo cual el Consejo de Administración reglamentará el servicio a favor de beneficiarios en concordancia con la Ley y los presentes Estatutos.

Adicionalmente a lo dicho en los Estatutos: Los afiliados o beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud participan en la defensa de sus derechos mediante las Asociaciones de Usuarios que se organizan por municipios. Los afiliados participan especialmente en la selección y control de la calidad de los proveedores y en la evaluación del funcionamiento del SEGURO DE SALUD (SIS).

Solamente los afiliados que se convierten en asociados de la cooperativa deciden sobre la selección de los servicios cubiertos cuando estos son adicionales al POS; sobre el monto de las cotizaciones y sus modalidades de pago; la distribución de los excedentes y la elección de los organismos responsables de la dirección y el control.

Los asociados a la Cooperativa que son cerca de 1.500 designan unos delegados a las Asambleas anuales las cuales deciden sobre la organización, el funcionamiento y la designación de los organismos de dirección y control.

5.3.4 Las Asambleas Generales. Al respecto dice Doña Blanca: “En los tres primeros meses del año, dice la ley, que hay que reunirse en Asamblea General, en esa asamblea, por estatutos, se tienen que renovar órganos de dirección o sea la Junta de Vigilancia, el Consejo de Administración y los demás Comités. Nosotros lo venimos haciendo mas o menos en febrero o marzo de todos los años; al comienzo se hizo asamblea general de todos los asociados, ahora estamos haciendo asamblea de delegados, porque ya 1500 asociados es mucho, es inmanejable. Es de recordar que nosotros extendimos la Cooperativa o a los demás municipios del departamento, y la estamos extendiendo aún más, pero por condiciones de orden público no hemos podido avanzar hacia todos los municipios donde tenemos afiliados para que también se asocien: La cooperativa de hecho la iniciamos siendo municipal y ya tenemos 5 municipios más y con ellos ya se hace el trabajo mediante delegados. La asamblea de delegados por estatutos puede sustituir la asamblea general de asociados y se hace una asamblea de delegados de tal manera que por cada 10 socios puede participar un delegado y hemos venido trabajando. Así, ya mas o menos nos reunimos 100 o 120 personas, ya no es muy grande y se puede trabajar mejor”.

En la asamblea de socios pueden participar los afiliados que están en asociaciones de usuarios y los socios de la cooperativa.

Cuál ha sido el papel de la Asamblea de Socios y del Consejo de Administración?

“La asamblea se ha ido renovando en parte, la asamblea por estatutos es la máxima autoridad de la cooperativa, nosotros nos reunimos cada año para recibir informes financieros, distribución de presupuesto etc. Desde que se constituyó porque en estatutos quedó plasmado cuanto pagaba cada persona; para que los socios designen sus delegados deben estar a paz y salvo con sus aportes y lo demás que pagan a la cooperativa, en este momento están pagando de aportes sociales \$1.600 pesos trimestrales (90 centavos de dólar cada tres meses) y a veces la gente no puede pagar ni eso. Si la cooperativa exigiera mas dinero como en otras empresas que exigen uno o varios salarios mínimos, la gente no podría pagar fácilmente”.

5.3.5 Atención al Usuario. La Cooperativa tiene funcionarios especialmente dedicados a la atención al usuario los cuales realizan encuestas de satisfacción para lo cual se tienen algunos formatos de encuestas que se hacen cada cierto tiempo como muestreo y especialmente cuando se ha tenido alguna dificultad por ejemplo.

Los afiliados en cada municipio organizan las asociaciones de usuarios las cuales tienen como misión precisamente representar a los usuarios, ser voceros de sus necesidades, canalizar las reclamaciones y ser defender sus intereses.

Los Socios de la Cooperativa eligen además la Junta de Vigilancia. La junta de vigilancia ayuda en el control social ya que sus miembros son los que tienen contacto directo con la comunidad y son quienes recogen las insatisfacciones, las inquietudes de la comunidad y las traen a la cooperativa. Sin embargo, no es un órgano de control entendido como el fiscalizador técnico y legal.

5.4 Gestión de las Disponibilidades

5.4.1 Autorización del gasto. El Gerente de la Cooperativa actúa como gerente del Régimen Subsidiado de Salud y ordena los gastos en forma acorde a los presupuestos y obligaciones contractuales.

5.4.2 Las cuentas Bancarias. Por exigencia de la Superintendencia de Salud las Empresas Solidarias deben manejar los recursos del Régimen Subsidiado mediante un encargo fiduciario en un Banco. El Banco es quien gira los cheques y actúa como mecanismo de vigilancia y control sobre la Empresa Solidaria.

5.4.3 Los pagos en efectivo. Las compras y obligaciones de menor cuantía que no obedecen a contratos u obligaciones laborales generalmente se pagan en efectivo.

5.4.4 La caja menor. La Fiducia Bancaria que maneja los recursos financieros recibidos del Municipio es la que autoriza la creación de una caja menor la cual es manejada por el gerente. Los gastos de esta caja menor son los que por lo general no están respaldados por un contrato y son de menor cuantía. Cuando los gastos agotan las disponibilidades se solicita el reembolso a la Fiducia.

5.5 Sistema de información e instrumentos de gestión

5.5.1 El Sistema Contable. Desde un comienzo la Cooperativa lleva una contabilidad propia con todos los requisitos legales siendo su responsable un Contador Publico con titulo Universitario. Co-Esperanza desde 1996 ha mantenido su contabilidad sistematizada, el primer año tuvo dificultades y estuvo la contabilidad atrasada hasta que se implementó sistemáticamente. Al momento de la visita de los consultores, la contabilidad estaba al día y se estaban terminando los estados financieros a junio 30 para ser presentados a la Supersalud; es de observar que a medida que ha transcurrido el tiempo se han ido perfeccionando sus procedimientos, se ha ido modificando su forma de tramitar las cuentas y se ha conseguido que los pagos sean mas oportunamente.

Se tiene un sólo ente jurídico y por consiguiente es la misma empresa la que maneja sus cuentas como cooperativa, como empresa solidaria y como administradora del régimen subsidiado. Sin embargo, hay diferenciación entre las diversas cuentas de los estados financieros y se identifican las que pertenecen directamente a los asociados y las otras cuentas que corresponden al manejo de los recursos del régimen subsidiado.

En este momento la empresa lleva la denominada contabilidad comercial o financiera produciendo el Balance y el Restado de Resultados pero no lleva un estado de costos por cada uno de los afiliados o per capita y menos aun, el sistema de costos unitarios. No obstante, se conoce el costo globalmente considerado pero individualmente o por tipo de servicio no ha sido posible.

5.5.1.2 Los documentos de registro contable utilizados. Como se dijo desde un comienzo se lleva una contabilidad propia con todos los requisitos legales y sistematizada mediante computador. Se llevan los siguientes libros:

- Libro diario.
- Libro de bancos.
- Libro mayor .
- Libro de inventarios y balances.

5.5.1.2 El responsable de administrar los registros contables. El responsable es un Contador Publico profesional debidamente autorizado y al momento de la visita de los consultores a la Cooperativa la contabilidad estaba al día.

5.5.2 Documentos con Información sobre Afiliaciones, Cotizaciones y Prestaciones: Quizás el principal logro reciente de la cooperativa en materia de información ha sido conseguir un registro sistemático y actualizado de los cuarenta y dos mil afiliados; en contraste la principal falencia es la falta de un sistema de registro de la frecuencia en cada prestación y su costo unitario o per capita.

- Registro de afiliados.....Si
- Tarjeta de identificación de afiliados.....Si
- Registro de pago de cotizaciones.....Si
- Registro de seguimiento de prestaciones.....No

5.5.3.1 Instrumentos de gestión, Informes periódicos:

- Un presupuesto.....Si
- Un estado (cuadro) de resultados.....Si
- Un balance contable de funcionamiento.....Si
- Indicadores de funcionamiento.....Si

Se anexan los estados financieros de los años 1996 a 1999.

5.5.3.2 Instrumentos de gestión Información oportuna.

- Situación de tesorería.....Si
- Evolución de las prestaciones.....No
- Recaudación de las cotizaciones.....Si
- Situación de las inversiones financieras.....Si
- Dinámica de afiliación (nuevos afiliados y bajas).....Si
- Costos de administración.....Si

5.5.3.3 Procesos informáticos. Prácticamente todos los registros están automatizados.

5.5.3.4 Informes de actividad. Cada tres meses Co-Esperanza debe presentar un informe de actividades a la Superintendencia Nacional de Salud y anualmente se produce un gran informe para la Asamblea de Socios.

5.5.3.5 Formalización de los Procedimientos de Gestión

Documentos para el funcionamiento corriente.

- Formulario de Afiliación.
- Autorización de servicios.
- Convenios con los municipios.
- Contratos con los proveedores.

5.6 Función de Control

5.6.1 Enumere los controles internos practicados:

- Control de caja.....SI
- Control de contabilidad.....Si
- Control de afiliación.....Si
- Control del pago de cotizaciones.....Si
- Control del derecho a cada prestación.....SI
- Control de facturación de las prestaciones.....Si
- Control médico (autorización previa a las prestaciones).Si

5.6.2 Controles regulares. El Revisor fiscal hace rutinariamente arquezos de caja, inventarios, y revisión documental de la contabilidad. En la recepción de los servicios ambulatorios se exige el carnet de afiliación e igual procedimiento deben cumplir los prestadores contratados con el fin de verificar los derechos de los afiliados

5.6.3 Auditoria externa. No se practica en forma rutinaria un sistema de auditoria externa sin embargo ocasionalmente se han hecho estudios e inspecciones de organismos nacionales y departamentales.

Al respecto comenta la Gerente: “de la secretaria de salud nos han auditado como en cuatro ocasiones pero nunca nos han mandado informe escrito, las dos primeras veces fue por unas quejas que habían ante ese organismo; posteriormente vinieron de la Contraloría General de la República una vez, también de la Superintendencia Nacional de Salud recibimos una visita en la sede de Bogotá para verificación sobre los recursos que teníamos y finalmente la más importante ha sido la evaluación del CIMDER que nos la hicieron a todas las empresas solidarias del país y la cual fue bastante extensa. Este estudio fue contratado por el Ministerio de Salud con la Universidad del Valle y su centro de estudios el CIMDER”.

5.7 Distribución de Funciones

5.7.1 Distribución de funciones. Las funciones se distribuyen siete categorías de actores:

- Organismos Normativos Nacionales: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Ministerio de Salud.
- Organismos de Dirección Política de la Cooperativa: Asamblea General de Socios, Consejo de Administración, Comités de Educación y Solidaridad.
- Organismos de Gestión del Seguro de Salud (SIS): Gerencia, Comité Técnico, Coordinación de Mercadeo, Coordinación de servicios médicos, Coordinación operativa.
- Personal Asalariado Operativo: Cuarenta y tres (43) técnicos y profesionales, mas nueve (9) auxiliares de enfermería contratadas.

- Personal de Gestión: parte administrativa esta integrada por 32 empleados de planta
- Prestadores externos: el Contador Público que lleva la Contabilidad y el Revisor Fiscal que la audita.
- Red de Prestadores autorizados : Treinta entidades publicas.

5.7.2 Formación recibida por los responsables y el personal. Las principales actividades de formación destinadas a los responsables y al personal son las siguientes:

CUADRO 57
Formación recibida (fase de creación y primer ejercicio)

INSTITUCION	PROPOSITO	PERIODO	BENEFICIARIOS
ALCALDIA	Promoción	Seis Meses	Afiliados - Asociados
INDECOL LTADA	Empresarial	Seis Meses	Asociados
FUDESCO	Régimen Subsidiado	Tres Meses	Afiliados
DANCOOP	Cooperativismo	Dos semanas	Asociados
MINSALUD	Empresa Solidaria	Cuatro semanas	Afiliados
SECRETARIA SALUD	Salud	Un año	Afiliados
U. JAVERIANA	Agropecuario	Dos años	Afiliados

5.8 Equipamiento e Infraestructura

5.8.1 Infraestructura: Co-Esperanza posee en un local (casa antigua) en arriendo en el área urbana de Sogamoso (cerca al hospital) el cual sirve de sede administrativa de la ESS y sirve para la prestación de servicios ambulatorios.

Posee además sedes periféricas con personal asalariado permanente en catorce (14) de los treinta municipios que tienen contrato con la ESS además de una sede en Bogotá.

Ver cuadro

5.8.2 Equipo informático. Todas las unidades de servicio y administración poseen equipos de computo (35 aparatos), los cuales utilizan normalmente el Windows, Office e Internet.

Ver cuadro

5.8.3 Medios de comunicación. La cooperativa posee un vehículo de transporte especialmente para apoyar el trabajo de los grupos extramurales; posee además teléfonos convencionales, teléfono celular, acceso a INTERNET, tres fotocopadoras y un aparato de vídeo con el cual se filma y se actualiza el vídeo institucional.

CUADRO 58
INFRAESTRUTURA Y EQUIPOS
1 dólar = 1800 pesos

Concepto	Valor US \$
Terrenos	114.000
Edificaciones	12.000

Muebles y Equipos	50.000
Equipos de Computo y Comunicaciones	40.000
Maquinaria y equipo	14.000
Equipo de Transporte	21.000
Total	251.000

Fuente: Contabilidad Coesperanza 1999.

6. Actores en Relación con el Seguro de Salud.

6.1 Estructuras de reaseguro y fondos de garantía

6.1.1 Mecanismo del reaseguro y del fondo de garantías. En Colombia existe el denominado Fondo de Solidaridad y Garantía que es un mecanismo oficial (del Estado), administrado por el Consejo Nacional de Seguridad Social y presidido por el Ministerio de Salud, el cual recoge dinero de las contribuciones obrero – patronales (1% sobre la nomina) en la cuenta denominada “de solidaridad” y luego lo distribuye entre los municipios del país y estos a su turno entre las Administradoras del Régimen Subsidiado, entre las cuales se cuentan las Empresas Solidarias de Salud y Co-Esperanza; el valor per capita anual asignado para cada afiliado es de US \$ 75 (varia cada año) y el fondo “garantiza una continuidad en la financiación. Si la cooperativa se gasta menos de ese monto per capita debe generar una reserva para ejercicios futuros sin embargo si gasta mas incurre en perdida patrimonial y no esta previsto que pueda recurrir al fondo de garantía.

La Empresa Solidaria de Salud ESS debe además tomar un reaseguro de carácter obligatorio con una empresa de seguros privada (comercial normalmente) para amparar los riesgos por enfermedades de alto costo o catastróficas que están previamente determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social (son cerca de veinte); las primas pagadas por persona año equivalente a seis dólares (US\$6).

El reaseguro cubre las patologías catalogadas como catastróficas, las cuales están determinadas específicamente Por el Consejo nacional de Seguridad Social, entre ellas están: Unidad de Cuidados Intensivos, patologías (cirugías) del sistema nervioso central y de la médula espinal, insuficiencia renal incluyendo diálisis y trasplante renal, reemplazo de cadera y de rodilla, gran quemado, infección por VIH, y cáncer.

El reaseguro es un Sistema en donde el valor de las pólizas suben de acuerdo a la siniestralidad, las pólizas obligatorias se establecieron para poder cubrir los eventos en los cuales el tratamiento de las enfermedades era muy caro y que la empresa no pudiera cubrirlo. Dice la gerente “Nosotros acá por ejemplo tenemos la experiencia que en el primer año no se compró póliza y se cubrió directamente el caso de enfermedad catastrófica, y en primera instancia pareciera que fuera mejor así, pero ya en este momento el uso del servicio ha aumentado, la gente es más fácil diagnosticarle o mentalmente está más dispuesta a demandar servicios y ya nos parece que no es tan rentable no tener la póliza. Nosotros con dos aseguradoras hemos tenido pólizas, en este momento tenemos una póliza que nos vale 900 pesos usuario mes, porque esas pólizas se suscriben por un año pero se pagan mensualmente. Digamos que esa oferta la escogimos porque se presentaron otras mas caras, de casi el doble. Esta póliza tiene un tope de reembolso de 50 millones o sea cubre hasta 50 millones por evento”.

6.1.2 Beneficios del reaseguro. La ESS le ha hecho recobros al reaseguro y el balance en los últimos ejercicios ha sido beneficioso.

6.2 Estructura de Asistencia Técnica

6.2.2 Asistencia técnica. Dentro programa financiado por el Ministerio de Salud para impulsar el proceso de formación de las Empresas Solidarias se recibió asistencia técnica mediante la fundación Fudesco quien ejecuto un programa, durante tres meses, de capacitación en salud a las familias integrantes de la futura empresa solidaria, dentro del proceso de reclutamiento de los primeros 5.000 afiliados. Al finalizar la capacitación se le daba a cada familia unos materiales educativos: cartillas, afiches y una cajita de primeros auxilios, a manera de graduación del curso.

Posteriormente se han contratado asesorías específicas, por ejemplo en 1995 se hicieron algunos cursos de cooperativismo para capacitación sobre todo en la parte de participación en órganos de dirección. Las personas que realizan estos curso de cooperativismo tienen que pertenecer a una liga de cooperativismo. Inicialmente se capacitaron con una gente que venían de San Gil, que es uno de los baluartes del cooperativismo en Colombia.

6.2.3 Continuidad en la asistencia técnica. La asistencia técnica se proporciona de forma puntual.

6.2.4 Tipo de aportes de la asistencia técnica. La asistencia técnica ha tenido que ver sobre todo con la formación de los afiliados que sobre la gestión misma de las Empresas Solidarias.

6.3 Movimientos Sociales y Organizaciones de la Economía Social

6.3.1 Relaciones con sindicatos. La ESS no se relaciona con sindicatos porque sus afiliados por definición no deben ser asalariados. Con los únicos sindicatos con los cuales hay una relación indirecta es con los sindicatos de los hospitales con los cuales se mantienen relaciones conflictivas porque estos sindicatos consideran que el dinero que el gobierno envía a las administradoras del régimen subsidiado debería ser enviado en forma directa a los hospitales.

6.3.2 Estructuras federativas de tipo cooperativo, asociativo o mutualista. En Colombia existe una Confederación de Empresas Solidarias con sus Federaciones Regionales. Esta Confederación tiene un representante en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y actúa como interlocutor del Ministerio de Salud.

Co-Esperanza participa además de un movimiento empresarial comunitario, al respecto comenta la gerente: “Generamos un movimiento empresarial solidario, pues no queríamos ser una organización comunitaria mas de las ya existentes en Colombia. Entonces lideramos un movimiento como paralelo que lo que pretendía era depurar el Sistema y mejorar las empresas solidarias como tal y ayudarnos entre todas a generar procesos mas empresariales, nosotros realmente somos artesanales, no tenemos la idea de cómo crear una empresa privada, no tenemos visión empresarial como tal, la organización nuestra tiene una visión

más comunitaria y como benefactora, pero tenemos que adquirir los beneficios de la organización empresarial”.

6.3.3 Servicios de las estructuras federativas. Las estructuras Federativas cumplen con las funciones de:

- Representar a las Empresas Solidarias ante el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- Defender los intereses y el proyecto en si de las Empresas Solidarias.
- Servir de organismo consultivo de las diversas dependencias del gobierno.
- Desarrollar proyectos de asesoría y desarrollo empresarial de sus asociados.

6.3.4 Relaciones con otras cooperativas, asociaciones o mutuales.

“Si, ya en 1996 ,después de la creación de la Cooperativa, nos inquietamos por saber cómo funcionaban las demás empresas del departamento, para entonces nadie se conocía con nadie y organizamos un seminario donde viniera alguien del sector solidario del Ministerio de Salud o el representante del programa. Vino el jefe de seguridad social en ese tiempo era el Doctor Eduardo Alvarado, vino el doctor Campo Elías que era el jefe del Programa, yo les dije que invitáramos a las demás empresas, a las autoridades del municipio porque todavía había mucha confusión entre los mismos alcaldes y las autoridades, de cómo era del despegue de la ley 100”.

“Hicimos el seminario y convocamos a alcaldes, personeros, directivos y a los consejos de administración de todas las empresas, el seminario fue muy grande hubo como 200 personas, de Sogamoso no participó nadie pero si vinieron todas las solidarias del departamento, nos conocimos y empezamos a intercambiar experiencias. Después del seminario. Encontramos que todas las empresas solidarias tenían la misma organización bien sea como cooperativas o mutuales, en Boyacá son cooperativas. Los consejos de administración nos reunimos y empezamos a mirar como estaban organizadas las diferentes empresas y para gran sorpresa nos dimos cuenta que había juntas directivas que ni siquiera sabían el papel que les tocaba cumplir. Los gerentes les llevaban los papeles para que los firmaran, a veces ellos mismos hacían las actas. Se dio una revolución, ese día les dije que ellos tenían una responsabilidad de la empresa y que como iban a dejar que los demás les manejaran”.

Otros actores

6.4 Relaciones con otros actores.

El SEGURO DE SALUD (SIS) se relaciona con los siguientes actores:

- Con los gobiernos municipales con los cuales firma contratos de administración del régimen subsidiado para proteger a la población más pobre en sus servicios personales.
- Con los hospitales públicos con los cuales contrata la compraventa de servicios.
- Con la Secretaria Departamental de Salud de la cual recibe las orientaciones en materia de la política de salud del Departamento.

- Con el Ministerio de Salud del cual recibe las orientaciones nacionales sobre el manejo del régimen subsidiado y ocasionalmente asistencia técnica.
- Con la Superintendencia Nacional de Salud, la cual ejerce inspección ,vigilancia y control sobre las actividades de las Empresas Solidarias de Salud y el Régimen Subsidiado.
- Con el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud del cual recibe normas técnicas y financieras así como la asignación nacional de recursos.

VI INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

1. Dinámica de la Afiliación

1.1 Relación entre el número de beneficiarios y de miembros del grupo destinatario.

La población objeto o grupo destinatario es la población con necesidades básicas insatisfechas que llega 236.208 personas equivalentes al 47 % de toda la población del municipio en donde opera Coesperanza (sin incluir Bogotá).

CUADRO 59
POBLACION AFILIADA CON RESPECTO A LA POBLACION OBJETO

Municipio	Población Total	% Población Con NBI	Población Objeto	Afiliados SIS	Cobertura %
Aquitania	20,182	65	13,118	4,654.00	35.48
Belén	15,241	58	8,840	130.00	1.47
Beteitiva	3,079	89	2,740	2,219.00	80.98
Busbanza	607	88	534	173.00	32.39
Corrales	3,062	64	1,960	317.00	16.18
Cúitiva	1,944	76	1,477	1,034.00	69.99
Duitama	111,956	25	27,989	45.00	0.16
Firavitova	6,812	63	4,292	883.00	20.58
Floresta	5,549	82	4,550	2,178.00	47.87
Gámeza	6,953	64	4,450	214.00	4.81
Iza	1,861	47	875	1,243.00	142.11
Jerico	6,616	91	6,021	276.00	4.58
La. Grande	5,019	95	4,768	2,965.00	62.18
Mongua	6,832	54	3,689	368.00	9.97
Paipa	25,620	46	11,785	93.00	0.79
Pajarito	5,506	81	4,460	1,965.00	44.06
Paya	2,647	98	2,594	2,056.00	79.26
Pesca	16,252	72	11,701	1,803.00	15.41
Pisba	1,971	100	1,971	1,894.00	96.09
Santarosa	13,592	47	6,388	102.00	1.60
Sativanorte	3,913	86	3,365	230.00	6.83
Sativasur	2,230	76	1,695	61.00	3.60
Socota	17,790	80	14,232	96.00	0.67
Socha	8,914	65	5,794	65.00	1.12
Sogamoso	138,739	32	44,396	9,991.00	22.50
Sotaquirá	11,456	70	8,019	71.00	0.89
Tasco	8,110	74	6,001	166.00	2.77
Tibasosa	9,844	50	4,922	1,155.00	23.47
Topaga	3,668	65	2,384	152.00	6.38
Tota	6,123	88	5,388	290.00	5.38
Turmequé	12,716	50	6,358	106.00	1.67
Tutaza	2,697	91	2,454	199.00	8.11
Vantaquemada	12,272	57	6,995	50.00	0.71
TOTALES	499,773	47	236,208	37,244.00	15.77

No Incluye Tunja Capital del Departamento con 16 afiliados y Bogotá con 4.100.

El SIS denominado Empresa Solidaria de Salud (ESS) opera en el Departamento de Boyacá de la Región Oriental de Colombia, el cual tiene 1.351.829 habitantes, de los cuales se posee 523.490 personas (38.7%) con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y por lo cual es población objeto prioritaria del Régimen Subsidiado de Salud.

Actualmente entre varias Administradoras del Régimen Subsidiado están cubriendo en ese Departamento 385.651 personas equivalente al 73.67% de la población objeto.

Co-Esperanza tiene afiliadas 37.260 personas equivalentes al 9.7% de todos los afiliados al régimen subsidiado en el departamento de Boyacá.

La Cooperativa Co-Esperanza tiene contratos con treinta (30) Municipios del Departamento y con Bogotá para Administrar el Régimen Subsidiado y cubre al 15.77% de toda la población con derecho (con NBI) en los treinta y tres (33) municipios en donde viven sus afiliados (sin incluir Tunja y Bogotá). En algunos municipios como Beteitiva y Pisba cubre el 81% y el 96% de la población con derecho y en otros casos como Belén sólo el 1.5 %. Hay un caso en el Municipio de Iza en donde se cubre mas de la población, el 142%, lo cual hace pensar que se afilió una parte de la población sin derecho.

La población afiliada es 36.7% rural y 63.3% urbana, para el caso de los 4.459 afiliados en Bogotá corresponden a zonas peri - urbanas.

1.2 Proporción de la población cubierta por fuera de la población objetivo. Sólo se detecto el caso de la población IZA en donde al parecer 986 afiliados no corresponden a la población objeto determinada por los parámetros nacionales de pobreza. Equivale al 2.6 % del total de afiliados.

1.3 Tasa de crecimiento del número de afiliados. La tasa de crecimiento (ver cuadro) es muy variable pues depende de contratos masivos con las administraciones municipales. Entre 1995/96 la tasa fue del 64% y entre 1999/1998 fue del 13%.

**CUADRO 60
CRECIMIENTO DE LOS AFILIADOS**

	Afiliados (*)	Tasa	Asociados	Tasa	Municipios
1995	5.000		47		Sogamoso
1996	32.000	540.00%	47		22
1997	33.500	4.68%	375	697%	23
1998	37.500	11.94%	960	156%	27
1999	37.900	1.06%	1.175	23%	30
	4.400	11.73%	1.175		Bogotá
2000 (meta)			1.500		

(*) Aquí los conceptos de beneficiarios y afiliado al SEGURO DE SALUD (SIS) son equivalentes.

(**) Los Asociados son los miembros formales de la Cooperativa

FUENTE : Estadística Co-Esperanza

1.4 Porcentaje de afiliados que permanecen en el año siguiente. La población afiliada es muy estable y sólo se da el caso del retiro de una familia en cinco años, ya realizado plenamente. Existe además una solicitud de 200 afiliados que se quieren trasladar a otra administradora del régimen subsidiado ARS, pero hasta ahora no se ha otorgado la autorización por parte del Gobierno Municipal.

1.5 Tasa de crecimiento fuera de la extensión geográfica original. Si tomamos como hipótesis que la población objetivo inicial es la de Sogamoso, todos los otros afiliados son fuera de la población de inicio. Según el cuadro respectivo la tasa de crecimiento fuera del municipio de Sogamoso ha sido 54% en 1996, 5% en 1997, 12% en 1998, 13% en 1999.

1.6 Tasa de crecimiento dentro de la extensión geográfica original. En el Municipio de Sogamoso que es el área original se paso de 5.000 afiliados en 1995 a 9.991 en 1998, o sea que hay un crecimiento aproximado del 25% anual.

1.7 Promedio de beneficiarios por afiliados. La afiliación en la generalidad de los casos es de todo el grupo familiar lo cual significa que por cada cabeza de familia hay cuatro punto cuatro (4.4) personas.

2. Utilización de los Servicios.

2.1 Número de utilización promedio de los servicios por afiliado. El Cuadro siguiente muestra la proporción en términos de costo unitario persona año en que se utilizan los servicios en dos años sucesivos 1998 y 1999. Tal como se observa los servicios de menor complejidad crecieron en su importancia relativa desde 32% hasta el 37%, igual fenómeno ocurrió con los servicios de mayor complejidad que pasaron del 8% al 13%, sin embargo, las enfermedades de alto costo (+ de US\$ 10.000 persona año) cayeron del 19% al 15%.

CUADRO 61
COSTO PROPORCIONAL DE LOS SERVICIOS POR PERSONA AÑO

TIPO DE SERVICIOS	1.998	1.999
Servicios de Menor Complejidad	32.67%	37.00%
Educación y Promoción de la Salud	4.00%	4.00%
Protección Específica	4.47%	4.47%
Atención Ambulatoria y Recuperación	7.00%	11.33%
Medicamentos Esenciales	12.00%	12.00%
Imágenes Diagnosticas	1.20%	1.20%
Laboratorio Clínico	3.00%	3.00%
Gasto Remisión Pacientes	1.00%	1.00%
Salud Oral	10.00%	10.00%
Promoción y Protección Salud Oral	3.00%	3.00%
Recuperación Salud Oral	7.00%	7.00%
Servicios Hospitalarios de Primer Nivel	9.50%	10.00%
Atención Hospitalaria Primer Nivel	9.50%	10.00%
Servicios de Mayor Complejidad	8.5%	13.5%
Consulta Especialista 2 y 3 Nivel	0.30%	5.30%
Atención Parto y Menor de un Año	5.20%	5.20%
Cirugía Segundo Nivel	3.00%	3.00%
Enfermedades de Alto Costo	19.33%	15.00%
Enfermedades de Alto Costo	19.33%	15.00%
Gastos de Administración	20.00%	15.00%
Gastos de Administración y Compra de Activos	20.00%	15.00%
TOTAL	100.00%	100%

FUENTE : Estadística Co-Esperanza

El siguiente cuadro muestra el costo relativo per capita (persona año) según grupo etéreo y sexo.

CUADRO 62
ESTRUCTURA DEL COSTO PERSONA AÑO
(Un Dólar = \$ 1.800 pesos)

Edad	Costo Relativo	Valor
Menores de un año	1.61	115
Mujeres de 15 a 45 años	1.57	112
Resto de la Población	0.81	60
Promedio de toda la población	1	72

FUENTE : Ministerio de Salud.

2.2 Relación entre los números promedio de utilización por los beneficiarios y los no beneficiarios. Se sabe a nivel Nacional que la tasa de utilización de los servicios es superior entre los beneficiarios con respecto a los no beneficiarios pero no se tienen cifras específicas para el caso de Co-Esperanza.

2.3 Tasa de exclusión de los servicios de salud cubiertos. Se estima a nivel nacional que la tasa de exclusión en los hospitales públicos de la población no afiliada oscila entre el 10% y el 15%.

2.4 Crecimiento anual de monto de prestaciones por beneficiario. El cuadro respectivo muestra que entre 1998 y 1999 las prestaciones mensuales en el área de enfermería crecieron 110 % y para el caso de la consulta el indicador reveló estabilidad. Este crecimiento se debe a que los beneficiarios van aprendiendo progresivamente a conocer sus derechos y a usar los servicios.

CUADRO 63
SERVICIOS DE ENFERMERIA
 Incremento de la utilización anual
 Abril 1999 / Abril 1998

Tipo de usuario	Abr-98	Abr-99	Incremento
Menores de 1 año	97	103	106%
1era vez	29	33	114%
Repetidos	68	70	103%
De 1 a 4 años	164	195	119%
1era vez	47	17	36%
Repetidos	117	178	152%
De 5 a 14 años	238	231	97%
1era vez	102	34	33%
Repetidos	136	197	145%
Embarazadas	59	95	161%
1era vez	10	8	80%
Repetidos	49	87	178%
Planificación Familiar	10	9	90%
1era vez	10	7	70%
Repetidos	0	2	0%
Taller psicoprofilact.	0	17	0%
Taller Planificación.	0	6	0%
Toma de Presión A	1190	1210	102%
Hipertensos	81	62	77%
Toma de Citología	48	82	171%
Taller HTA	0	97	0%
PSP	31	91	294%
Inyectología	186	392	211%
Curaciones	32	89	278%
Lavado de oído	8	2	0%
Cambio Sonda	1	1	100%
Retiro de puntos	10	2	20%
Particip. En Consulta	1838	1835	100%
TOTAL	3993	4399	110%

FUENTE : Estadística Coesperanza

3. Financiamiento y Situación Financiera.

3.1 Excedente o déficit (Ingresos y Egresos). Los Estados Financieros de la Cooperativa muestran que en todos los años de operaciones ha tenido excedente excepto en 1998.

CUADRO 64
EXCEDENTE O DEFICIT

Tipo de cambio: US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Ingresos	41.389	807.704	1.815.580	2.633.321	1.532.545
Egresos	8.119	136.628	1.367.511	3.292.967	1.216.825
Superávit o Déficit	33.270	671.076	448.068	(659.646)	315.720

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

3.2 Porcentaje de prestación de servicios de salud. Todos los años la prestación de los servicios representa mas del 80% de los egresos.

CUADRO 65
COSTO RELATIVO DE LAS PRESTACIONES

Tipo de cambio: US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Egresos Totales	8.119	136.628	1.367.511	3.292.967	1.216.825
Prestaciones de Salud	7.181	119.759	987.220	2.898.650	992.523
	88%	87%	72%	88%	81%

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

3.3 Porcentaje de cotizaciones recaudadas. Las cotizaciones son poco representativas y no entran a financiar el Seguro de salud sino solo los gastos sociales o de operación de la Cooperativa.

CUADRO 66
COTIZACIONES A LA COOPERATIVA

Tipo de cambio: US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Cotizaciones	2.512	1.045	226	4.146	609
Afiliados	5.000	32.000	33.500	37.500	42.300
\$ US por afiliado año	0.50	0.032	0.007	0.11	0.014

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

3.4 Porcentaje de afiliados al día. El valor de las cotizaciones no es relevante para medir el equilibrio financiero de Co-Esperanza, sin embargo, si se asume que el Estado paga por los afiliados existe una mora continua en las obligaciones hasta el punto que las cuentas por cobrar al estado (a los municipios y al Fosyga) han oscilado entre todos balances disponibles entre el 43% y el 129% de los ingresos anuales.

CUADRO 67
VALOR DE LAS CUENTAS POR COBRAR

Tipo de cambio: US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

Concepto	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Ingresos efectivos	41.389	807.704	1.815.580	2.633.321	1.532.545
Cuentas por cobrar a los municipios y Fosyga		1.040.841	934.307	1.123.905	1.029.306
		129%	51%	43%	67%

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

3.5 Relación de liquidez inmediata. En 1999 el reporte de las relaciones de liquidez mínima esta normado por la Superintendencia Nacional de Salud y se debe reporta a ella cada tres meses.

CUADRO 68
RELACION DE LIQUIDEZ

Tipo de cambio: US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

Cuentas en Junio de 1999	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Activo Corriente – Cuentas por cobrar	132.000	134.000	268.000
Pasivo Corriente	711.000	454.000	655.000
Indicador (AC-CC) / PC	0.18	0.30	0.41

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza.

3.6 Relación de Solvencia. La cooperativa presenta una situación efectiva de solvencia.

CUADRO 69
RELACION DE SOLVENCIA

Tipo de cambio: US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

Cuentas en Junio de 1999	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Activo Corriente	932.000	670.000	770.000
Pasivo Corriente	711.000	454.000	655.000
Indicador AC/PC	1.31	1.47	1.17

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

3.7 Relación cotizaciones Devengadas /Egresos del Ejercicio. Esta relación no es significativa dado que el seguro de salud se financia íntegramente con subsidios.

CUADRO 70
COTIZACIONES / EGRESOS

Tipo de cambio: US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Cotizaciones	2.512	1.045	226	4.146	609
Egresos	8.119	136.628	1.367.511	3.292.967	1.216.825
Relación C/E	0.31	0.008	0.0002	0.0013	0.0005

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

3.8 Relación (cotizaciones devengadas + aportes regulares) /egresos. Excepto en el año 1998 que los egresos superaron los ingresos en todos los años la relación Ingresos/ egresos ha sido positiva en mas 1.18.

CUADRO 71**APORTES / ESTADO + COTIZACIONES / EGRESOS**

Tipo de cambio : US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

Concepto	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Cotizaciones (*)	2.512	1.045	226	4.146	609
Aportes Regulares (**)	39.074	820.252	1.910.251	2.616.418	1.431.883
Cotizaciones + Aportes	41.586	821.297	1.910.703	2.620.564	1.432.492
Egresos	8.119	136.628	1.367.511	3.292.967	1.216.825
Relación (C+A)/E	5.12	6.01	1.40	0.80	1.18

(*) Cotizaciones de los Socios y copagos de los Usuarios.

(**) Aportes o Subsidios del Estado y del Régimen Contributivo de la Seguridad Social.

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

3.9 Relación Costos de Administración / (Cotizaciones regulares + aportes regulares).

Por norma legal los gastos de administración no pueden ser superiores al 20 % hasta el año 1997 y hasta el 15 % en el año 1998 y siguientes.

CUADRO 72**COSTOS ADMINISTRACION / INGRESOS**

Tipo de cambio: US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

Concepto	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Costos Administración	938	16.869	380.291	394.317	224.302
Cotizaciones + Aportes	41.586	821.297	1.910.703	2.620.564	1.432.492
Relación CA / (C+A)	0.022	0.020	0.20	0.15	0.16

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

3.9 Relación de las coberturas de las prestaciones mensuales con las reservas. El patrimonio de la cooperativa procede en las del 95% de los excedentes no utilizados de los subsidios recibidos y por norma debe ser considerado como reserva para garantizar los servicios de salud.

CUADRO 73**PRESTACIONES / RESERVAS PATRIMONIALES**

Tipo de cambio: US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

Concepto	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Prestaciones Mensuales	598	9.980	82.268	241.554	165.420
Reservas Patrimoniales (*)	37	33.353	1.225.069	1.585.275	1.943.533
Relación R/PM	0.06	3.3	14.9	6.6	11.7

(*) Reserva patrimonial (Activo – Pasivo) producto de los superávit acumulados en los ejercicios anteriores.

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

Pese a que en 1998 se presentaron pérdidas (más gastos que costos) sin embargo, la revalorización de los activos permitió compensar las perdidas y acrecentar incluso el patrimonio.

Adicionalmente, según regulaciones de la Superintendencia Nacional de salud la Cooperativa debe mantener en efectivo o en títulos valores una suma de dinero que garantice el pago de servicios a los prestadores.

CUADRO 74**PRESTACIONES / RESERVAS EN EFECTIVO**

Tipo de cambio : US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

Concepto	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Prestaciones Mensuales	598	9.980	82.268	241.554	165.420
Reservas Efectivo (+)		266	226.586	296.657	278.679
Relación R/PM		0.026	2.75	1.23	1.68

(*) Son activos o reservas en efectivo o en títulos valores (Obligatorias).

1 Dólar = \$ 1.800 Pesos

FUENTE: Estados Financieros Co-Esperanza

De los excedentes resultantes de los aportes de los asociados y de los ahorros en gastos de administración se alimentan los Fondos Sociales de Educación y Solidaridad que son destinados a benéficos de los asociados. Es mandato de ley además crear una reserva especial para cubrir las obligaciones laborales.

CUADRO 75**FONDOS SOCIALES**

Tipo de cambio : US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

Fondos Sociales	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Fondo de Educación			29.778	28.670	24.142
Fondo de Solidaridad			14.730	13.873	12.878
Obligaciones Laborales		20.366	303	39.899	41.003

(*) Son fondos creados en el pasivo como reservas y realmente no constituyen costos de operación.

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

3.11 Relación Prestación / cotizaciones devengadas. Esta relación es poco significativa, además las cotizaciones sólo financian algunos gastos sociales de la cooperativa y el costo de salud esta totalmente subsidiado.

CUADRO 76**COSTOS SALUD/ COTIZACIONES**

Tipo de cambio: US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

Concepto	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Costo Salud	7.181	119.759	987.220	2.898.650	992.523
Cotizaciones	2.512	1.045	226	4.146	609
Relación CS/ C	2.86	114	4.368	699	1.630

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

3.12 Tasa de financiamiento interna. La tasa de financiamiento interna es casi nula y realmente no significativa por lo dicho con respecto a l diseño del sistema ,basado en subsidios del 100%.

CUADRO 77
RECURSOS PROPIOS/ COSTO TOTAL
Tipo de cambio: US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

Concepto	1995	1996	1997	1998	Junio1999
Recursos Propios	2.512	1.045	226	4.146	609
Costo Total	8.119	136.628	1.367.511	3.292.967	1.216.825
Relación RP/CT	0.31	0.008	0.0002	0.0012	0.0005

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

3.13 Plazo de Pago de Prestadores. Los plazos máximos para el pago a los proveedores están regulados por la superintendencia de salud y a ella se debe reportar el estado de la cartera cada tres meses.

CUADRO 78
PLAZO DE PAGO A PRESTADORES
Tipo de cambio: US \$ 1 Dólar Americano = \$ 1.800 pesos colombianos

Cuentas por Pagar a Prestadores	Plazo 1 a 90 días	En mora 1 a 30 días	En Mora 31 a 60 días	Total Cuentas Por Pagar
\$ Valor Cuentas	319.558	26.909	237.355	583.822
Porcentaje	55%	5%	45%	100%

FUENTE : Estados Financieros Co-Esperanza

3.14 Plazo de Reembolso a los Beneficiarios. No se emplea este método sino sólo ocasionalmente.

VII. PUNTO DE VISTA DE LOS ACTORES SOBRE EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.

A continuación se presentan las opiniones de los actores especialmente de la parte directiva y gerencial de la cooperativa. No fue posible realizar una encuesta entre beneficiarios y proveedores para conocer sus puntos de vista.

1. Proceso de evaluación

1.1 Los medios de consulta. Se hacen dos tipos de evaluaciones: una sobre los afiliados como beneficiarios de los servicios de salud, para tal efecto los empleados de las Oficinas de atención al usuario tienen formatos de encuestas que hacen cada cierto tiempo como muestreo y tienen metas fijadas de llenar un determinado número de encuestas al mes sobre la satisfacción de los usuarios. Eso se hace en forma constante, se llenan las encuestas y los encargados de esta función, que son los de la oficina de atención al usuario interrogan directamente al mismo usuario. Cuando se ha tenido alguna dificultad se hacen encuestas mas intensivamente. De pronto quizás no se apliquen con toda la intensidad que debiera pero si se hacen. Segundo también se establece algunos registros sobre las quejas o los problemas que hay y la solución que se les da.

Respecto de la participación de la comunidad, cuando se hacen las reuniones para las actividades de la cooperativa casi siempre se busca conseguir consenso sobre la reacción ante una situación o sobre un programa a desarrollar, se le toma la opinión a la gente, aunque de este proceso no hay mucho registro. De unas reuniones muy específicas con líderes de la comunidad que se hacen mensualmente, en cada vereda, la misma comunidad nombra sus representantes de su zona y ellos traen las inquietudes de su comunidad, en las reuniones todos plantean los problemas y proponen algunas soluciones y eso se lleva al Consejo de Administración buscando que se le de solución a los problemas.

Se hacen encuestas de satisfacción a los beneficiarios mensualmente. Existe un registro de quejas y además se hacen reuniones mensualmente con líderes de la comunidad de diferentes zonas y de allí ellos llevan sus inquietudes ante el Consejo de Administración con respecto al funcionamiento del SIS.

1.2 Evaluaciones internas. Periódicamente se reúne el equipo administrativo del SIS, la junta directiva o el Comité Técnico para evaluar las diferentes áreas de servicios.

Al Consejo de Administración se le rinde un informe más o menos cada 15 días, se le pone al tanto de que se está haciendo, de cómo van los proyectos, por ejemplo si se está en periodo de afiliación se les informa el numero de que se ha conseguido, los problemas en un cierto municipio, y en la asamblea general se debe presentar un informe de gestión sobre todo lo que se ha hecho durante el año.

1.3 Materias examinadas en la evaluación. Para tal efecto, se reúnen para examinar cómo están en una determinada área de servicios, por ejemplo cómo están en sistemas, cómo se está implementando una nueva metodología, o cuándo se realiza un proceso de afiliación se reúnen para ver cuánta gente se afilió, cómo

fue el resultado del trabajo, cuanto se gasto etc.; generalmente estos temas de evaluación se llevan ante la junta directiva, o Consejo de Administración.

De otra parte, también se evalúa la contabilidad o los medicamentos para lo cual en ocasiones se hace un comité técnico; existen casos específicos de atención a un paciente que no se sabe si un tratamiento es pertinente o no, entonces se reúnen tres o cuatro personas, se analiza el caso y se define si corresponde o no autorizarlo. En algunos casos por ejemplo, cuando un médico en consulta encuentra un caso extraño que le llama especialmente la atención a veces llama a los compañeros e incluso algunos de la administración, se analiza el caso de ese paciente, se decide sobre lo que le podrían hacer dentro de lo que se le puede ofertar y si no se lo puede atender directamente entonces se decide hacia donde lo dirigirlo, esto se hace muy frecuentemente.

Se hacen evaluaciones a las diferentes áreas de servicios como son afiliaciones, sistemas de información, contabilidad, medicamentos. Se rinden informes cada 15 días más o menos al Consejo Directivo y a la Asamblea General anualmente con los ítems mas relevantes.

1.4 Participación de los afiliados. Ese informe de trabajo se lo presenta también en la asamblea de asociados con los temas mas relevantes, a veces se explican los procesos cuando se los ha modificado porque en el desarrollo de los mismos se ve que alguno no es funcional; de otra parte se explica cuando se empieza un cierto proyecto, porque no funcionó y entonces se le pueden introducir modificaciones de acuerdo a los resultados de su evaluación.

En la asamblea general se rinde un informe completo sobre las evaluaciones realizadas a cerca de la gestión del SIS durante el año.

1.5 Evaluaciones externas. La secretaria de salud departamental ha realizado auditorias en cuatro ocasiones pero nunca ha enviado un informe escrito sobre los resultados. Las dos primeras veces fue por unas quejas que habían ante ese organismo, posteriormente ha venido la Contraloría General de la República; también de la Superintendencia Nacional de Salud se recibió una visita en la sede de Bogotá para verificación sobre los recursos que se tenían y finalmente la mas importante ha sido la evaluación del CIMDER, esta se hizo a todas las Empresas Solidarias del país y fue bastante extensa. Este estudio fue contratado por el Ministerio de Salud con la Universidad del Valle y su centro de estudios el CIMDER.

La Secretaría Departamental de Salud ha realizado 4 evaluaciones, dos de ellas por alguna queja ante ese organismo. La Contraloría General de la República. La Superintendencia Nacional de Salud con el fin de verificar recursos. El Cimder realizó una evaluación a todas las empresas solidarias del país.

1.6 Las conclusiones. El CIMDER (Investigación contratada por el Ministerio de Salud con la Universidad del Valle), realizó una reunión nacional y expuso en forma general los resultados del estudio, pese a que hicieron encuestas y visitas y prometieron que iban a tratar de identificar las fortalezas y las debilidades para que pudieran aplicar correctivos sin embargo no retroalimentaron específicamente a cada empresa.

De otra parte, la Superintendencia Nacional de Salud en el proceso de verificación levantó un acta y dejó una constancia, la Contraloría hizo unas recomendaciones verbales y la Secretaria de Salud nunca se ha pronunciado.

El Cimder realizó una reunión nacional y se expusieron en forma general los resultados pero no hubo un informe específico para cada empresa. La Superintendencia Nacional de Salud levantó un acta, la Contraloría General de la República hizo unas recomendaciones en forma verbal y la Secretaria de Salud no se ha pronunciado.

2. Punto de vista de los responsables

2.1 Puesta en marcha del SIS

2.1.1 Factores de éxito de Coesperanza. El principal factor de éxito es la posibilidad de generar “tejido social”, de poder movilizar a la gente en una forma organizada y positiva, porque también la idiosincrasia de la gente en Boyacá, está es muy dada a ser individualista, no hace acciones colectivas y con lo que se ha trabajado se ha despertado la posibilidad de hacer cosas en grupo. Los campesinos anteriormente hacían trabajo colectivo pero en este momento no. Otra cosa importante es la posibilidad de que esa comunidad aprenda los beneficios que establece la Constitución Política, que aprenda a utilizar sus derechos y a cumplir sus deberes, ese es un factor que es externo a lo que es la salud pero la Gerencia cree que es positivo y que sería como un valor agregado; dado que la ESS es una empresa de salud pero que paralelamente también presta una función social relevante.

En cuanto a la parte de prestación en si de prestación del servicio de salud, se considera que en la región donde esta Co-Esperanza, es la Administradora del Régimen Subsidiado que mas ha cumplido con las normas, en comparación por ejemplo con las Cajas de Compensación Familiar y con las EPSs privadas. La ESS se ha impuesto la obligación de hacer las cosas, tal como están como están normadas, para ver si es posible poner en práctica el experimento del sistema de seguridad social así como se tiene, e incluso en algunos casos, según lo estiman, la ESS se ha extralimitado. En ese sentido la gente le ha dado confiabilidad a la empresa, saben que allí si se cumple, esto ha traído un efecto secundario otras complicaciones porque a veces la gente ha acudido con cosas que no son de la competencia de la ESS para ver si se las solucionan y en un momento dado hay gente que se siente desilusionada porque no se las solucionan. A veces por ejemplo se ha ayudado a la gente a hacer alguna solicitud, ha hacer “derechos de petición” ante las autoridades etc. Ha sido necesario entonces necesario enseñarle a los ciudadanos que hay cosas que son competencia de otras instancias.

Confiabilidad que inspira la empresa, trato humanizado por parte del personal de la empresa a los afiliados, es la administradora que mas cumple con la normatividad.

2.1.2 Dificultades encontradas. Entre las dificultades más importantes se encuentran las reacciones adversas de la clase política o de las personas que manejan el poder, pues al ver que no han podido absorber a la ESS, esto le ha generado una cantidad de ataques y muchas dificultades sobre todo en la

posibilidad de crecer según lo exigen las normas, o sea, teóricamente hay una libertad de mercado, una libertad de escogencia, pero como también hay coacción política en determinadas regiones, entonces no se deja que los afiliados practiquen la libre elección. Con los alcaldes no se hace “ningún negocio de prebendas”, ni se otorga ningún tipo de contraprestación para la administración municipal (fuera de la salud) y eso genera malestar porque la clase política está mal acostumbrada.

Otra dificultad, es la competencia desleal de otras ARS en el área en donde opera Co-Esperanza y la falta de presencia de los órganos de vigilancia y control del Gobierno. Según la Gerencia las normas están claras y antes cree que hay demasiadas normas, que sin embargo no se aplican. Las empresas solidarias de salud que están en el área muchas veces tienen prácticas no autorizadas y hacen competencia desleal pero amparadas en que nadie vigila.

Otro factor de dificultades que se tiene es que la ESS debe responder por un cierto número de servicios de salud que están muy especificados en la Ley y pero que no es todo el servicio al que tienen derecho las personas, pues la otra parte se la debe cubrir con la red pública, la cual todavía no ha entendido qué es lo que le toca o se quiere hacer el que no entiende. Esta situación genera una insatisfacción en los usuarios, porque cogen a “pelotearlo” de un lado al otro y el usuario a veces no entiende porque le hacen dar tantas vueltas y muchas veces cree que es negligencia de la ESS. El engranaje con la red pública es entonces muy deficiente.

Otra dificultad es que supuestamente existen los órganos de control social para vigilar algunos problemas y se ha tratado de hablar con los personeros para la conformación de esos órganos de control social, pero la gente tiene temor porque los alcaldes se lo infunden por si dicen algo y los amenazan que si hablan entonces los sacan del sistema. La falta entonces de valor civil y de asumir su participación dentro del sistema hace que la gente deje que las cosas pasen y no actúa. Esto ha hecho que la focalización de los subsidios no funcione como debiera. De otra parte, muchas veces el alcalde y el personero pertenecen a la misma corriente política y esto hace que la gente no proteste.

Las reacciones adversas de la clase dirigente y de los políticos impiden la libre elección por parte del usuario. Existe competencia desleal de las ARSs del área. Falta de presencia de los organismos de vigilancia y control. Falta de claridad en las normas en cuanto a las competencias de las empresas solidarias y la red pública.

2.1.3 La modificación de las actitudes. Inicialmente, la comunidad ha estado bastante receptiva. En algunos municipios se ha logrado incluso que la comunidad haga un “cabildo abierto” por problemas que tienen que ver con salud, y la gente sabe que tiene el poder suficiente para convocar a la plaza y todo el mundo se reúne y habla y citan al alcalde.

Los Alcaldes. Los alcaldes estaban satisfechos pero esperando alguna retribución y como no se dio esta se generó una reacción en contra. Los nuevos alcaldes no entendían cómo era el sistema y no tomaron ninguna actitud al principio, posteriormente trataron de sacar ventaja y muchos tuvieron una actitud en contra porque decían que esa “plata” (el dinero de salud) era del municipio, entonces que exigían que a cambio de entregarlo les dieran “puestos” en la ESS. Muchos alcaldes posteriormente han cambiado de actitud hacia una posición positiva, la política de la ESS es que cuando ve un alcalde en una actitud muy negativa

entonces se le empieza a hacerle conocer las normas. Sin embargo, sólo hay unos pocos, quizás un 10%, que definitivamente ha rechazado la presencia de Co-Esperanza en su Municipio.

Los Hospitales Públicos. Inicialmente los hospitales públicos vieron la posibilidad de obtener “dinero fácil” por el sistema de capitación (pues pensaban que podían recibir el dinero y no prestar el servicio), Co-Esperanza se opuso inicialmente a la capitación y prefirió el sistema de pagos por servicios comprobados, previendo que la gente ni sabía bien de cómo se usaban los servicios y probablemente los hospitales lo que buscaban era captar recursos pero no prestar los servicios; esta política inicial generó problemas con casi todos los hospitales y los puso en contra de la empresa, no obstante esta situación también ha ido cambiando. Ahora le dicen a la ESS que es el mejor cliente porque adoptó la política de pagar lo mas pronto que se pudiera los servicios a los hospitales públicos. En este momento la ESS ha aumentado también los sistemas de control y se tiene una auditoria mas fuerte.

La Secretaria Departamental de Salud. Con respecto a la Secretaria Departamental de Salud, inicialmente, cuando se repartieron los primeros contratos lo hicieron muy sesgadamente, fue así que a una sola administradora le dieron mas de la mitad de los afiliados sin criterio alguno, posteriormente para evitar problemas se obligó a las diferentes administradoras a hacer “un pacto de caballeros” por el cual a los afiliados no se podía pasar a ninguna empresa y eso generó naturalmente una situación de descontento dentro de la comunidad. Esto fue en el primer año, luego entre el 96 y el 97, y posteriormente entre el 97 y el 98 otra vez ocurrió lo mismo y ya los usuarios reclaman cuando no se pueden cambiar libremente, precisamente en este momento. La ESS tiene un pleito por mas o menos 4.000 usuarios que se quieren cambiar para Co-Esperanza; sobre este punto se han hecho denuncias ante la Secretaria de Salud pero no se hecho, también se han adelantado denuncias ante la Superintendencia, ante el Ministerio, ante la Defensoría del Pueblo, pero pese a que la ley esta escrita al parecer estas entidades no quiere leer lo que dice la norma; precisamente al respecto de la función obligatoria de los personeros en la vigilancia de la transparencia del proceso de afiliación, estos no participan como es debido y muchas veces los personeros están a favor de alguna empresa en particular.

Las Organizaciones Campesinas. En cuanto a las agrupaciones campesinas estas han querido intervenir, igualmente las Juntas de Acción Comunal, pero lo que pasa es que la acción comunal ya no es una organización de la comunidad sino que es mas bien de alguna gente, impuesta generalmente por un político, pero en algunas partes lo que es la comunidad realmente organizada ha aportado a la ESS y se han tenido muy buenas relaciones, a veces incluso solicitan alguna colaboración o asesoría.

Los Sindicatos. En relación con las agremiaciones sindicales, generalmente de los hospitales, inicialmente se tuvieron problemas, porque ellas veían a las ESS como las que les estaban quitando “la plata” y como los hospitales tienen muchos problemas presupuestales, ellas decían que lo de la transformación de los subsidio de la oferta a la demanda les había quitado recursos y que las ARS eran las culpables de su crisis financiera. En el último tiempo las relaciones con los sindicatos del sistema hospitalario ha mejorado, igualmente con los mismos hospitales.

Las Agremiaciones. En lo que tiene que ver con las agremiaciones de otra índole no se han tenido relaciones porque prácticamente todos los afiliados de Co-Esperanza son trabajadores informales no agremiados mediante organizaciones sindicales.

Los Partidos Políticos. La reacción de los partidos políticos al comienzo fue de tratarse de meter dentro de la empresa pero sus directivos no quieren ampararse con ningún sector político porque se estimó que se generarían problemas, y eso ha producido que no hayan intentado meterse de nuevo; los partidos ya comprendieron que Co-Esperanza no se va a comprometer con ninguno de los actores políticos.

La comunidad siempre ha estado bastante receptiva. Los alcaldes en un principio estaban a la expectativa esperando alguna retribución de parte de la empresa pero como no se dio se generó una reacción en contra y actualmente muchos de ellos han cambiado su actitud en una forma positiva. Los hospitales inicialmente vieron la posibilidad de obtener recursos y no prestar el servicio (capitación) y como hubo oposición por parte del SIS se crearon problemas con casi todos los hospitales, esto ha ido cambiando positivamente. Los partidos políticos inicialmente trataron de vincularse a la cooperativa pero no fueron admitidos y esto originó que ya no insisten”.

2.2 Dinámica de la afiliación.

2.2.1 El conocimiento de los beneficiarios. Dentro de los programas que había planeado la ESS con la comunidad lo primero que hizo fue enseñarle a la población beneficiaria las normas legales, sus derechos etc.. Muchas personas veían inicialmente el Régimen Subsidiado de Salud como un regalo del alcalde, como una bondad del alcalde de turno y eso hacía que asumieran un comportamiento totalmente servil con ese alcalde; la ESS empezó entonces a decirle a la gente que eso era un derecho que tenían independientemente de cualquier alcalde y esas ideas han prosperado porque la gente ahora le exige tanto al alcalde como a la ESS también. Cuando las personas tienen duda llegan a la ESS y preguntan. El resultado es que lo que tenían al comienzo como un regalo del alcalde ya la gente ha empezado a entender que es un derecho, y la ESS les ha explicado las normas legales.

Una de las principales tareas emprendidas por el SIS desde el comienzo fue hacerles conocer a los beneficiarios la norma legal con lo cual se ha logrado que la mayoría conozcan sus derechos y deberes.

2.2.2 Factores que limitan la afiliación. La desconfianza inicial que pudiera haber existido al comienzo entre la comunidad se ha disipado totalmente y al contrario existe una presión social para ingresar al sistema de aseguramiento en salud. La única limitación importante a la expansión del Régimen Subsidiado de Salud (SIS) es el factor económico. Si no hay disponibilidad de recursos en el municipio y en el Fosyga no es posible afiliar nuevos usuarios.

2.2.3 Renovación de la afiliación. Todas las personas por lo general renuevan su afiliación sólo se sabe del caso de una familia que se retiró y existe una disputa sobre otras doscientas que han sido incentivadas por otra ARS para retirarse pero el Alcalde no ha autorizado.

2.2.4 Motivos de satisfacción o insatisfacción de los beneficiarios. No existe un registro sistematizado que muestre el grado de satisfacción de los usuarios, pero si hay encuestas de satisfacción, incluso una de las evaluaciones del Cimder, el cual hizo encuestas en población y una de las cosas que nos dijo el consultor que hizo la Encuesta es que había encontrado que la gente estaba muy satisfecha.

En ocasiones se filman las reuniones con la comunidad en donde se registran también manifestaciones de satisfacción.

2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores

2.3.1 Mejoras en el acceso de los beneficiarios a la atención médica. El Régimen Subsidiado de salud y en especial las empresas solidarias como Co-Esperanza que lo administran, ha permitido que mucha gente tenga acceso a los servicios, que antes no lo tenía, porque la ESS inicialmente empezó a trabajar con los grupos extramurales, que fue la metodología con que empezaron en general las empresas solidarias antes de que fueran consideradas administradoras, y se con ellos generó un cambio en el acceso de la comunidad hasta el punto de llegar a veredas lejanas donde no hay puesto de salud en las cuales se improvisaban sitios para atención y se hacían acciones de salud. Esas acciones extramurales sirvieron para cambiarlo un poco la visión al usuario pues ahora para ver al médico no tenía que bajar al pueblo sino que el médico iba cada cierto tiempo a su lugar de residencia.

De otra parte, también se modificó la forma de prestar los servicios ambulatorios en la sede de Co-Esperanza consiguiendo que este fuera más personalizado. Después que cambió la forma de prestar el servicio, la gente lo entendió y acude con más frecuencia e incluso muchas veces sobreutiliza el servicio, porque la conclusión “filosófica” de ellos es que antes sin carnet no se podía ir pero ahora si se puede con el carnet. Es así que, la población campesina cuando baja a mercadear sus productos pasa por donde el médico tenga o no tenga problemas de salud, y a veces llevaban incluso 3 ó 4 niños para que los vea el médico, copando así la posibilidad de ingreso de otros afiliados; esta situación ha obligado a la administración de Co-Esperanza a negociar con los afiliados. Estas situaciones muestran en todo caso que la accesibilidad ha mejorado. De otra parte también ocurre, cuando son IPSs contratadas, que los afiliados ya saben que puede exigir y lo hacen, la población pobre ya está aprendiendo a utilizar su derecho. No obstante, en algunos sitios, por ejemplo en zonas donde no hay carreteras, no ha mejorado mucho el acceso, porque en algunas ocasiones se han tenido dificultades para encontrar alguien que vaya hasta allá a prestar el servicio y por esta razón la ESS se ha tenido que idear una forma de hacer jornadas de salud.

El SIS inicialmente a través de los grupos extramurales facilitó el acceso a los servicios de salud llegando a las veredas más alejadas y en la actualidad con el régimen subsidiado de salud hay mayor acceso e incluso sobreutilización del servicio.

2.3.2 El paquete de beneficios y las necesidades prioritarias. La administración de Co-Esperanza considera que dentro del Plan Obligatorio de Salud –POS- con el cual se inició el sistema de seguro en el primer nivel de atención se incluyeron las patologías que tenían mayor frecuencia y de mayor cobertura población, en el segundo y tercer nivel, se incluyeron las poblaciones

mas vulnerables, las embarazadas y los menores de un año y se ha tenido un cuarto nivel con las enfermedades catastróficas mas corrientes. Se puede concluir que el diseño del paquete básico como estuvo bien planteado inicialmente aunque con limitaciones si se tiene en cuenta el límite del recurso financiero, o sea la capitación por persona (UPC) que fue calculada para esa cobertura.

Posteriormente, el Consejo Nacional de Seguridad Social fue agregando otros servicios dentro del plan y al parecer se hicieron algunos estudios de que no se estaba aplicando todo el dinero al gasto en salud dentro de las Administradoras del Régimen Subsidiado y que había que agregar entonces mas servicios y por esto incluyeron las enfermedades que tenían que cubrirse antes con la red pública. Co-Esperanza se queja que la agregación de nuevos servicios y responsabilidades par alas ARS no se ha hecho en la misma proporción en que se han reconocido los costos y se ha incrementado la unidad de pago por capitación.

El POS o plan obligatorio de salud incluye las patologías que tienen mayor frecuencia y que afectan a un mayor número de personas en la población.

2.3.5 La prevención y educación para la salud. Co-Esperanza considera que Incluso la Prevención y la Educación para la Salud son meta específica y que lo que se pretende es cambiar los comportamientos en la población y afirma que en orden a esta perspectiva ha hecho todo lo posible. Generalmente, lo que sucedía con la prevención y la promoción de la salud era que se consideraba la “parte boba” del servicio, la gente se preguntaba: ¿eso para qué sirve? y seguramente todavía no lo entienden ni siquiera los organismos de salud. Por lo general las Secretarias de Salud contratan cualquier persona como promotor y le enseñan a decir unas cuantas cosas pero no tienen una metodología sobre qué es lo que se pretende con eso y no generan cambios de comportamiento en la población; la prueba está, según Co-Esperanza, que desde el año 1975 cuando se creó el SNS que tenia incluido en sus programas la promoción y prevención con las promotoras, estas en realidad fueron gente de baja formación escolar que las capacitaron para hacer determinadas cosas pero no muy adecuadamente.

Co-Esperanza hizo un experimento con la OMS sobre actividades de prevención de enfermedades de la infancia con gente que no tuviera casi formación en salud, aun no se ha producido una retroalimentación con el resultado pero la idea era hacer una prueba no en hospitales, ni con técnicos o profesionales de la salud sino con gente de la comunidad. A la OMS le pareció bastante buena la experiencia porque esto genera en la comunidad gente que ayude a vigilar donde aparezcan puntos de riesgo y que sepa asumir una conducta, dirigir a otras personas. Ese es un esquema que busca repetir Co-Esperanza, de hecho trata de inculcar muchos comportamientos en la comunidad y para tal efecto se ha vinculado recurso humano bastante capacitado. La ESS hace prevención y promoción por intermedio de las auxiliares pero tiene también profesionales del área de la salud especializados en el área de la medicina familiar la cual es sometida a vigilancia especial. Co-Esperanza esta convencida que es lo único que puede garantizar que realmente la gente produzca un cambio de comportamientos frente a su riesgo y que la metodología que se debe utilizar es necesariamente la de la participación, además de involucrar al usuario para que el digiera lo que está recibiendo y lo reproduzca dentro de su modo de vida. Para eso le ha sido necesario a la cooperativa generar una metodología especial.

Uno de los principales objetivos del SIS es cambiar el comportamiento frente al riesgo de enfermar y promover la cultura de la salud y para ello realiza frecuentemente acciones de prevención y promoción, en las cuales participa activamente la comunidad.

2.3.6 La calidad de la atención médica. La calidad de la atención ha mejorado y al menos un indicador de esta mejora es el hecho de que ha disminuido el tiempo de espera, la atención es mas humanizada y se traduce en el aumento del número de beneficiarios y de la frecuencia con que se hace uso de los servicios del SIS.

2.3.7 Los problemas de acceso. Entre los afiliados a Co-Esperanza el acceso a los servicios se mejora evidentemente pero en zonas apartadas todavía hay dificultades debido al deterioro o inexistencia de las vías de comunicación. La alternativa para llegar a esas comunidades ha sido el desarrollo de la estrategia de los grupos extramurales que viajan hasta las zonas rurales.

2.3.8 Los cambios en los modos de facturación de los prestadores.

Co-Esperanza inicialmente insistía mucho en que se hiciera la facturación por el método de pago por servicio prestado en lugar de la capitación, porque era la forma de comprobar que realmente se prestara el servicio que se cobraba y en ese momento las instituciones prestadoras de servicios lo que buscaban era guardar el recurso financiero y no prestar el servicio; la empresa insistió en esa modalidad de facturación y quizás fue beneficiosa en ese año; inicialmente las instituciones no sabían facturar pero posteriormente aprendieron que facturando obtienen recursos y entonces especializaron a su personal en ese servicio. Pero al continuar manejando ese modelo se observó además el fenómeno de la demanda inducida y hubo momentos en que las instituciones públicas facturaban cosas que no se hacían y además se cobraban tarifas muy altas.

Ahora en este año de 1999 se ha hecho una combinación de las dos métodos: facturación por capitación y por servicio prestado. Es así que según los cálculos hechos, lo que es con promoción y prevención muchas actividades corresponde hacerlas a unas tarifas muy bajas y lo mejor es contratarlas por paquete; la cooperativa llego entonces a la convicción de que estos servicios lo mas conveniente ha sido contratarlos por capitación con metas sobre un monto fijo de dinero y poco a poco se ha perfeccionado la manera de hacer el control de tal forma que sea mas ventajoso para los usuarios y para la empresa.

En cuanto a primer nivel de atención: lo que es consulta externa, laboratorio, imágenes diagnósticas y sobre todo odontología, son actividades que al facturarlas en forma individual pueden salir muy caras y además que se pueden prestar a falsedad en los reportes porque al usuario le pueden hacer por ejemplo una resina de una superficie y facturar tres o cuatro superficies y la única forma de comprobarlo es hacer auditoría en boca. Si esto se quisiera hacer seria necesario montar un aparato de auditores que le hicieran un examen previo al paciente y le dijeran que actividades se les autoriza y se les entregue un recibo y cuando se lo hagan vuelven para comprobar que se lo hicieron.

Hoy la Cooperativa cree que la prestación de servicios en el primer nivel es mejor pactarla por capitación y montarle algunos controles que es lo que se está haciendo ahora y en ese sentido se ha mejorado.

2.3.9 El control sobre la facturación. El estricto control sobre la facturación es una de las formas de contener el costo y dentro de las cláusulas contractuales esta previsto que si se comprueba mala fe se puede cancelar el contrato inmediatamente.

La devolución de facturas a los proveedores tiende a aumentar con el perfeccionamiento de la auditoría; inicialmente en auditoría lo único que hacía era la denominada “auditoría del servicio”, la cual consistía en comprobar si el usuario era realmente un afiliado y establecer si el servicio estaba bien prestado, pero no se tenían suficientes personas haciendo esas actividades, en cambio hoy el mejoramiento de la auditoría es sensible gracias al aumento de las personas que hacen control. Paradójicamente la introducción de la sistematización hace más difícil establecer el control porque el medio magnético es muy fácil de cambiar.

Las facturas son cuestionadas con frecuencia porque se han perfeccionado los sistemas de auditoría.

2.3.10 El poder de negociación con los prestadores. Inicialmente, la Cooperativa impuso las reglas del juego en la contratación, incluso en un momento los hospitales amenazaron con bloquear al Seguro de Salud porque no accedía a lo que ellos planteaban amenazas semejantes han venido también de las alcaldías. No obstante, en ese momento había ofertas de entidades privadas que ofrecían precios por debajo de las tarifas oficiales del Ministerio de Salud dado que en ellas existía una fuerte de subutilización del servicios. Antes de la reforma en 1993 se venía de un momento en que fue muy buen negocio montar clínicas privadas, pero ahora ya la gente está en el régimen contributivo o está en el subsidiado y el porcentaje de población que tiene capacidad de pago y que puede decidirse por recurrir a proveedores privados es muy poca.

En este momento, la concertación es mucho más equitativa, por ejemplo en algún municipio hay dos oferentes, el alcalde de un municipio por un lado que tiene un servicio de salud y el hospital de otro municipio tiene otro servicio, entonces la actitud de la cooperativa es sentarse con los dos y negociar, consiguiendo solucionar el conflicto entre el alcalde y este hospital.

Respecto a los oferentes de medicamentos, hay también el poder de negociación por parte de la cooperativa; hay que considerar que la institución ha tenido la bandera de no recibir porcentajes bajo la mesa por nada, y así puede lograr hasta un 80% de descuentos sobre el precio de venta al público o a veces más. En la medida en que la empresa obtenga un precio mas bajo va a tener mayor oportunidad de conseguir todos los medicamentos. La gerencia manifiesta que tiene preferencias por ningún laboratorio y selección es cuestión es calidad y precio.

En un comienzo el SIS impuso las reglas del juego y a raíz de esto se intentó un bloqueo por parte de los hospitales pero no resultó, en este momento la concertación es mas equitativa y hay oferta de tarifas por debajo de las tarifas SOAT debido a la fuerte subutilización de los servicios. En cuanto a medicamentos hay también poder de negociación con los diferentes laboratorios.

2.3.11 Otras dificultades con los prestadores. El otro gran problema que se presenta es la mora en los pagos, lo cual causa los mayores conflictos con los prestadores. La Cooperativa tiene por política agilizar los pagos pero en ocasiones se ha demorado porque a su vez los municipios demoran los pagos de los subsidios, o por efecto de los controles que impone la

auditoria de las cuentas estas deben ser revisadas lo cual también puede ocasionar demoras.

2.4 Pago de aportes.

Tal como se ha expresado en otros apartes, las cotizaciones no financian al SIS pero si los aportes del Estado (municipios y Fosyga) y estos presentan un retraso considerable y permanente igual o superior al 43% de los ingresos efectivos ordinarios. Esto se ha visto agudizado por la crisis fiscal y económica que vive el país y que en ocasiones obliga a los municipios a retener los pagos al régimen subsidiado y colocar este dinero a rendir en cuentas Bancarias para obtener así recursos adicionales que se desvían hacia el gasto ordinario de los municipios.

2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios

El aporte del Estado se realiza según una estimación anual denominada Unidad de Pago por Capitación, la cual debería cubrir el 100% del Plan Obligatorio de Salud. Durante los primeros años (1995 a 1997) estos pagos fueron no solo suficientes sino excesivos, debido a que la población no era todavía consciente de sus derechos y no conocía suficientemente el acceso a los servicios. Desde 1998 se ha presentado una situación de déficit que ha obligado a colocar controles a la demanda excesiva, y debido a la crisis fiscal del Estado para 1999 el valor de la capitación no fue reajustado lo cual hace prever que su valor será insuficiente para cubrir la demanda de servicios este año.

2.6 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro

2.6.1 La selección adversa. Co-Esperanza opera dentro de las reglas fijadas a nivel nacional para seleccionar sus afiliados y esto impide que en una primera etapa se pueda presentar una situación de selección adversa por razones de riesgo en salud, pero puede facilitar otras situaciones de selección diversa por ejemplo por razones políticas.

Efectivamente, los Alcaldes municipales son quienes contratan con particulares la aplicación de la encuesta denominada SISBEN (Sistema de Identificación de beneficiarios) la cual se aplica a los hogares sin ningún tipo de exclusión por razones de salud. Posteriormente los listados con los seleccionados son distribuidos entre las Administradoras del Régimen Subsidiado que operan en cada municipio y estas los buscan para carnetizarlos e instruirlos sobre sus derechos y la forma de acceder a ellos.

Podría presumirse que exista la tendencia en la Empresa Solidaria de Salud para deshacerse de los “riesgos costosos” pero existe el mecanismo del reaseguro de naturaleza obligatoria y colectiva por el cual todas las enfermedades de alto costo (quizás de mas de US 10.000 persona año) están debidamente amparadas. Sólo ocurre selección adversa cuando la empresa reaseguradora así lo practica pero se supone que la Empresa Solidaria deberá impedirlo, no obstante hay casos en las reaseguradoras estimulan en forma indebida a las ARS supuestamente para que hagan un buen uso del reaseguro lo cual significa no reportar los casos que en ocasiones se requieren.

De otra parte, para evitar la selección adversa de los ancianos, los niños y las mujeres el sistema tiene previsto captaciones anuales diversas de tal manera que correspondan a los

costos diferencial por riesgo atareo o de genero y desestimulen el rechazo de alguno de estos grupos.

2.6.2 La limitación del riesgo moral. En los primeros ejercicios del Régimen Subsidiado de Salud la ignorancia y la falta de credibilidad en el sistema impidió que se dieran casos de riesgo moral significativos; sin embargo, posteriormente cuando los beneficiarios han conocido la efectividad de sus derechos entonces se ha presentado la tendencia a la sobreutilización de los servicios en forma innecesaria y mas aun porque afiliados temen perder su derecho hacia el futuro sobre todo cuando se esta cumpliendo un año con el carnet y que este debe ser sustituido. Se dan casos de familias campesinas que aprovechan el día de mercado deciden visitar colectivamente al medico y hacer revisar uno a uno sus miembros. Antes estos casos la Cooperativa ha debido realizar una campaña educativa sobre el uso de los servicios e incluso negociar con quienes se encuentre haciendo fila para cita de tal manera que de prelación a quienes mas la necesitan.

De otra parte, es común que los afiliados presten el carnet y sus documentos de identidad a otro vecino que no esta afiliado e incluso esta misma situación se presenta en las mismas áreas de hospitalización en donde los afiliados prestan su carnet al vecino de cama para que pueda recibir ciertos exámenes o medicamentos con cargo a la ESS. Ante esta situación, la Cooperativa ha retirado algunos carnet como sanción pero sobre todo se hace labor educativa para evitar estas practicas que son dificiles de detectar.

2.6.3 El aumento de los costos. Inicialmente entre 1995 y 1997 en Co-Esperanza no existió el problema de los sobrecostos y al contrario en esa cooperativa al igual que lo ocurrido con las mayoría de las administradoras del régimen subsidiado en el país, durante los primeros ejercicios se produjo un gran superávit presupuestal debido a que el Gobierno asignó un per capita por cada beneficiario predefinido por el sistema de identificación de los beneficiarios, pero ese afiliado inicial no conocía sus derechos o no creía que fueran efectivos, no sabia cual era la ruta de accesos para demandar los servicios e incluso en ocasiones no estaba debidamente carnetizado. Por estas razones el régimen subsidiado contó con financiación pero con muy poco cubrimiento efectivo de servicios.

Sin embargo, la realidad inicial fue cambiando y a medida que los usuarios tomaron conciencia de sus posibilidades empezaron a utilizar los servicios y al observar que eran atendidos se creo un estimulo adicional a la sobreutilización. Al comienzo la Empresa Solidaria tenia muy presente lo que implicaba ser “solidaria” pero tenía poco claro la parte “empresarial” de ganar estabilidad y obtener superávit, se va mas a prestar el servicio y se descuida la parte de rentabilidad, pero en el año pasado (1998) ya se empezó a notar un desfase entre ingresos y egresos, porque hubo fallas de auditoria, hubo sobrefacturación.

La forma que ha visto la administración para el control de costos esta en el desarrollo de los sistemas de información y la auditoria. Es necesario dicen: definitivamente montar mas auditoria con los servicios contratados porque se ha evidenciado sobrefacturación en instituciones públicas y en las privadas aunque en menor proporción. Las públicas incluso utilizan tarifas de un procedimiento que está mal codificado o sobre el cual no hay claridad en las tarifas SOAT, hay casos en hay vacíos jurídicos y eso implica pérdida. Sobre las dudas se han hecho consultas a todas las instancias, pero no hay celeridad en los órganos de dirección, control y vigilancia, y no hay respuesta rápida generándose así unos vacíos donde se desperdician recursos por no tener claridad.

Otro aspecto que debe ser tenido en cuenta es que el sistema de Seguridad Social en Salud está previsto en la ley como un sistema de libre escogencia, pero la experiencia muestra que esa alternativa no se puede aplicar indiscriminadamente porque el usuario cuando tienen muchas posibilidades, generalmente hace uso de todas ellas en forma innecesaria y no hay mecanismos de control de todas las instituciones y además los prestadores son de muy diversa índole, pueden ser públicos o privados, entonces no se puede cruzar la información oportunamente sobre cuantas veces un usuario determinado hizo uso de los servicios.

Inicialmente las instituciones facturaban mal y Co-Esperanza no tenía los mecanismos de control afinados y dejó pasar muchas cosas, se hicieron pagos excesivos y además se produjo posteriormente la sobreutilización del servicio. Para controlar los costos se ha mejorado el sistema de información y se ha aumentado la auditoría en los servicios contratados ya que es allí donde más sobrefacturación se produce. Se presume de otra parte que a partir del 1 de Enero del 2000 cuando ya haya todo un sistema de información unificado y desarrollado la situación será diferente.

2.6.4 El Reaseguro y el Fondo de Garantías. Por obligación legal todas las Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud deben comprar a una empresa de seguros de salud el denominado “reaseguro” para enfermedades de alto costo. Por reglamentos expedidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se incluyen en este reaseguro las veinte enfermedades más costosas y que su eventual pago a costa del bolsillo familiar necesariamente tendría un efecto económico catastrófico. Entre estas enfermedades se encuentran: el cáncer, el SIDA, el transplante de corazón.

Según la gerencia de Co-Esperanza, el cubrimiento de las enfermedades de alto costo inicialmente era mejor asumirlo directamente pagándolo con un porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación anual que está destinado a estos riesgos, pero en este momento a medida que se ha incrementado la demanda de servicios, es mejor tener el reaseguro.

De otra parte, la redacción de los reglamentos que regulan el alto costo tiene algunas imprecisiones y esto ha producido que algunas aseguradoras no reconozcan algunos costos. El CNSSS debe entonces clarificar más y llenar algunos vacíos que dejan duda, para evitar que las aseguradoras jueguen y no paguen. Con el tiempo no obstante hay que reconocer que la norma ha venido clarificado un poco los vacíos y que también está el mecanismo de hacer la consulta puntual cuando hay discrepancia.

Por otro lado, las aseguradoras buscan por supuesto evitar el pago de los siniestros o por lo menos sacarle el cuerpo a la mayoría; estas empresas por lo general en el primer contrato, se la juegan y corren el riesgo con el cliente pero en el segundo contrato suben la pólizas para recuperar las pérdidas eventuales del primer ejercicio.

De todas maneras, las primas han bajado porque las pólizas son colectivas y obligatorias, pero la siniestralidad aumenta. Las aseguradoras inicialmente buscaban rechazar cualquier reconocimiento, pero ahora hay una tendencia a aceptar, porque existe mucha competencia entre ellas, e incluso están ofreciendo más cobertura que la exigida por el CNSSS (Acuerdo 72) y además otorgan algunos valores agregados, esto ha hecho que las primas no se eleven tanto como era de esperarse. Co-Esperanza estima que en este momento incluso convendría asegurar otras patologías que son de mediano riesgo e incluso en este momento hay varias ofertas en el mercado.

Finalmente una valor que pueden aportar las aseguradoras es en la auditoria pues que ellas tienen personal muy especializado en rechazar, entonces cuando ellas se encargan de auditar a las IPSs estas no les pueden hacer trampa porque tienen personal mas especializado que la Cooperativa.

Además del reaseguro de enfermedades de alto costo existe en el sistema colombiano el denominado Fondo de Solidaridad y Garantía el cual canaliza los aportes de solidaridad que provienen desde el régimen contributivo para distribuirlo entre todas las administradoras del régimen subsidiado. No obstante, este fondo no responde hasta ahora por el exceso de costo que se pudiera ocasionar en el suministro del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados por lo cual no cumple con funciones de “Garantía”. Quien debe responder por el exceso eventual de costo es la propia Empresa Solidaria de Salud lo cual ha llevado a desarrollar el debate según el cual . en el sistema colombiano hay ambigüedad respecto a denominadas ARS y no se sabe si son “aseguradoras” o “administradoras”, y no existe claridad qué papel de estos dos es el que se está desempeñando. El Gobierno para unas cosas las considera simplemente como “administradoras” de unos recursos públicos y como tal establece múltiples reglamentos y controles pero de otra parte, las deja correr con el riesgo del exceso de costos con lo cual se estarían considerando como “aseguradoras”.

2.7 Fraudes

2.7.1 Los tipos de fraude. Existen diferentes tipos de fraudes unos por parte del afiliado y otros por parte del prestador de los servicios:

Del afiliado: Por parte del usuario o afiliado lo mas frecuente es que preste el carnet a otra persona de la familia, dado que la cobertura del sistema no es universal y hay mucha gente que está por fuera y que a veces es allegada al usuario y como la forma de comprobar los derechos es con el carnet y la cédula de ciudadanía , el usuario presta el carnet y también la cédula entonces es difícil ejercer algún control. En los municipios con los niños menores todavía la dificultad es mayor y Co-Esperanza se ha dado cuenta porque a veces aparece el mismo usuario con el mismo nombre y con diferente edad.

Otra caso es de la persona que esta pensando en que se quedando sin “el lucro” que le da el carnet y va a todos lados y recibe medicamentos y luego los negocia, al parecer hay intercambios de medicamentos por comida y hay quejas de la comunidad que ha visto esta modalidad compraventa. Co-Esperanza inicialmente no tenía marcados los medicamentos pero últimamente se ha negociado con los proveedores para que los marquen.

Del Prestador: Del lado por parte del prestador de servicios también ocurre un fraude cuando el induce la demanda y a veces induce a que la gente le preste el carnet al otro, porque por ejemplo los medicamentos a veces los hospitales no los tienen, entonces un paciente “vinculado” en una cama que no tiene medicamentos, entonces le dice a otro paciente muestre su carnet y le hacen la formula a nombre del usuario de la empresa para obtener medicamento para otro paciente. Esto se ha verificado, incluso a veces se ha retenido el carnet del afiliado por un tiempo para que la gente entienda que esa operación no se debe hacer.

Otra tipo de fraude ocurría mucho cuando al prestador se le exige que tenga que facturar los servicios para podérselos pagar, entonces le hace firmar al usuario 4 o 5 veces como si hubieran desarrollado cuatro o cinco actividades en lugar de una. A Co-Esperanza le ha

tocado establecer controles especiales y pagos por paquetes de servicios predeterminados para evitar la sobrefacturación.

Los fraudes mas frecuentes.

Por parte de los beneficiarios son:

- Préstamo del carnet a un no beneficiario.
- Solicitud de medicamentos en diferentes SIS para luego ser vendidos o canjeados por otros elementos.

Por parte del prestador:

- Induce la demanda de servicios
- Induce el préstamo del carnet del beneficiario a un paciente vinculado con el fin de obtener medicamentos para el vinculado.
- Hacen firmar varias veces al beneficiarios con el fin de cobrar mas servicios que los prestados”.

2.7.2 La evolución de los fraudes. Coesperanza estima que inicialmente hubo una evolución pues al comienzo no se hacían fraudes porque la gente no se había dado cuenta que se podían hacer; después en un momento dado hubo un alza y se ha mantenido estable en términos numéricos de casos. Lo que ocurre recientemente es que progresivamente ha aumentado el control y entonces se detectan mas casos y para por ejemplo con las facturas se producen mas glosas; es evidente que las administradoras y aseguradoras mas rentables son aquellas que tiene un mejor sistema de control y glosan mucho las facturas porque tienen gente mas especializada. Yo creo que la presentación del fraude como tal es como igual.

Al comienzo, los fraudes no se hacían porque la gente no se habían dado cuenta de lo que podía hacer, luego aumentaron y en este momento se mantienen estables.

2.7.3 Medidas de control. La gerencia de Co-Esperanza considera que el principal instrumento de control es sistemas de información y de auditoria. En algunos casos se ha retenido el carnet de los infractores por un tiempo, pero desafortunadamente no ha capacidad para detectar oportunamente muchos fraudes que con posterioridad se han encontrado cuando aparecen dos usuarios del mismo nombre y con diferente edad por ejemplo. No se tienen por ejemplo todavía los medios para realizar funciones de inspección y vigilancia y a veces los usuarios son difíciles de ubicar como para ir a su casa y quitarles el carnet. La opción es desarrollar los sistemas de información de tal manera que por ejemplo que a las IPS se les pudieran dar órdenes para suspender el servicio a un determinado usuario que esta sancionado por dos meses, pero aun no están tan afinados los sistemas para poder hacer eso. Finalmente falta establecer parámetros y que exista un régimen sancionatorio claro.

Se ha incrementado la auditoria y en algunos casos se les retiene el carnet por un tiempo pero falta un régimen sancionatorio claro, fallan los organismos de vigilancia y control.

2.8 Administración y gestión

2.8.1 Problemas en el marco regulador. En Colombia hay un exceso de normas y además hay cambios muy continuos, la forma de comunicación de estas normas no son las mejores,

en provincia es difícil obtener el diario oficial y muchas veces se desconocen ciertas normas que son necesarias para la operación del Régimen Subsidiado. Los reglamentarios que han salido de la ley 100 muchas veces se contradicen uno con el otro o dejan vacíos, y en ocasiones también dan margen a la interpretación múltiple y no son claros.

De otra parte, no hay una continuidad en los procesos de vigilancia y control, no hay uniformidad de comportamiento en estos organismos, se aplican unos procesos muy severos para cosas que no son tan importantes, son solo de forma y no de fondo y dejan sin vigilancia otras cosas mucho más importantes que debieran controlar. La aplicación de la norma y del control no es uniforme, muchas veces cuando Co-Esperanza hace consulta de una situación donde hay ambigüedad dentro de la norma, y si se consulta ante dos organismos o instancias en ambos lados las respuestas no son coherentes.

Hay exceso de normas y cambian continuamente, falta divulgación de las mismas y se presenta ambigüedad en algunas.

2.8.2 Operaciones con terceros. Co-Esperanza maneja con terceros diversas responsabilidades:

- En la mayoría de los municipios la prestación de servicios se contrata con terceros.
- La gestión financiera debe hacerse, por mandato legal, mediante un Banco con el cual se contrata un encargo fiduciario.
- La cobertura de las enfermedades de alto costo se hace mediante una reaseguradora que es una compañía de seguros ordinaria.

2.8.3 Las unidades de gestión descentralizadas. Co-Esperanza tiene oficinas en varios de treinta municipios en los cuales opera pro en algunos municipios en donde se tienen 100 afiliados o 200 el costo de operación de un puesto para administración no da para que se tenga una oficina. En estos municipios a veces, se hace la atención por ejemplo el día de mercado, tal efecto va alguien a atender a los afiliados, al frente de la alcaldía o de la iglesia. Esta forma de vincular afiliados en forma tan poco planificada se debe a que la distribución inicial de los afiliados se hizo como en “subasta” y se dejaron muy pocos afiliados en algunas partes y por lo tanto están dispersos, por tal razón no es rentable que la ESS tenga puntos de atención por que se generan muchos costos para remediar esta situación se esta tratando de captar muchos mas afiliados en esas localidades.

Pero en municipios en que la ESS tiene 500 afiliados o más, hay un punto de atención, así sea que no funcione todos los días; en algunos municipios rurales hay días que son activos y otros que son muertos, por lo cual se debe organizar la atención los días domingos y festivos porque en esos días es que la población campesina va al mercado y se congrega en el casco urbano. Generalmente, se desplazan funcionarios de atención al usuario que son los mas solicitados para conseguir autorizaciones de servicios, para quejas, para reclamos así se tenga pactada la atención los municipios con otra institución. En estos municipios donde hay atención al usuario también hay actividades propias de la cooperativa con la comunidad. De otra parte, se han estado aumentando las acciones directas en prevención y promoción debido a que los prestadores realmente no llenan las expectativas de Co-Esperanza, por lo cual se está generando un proceso bajo un diseño propio, elaborado con personal que ha trabajado bastante y que se ha constado que es mas exitoso.

2.8.4 Participación de los afiliados en la gestión. Co-Esperanza promueve la participación de los afiliados en todas las acciones que se hacen dentro del programa de prevención y promoción en el cual hay acciones individuales y colectivas, las acciones grupales son una forma de entrar en la comunidad y se generan lazos de cohesión independientemente de que sean o no asociados; en la tarea de tratar de promover la participación se ha logrado vencer la resistencia a participar, casi todas las metodológicas que se trabajan de las acciones grupales son de acción participativa, ahí se maneja la parte de recoger las opiniones de la comunidad. Se cree no obstante que hace falta prepararse más, que los afiliados participen en ayudar a controlar la utilización de los servicios y que informen cómo la IPS contratista está desarrollando la prestación de los servicios porque muchas veces los informes escritos que se pasan son muy buenos pero en la realidad no ocurre lo mismo.

2.8.5 La capacidad y el compromiso del personal. Todo parece indicar que realmente los empleados están bastante comprometidos. Inicialmente, la empresa tenía una orientación de dirección mas como de estilo gerencial de “látigo” y había un gran distanciamiento entre el gerente y los empleados y la idea era no dejarse “pescar” en fallas; el gerente tampoco tenía muy claro qué era lo que tenía que controlar y él vigilaba por ejemplo que se estuviera en el puesto cumpliendo un horario pero no se controlaba la actividad y los resultados. Con la nueva gerencia, se empezó a cambiar de estilo y se ha pretendido hacer a los empleados multifuncionales (“toderos”) independientemente de su perfil profesional. Esa política generó una conciencia de grupo y en un momento dado se empezaron a hacer las cosas entre todos; en este momento se tiene gente mas especializada en las diversas ramas en que actúa cada cual, pero sin embargo, hay circunstancias en que se tiene que interactuar unos con otros independientemente de su función. De parte, del grupo que está coordinando y dirigiendo hay bastante compromiso y eso ha generado también que sus empleados a cargo se comprometan.

2.8.6 El sistema de información. Se ha hecho un gran esfuerzo para el desarrollo del sistema de información, casi todos los procesos están sistematizados sin embargo se estima que hace falta mucho trabajo aun porque se arranco de un sistema de información en “0”, ya que un comienzo era todo manual. Los computadores existen en la empresa desde un comienzo pero no se digitaba la información, incluso se compraron varios programas pero nunca funcionaron.

Depurar la base de datos de afiliados ha sido un logro que sólo hasta este año se consiguió porque inicialmente las Secretarías de Salud no hicieron exigencias al respecto y en los listados de los afiliados había mucha gente simultáneamente afiliada en varias empresas, no se sabe por error o por doble intención. Se lograron depurar las bases de datos pero aun es muy difícil saber si se tiene un afiliado duplicado en la empresa con respecto a otra porque la información por celo entre entidades no es de libre acceso.

La falencia más importante es poder saber con certeza que servicios se le han prestado realmente a cada uno de los afiliados y poder así estimar los costos. En ese punto es necesario desarrollar los sistemas para poder saber cuando hay sobre uso y cuando existe sobre oferta; sobre el tema se esta trabajando y se ha encargado el desarrollo de un software, se cree entonces que ahí radicaría el desarrollo que hace falta para poder medir la actividad y saber con exactitud cómo se están prestando los servicios.

2.8.7 Estabilidad y cambio de los responsables. En el equipo directivo ha habido bastante estabilidad y en cinco años solo ha habido dos gerentes. En donde de pronto ha habido movimiento es en la rotación pero de las mismas personas entre los diferentes cargos.

2.8.8 Los gastos de funcionamiento. El régimen subsidiado le asigna a cada ARS y en ellas a Co-Esperanza un valor per capita anual por persona afiliada y le autoriza destinar el 15% a gastos de funcionamiento. La cooperativa esta gastando mucho más de lo que se le asigna para administración y la explicación es que es una empresa joven, nacida sin toda la infraestructura que se requería, por ejemplo en los sistemas de información, en los software que se necesitan y con grandes falencias en la parte de desarrollo empresarial. En cambio las otras empresas contrincantes que son las EPSs ya tenían desarrollado una cantidad de infraestructura y logística y comparativamente los recursos que ellos tienen que invertir en administración para que funcionen las cosas son menores que cuando se arranca de “0”.

Contrariamente a lo que debiera ser, a las empresas pequeñas los organismos de control les exigen mas que a las grandes y en algunos aspectos se está en desventaja porque por ejemplo los desplazamientos a las veredas salen muy caros.

onal, subnacional y local)

2.91. Las interferencias del Estado. Yo creo que en un primer periodo fue muy fuerte, incluso no de pronto para castigar sino para acompañar el proceso, al comienzo fue muy fuerte exigiendo el cumplimiento de las normas, en un momento dado quisieron aplicarnos todo el control e incluso las sanciones que nos metieron a todas las empresas que me parecen excesivas. Por otro lado, cuando hay conflicto uno acude al gobierno y realmente lo que hacen es tirarse la pelota y no resuelven nada y mientras tanto las cosas siguen marchando mal, y es una deficiencia del Estado.

2.9.2 El apoyo que se necesita del estado. El Municipio es clave porque el tiene que asumir su papel en el sentido que el dinero de este servicio en ultima instancia va destinado no al Municipio como ente administrativo sino a la gente del municipio y el tiene que buscar a la gente del municipio que realmente necesita de los subsidios y debe vigilar la prestación del servicio, y responder por el control de la parte operativa del sistema.

Las entidades del orden departamental tienen que hacer control y vigilancia pero de verdad y por igual y responsabilizarse también de los servicios que les competen en materia de salud pública, deben además controlar la suficiencia de las instituciones que prestan los servicios pero con un criterio uniforme. A nivel nacional deben actuar en el diseño de las normas que regulan al sistema, al respecto en este momento por ejemplo hay vacíos jurídicos que hay que clarificar, y unificar criterios en la forma de establecer las directrices para los dos regímenes y para el sistema en general de seguridad social en salud. Algo que se debe tener en cuenta son las diferencias reales de las regiones en el país porque no se puede medir con una sola medida a todas y hay que tener en cuenta las particularidades.

2.10 Funcionamiento global

2.10.1 Los nuevos servicios. En cuanto a la promoción y prevención si se prevé establecer nuevos servicios, porque la experiencia de los años recientes ha demostrado que donde realmente mejor ha funcionado Co-Esperanza, donde mejor se ha integrado la gente es donde mas se ha hecho presencia directa con actividades de prevención, de pronto no en la parte

asistencial porque hay infraestructura hasta de sobra, subutilizada, el problema es que a veces no se encuentra el punto adecuado de negociación y ha tocado por fuerza mayor cubrir la asistencia.

De otra parte, la política no es aumentar el número de municipios en los cuales se hace presencia sino fortalecer algunos de ellos donde se tienen pocos usuarios; se tratara entonces de captar mas afiliados en municipios que se tienen identificados y en otros municipios es preferible que la gente realmente por costos se ubiquen en otra empresa.

2.10.2 Otras actividades de la organización. Co-Esperanza ha pensado en modificar o mejor desarrollar el modelo de servicios que tiene, e incorporar otros servicios adicionales de la cooperativa que no son necesariamente de salud.

Para ello, por un lado quiere desarrollar lo mas que se pueda el modelo de medicina familiar con el enfoque de contrarrestar el riesgo; se quiere desarrollar la cultura de la salud y no la de la enfermedad; e Incrementar la participación ciudadana. De otra parte Co-Esperanza está empeñada en implementar formas cooperativas de producción para mejorar la calidad de vida de la población afiliada.

2.10.3 Los principales puntos fuertes. El punto mas fuerte del SIS es su arraigo entre la comunidad pobre y campesina, la cual ha encontrado en el Régimen Subsidiado de Salud no sólo una opción de acceso a los servicios sino la oportunidad de organizarse.

- De otra parte se ha logrado reunir un equipo de técnicos y profesionales que no solo encuentran empleo en la ESS sino que tienen un compromiso con el proyecto, el cual han venido cumpliendo con la puesta en marcha de la Empresa Solidaria de Salud.
- Otro punto que ha permitido el desarrollo de las Empresa Solidarias ha sido la adecuada financiación del Régimen Subsidiado por parte del Estado en cuanto a su legislación , a cual prevé recursos adecuados.
- El liderazgo de diversas personas , unas como líderes comunitarios otras como promotoras y otras como administradores ha sido clave para el buen desempeño.

2.10.4 Factores que limitan la eficacia. El principal riesgo esta en el cumplimiento del gobierno con sus obligaciones financieras; se sabe que existe una crisis fiscal y existe el peligro del recorte de recursos, ya de hecho se han producido recortes en el presupuesto general de la nación.

- Existen proyectos a discusión del gobierno para dar terminado el régimen subsidiado y se encuentra una particular oposición en el gremio medico y en los sindicatos de los hospitales.
- Internamente la Empresa Solidaria no ha logrado todo el desarrollo que necesita en sistemas de información y control de costos.
- Los lideres comunitarios deben aun recibir mucha formación para que se puedan desempeñar como se debe dentro de su rol orientador de la comunidad.

2.10.5 Orientaciones para mejorar. Para mejorar el impacto el Plan de desarrollo de la Cooperativa se propone como objetivos institucionales:

Objetivo general. Administrar eficientemente los recursos asignados al régimen subsidiado garantizando la prestación de los servicios del plan obligatorio de salud subsidiado, a que tienen derecho todos los afiliados.

Objetivos específicos:

- Realizar un amplio programa de información y educación en el sistema de salud actual, que motiven a la participación de la comunidad como agentes de cambio, hacia una cultura preventiva de salud.
- Desarrollar programas con participación de la comunidad que busquen disminuir factores culturales de riesgo y recuperar factores protectores de la salud con miras a obtener estilos de vida saludables.
- Desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con enfoque familiar, en los diferentes municipios, encaminados a contrarrestar los factores de riesgo presentes según grupos de población.
- Llevar a cabo acciones oportunas de recuperación de la salud de las patologías que se presenten en nuestra población afiliada, mediante los servicios ambulatorios de consulta y servicios de hospitalización según niveles de atención con personal idóneo y tecnología adecuada
- Realizar acciones de rehabilitación y recuperación de la salud de una manera integral en las patologías que lo requieran.
- Participar en el desarrollo de acciones intersectoriales que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida de nuestros afiliados, y que se encuentren dentro nuestra competencia como administradora de régimen subsidiado.
- Desarrollar los sistemas de información, control de costos y auditoría.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE CO-ESPERANZA.

Co-Esperanza es una cooperativa de salud de Colombia, la cual forma parte de un diseño empresarial comunitario impulsado por el Ministerio de Salud desde 1993, denominado en forma genérica “Empresas Solidarias de Salud” (ESS). Las ESS, nacidas para desarrollar inicialmente un programa de Atención Primaria de Salud fueron convertidas desde 1996 en “Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud” (ARS), con un programa de atención de la enfermedad y la maternidad mas integral y semejante al seguro social de salud que cubre por lo general a los asalariados afiliados al Instituto de los Seguros Sociales y denominado Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

La Empresa Solidaria de Salud "Co-Esperanza", desarrollada inicialmente para cubrir 1.000 familias en las zonas rurales del municipio industrial de Sogamoso en el centro del país, ubicado en el departamento de Boyacá, a 200 kms. al norte de Santafé de Bogotá, amplió posteriormente su radio de acción y se ha extendido a casi 42.000 personas residentes en 30 municipios del Departamento de Boyacá y en tres zonas sub-urbanas de Bogotá. Este sistema contó con la participación de tres actores importantes: el sector público de salud, las municipalidades y la población organizada, entre los años 1995-1999.

La Empresa Solidaria de Salud actúa como un mecanismo de seguro para lo cual tiene una red de prestadores públicos y privados con los cuales mantiene relaciones contractuales y paga sus servicios en ocasiones por el método de la capitación y en otras por el método de la facturación con base a servicios prestados y sobre la base las tarifas oficiales establecidas por el Ministerio de Salud.

El seguro de salud subsidiado se financia mediante una prima anual que es financiada íntegramente con recursos fiscales y de solidaridad. El Consejo Nacional de Seguridad Social determina cada año cual es el contenido del Plan Obligatorio de Salud (conocido como el POS) y cual es la asignación anual per capita para financiarlo (conocida como la UPC o Unidad de Pago por Capitación). Actualmente su valor es de US \$ 75 y se financia en un 50% con aportes fiscales asignados por los municipios y en un 50% con aportes de solidaridad procedentes de las contribuciones obrero patronales a la seguridad social.

1. Las fortalezas de Co-Esperanza.

1.1 El empoderamiento de la comunidad.

Indudablemente que la gran fortaleza de la Empresa Solidaria Co-Esperanza y la organización de su sistema de seguro es la gran compenetración con la comunidad mas pobre y la posibilidad que ha abierto para que la comunidad se apodere de su propio proceso de salud, manejando incluso importantes recursos económicos, muy superiores en su cuantía a cualquiera otra experiencia comunitaria de la región.

El avance cooperativo caracterizado por la aparición de asociados organizados y comprometidos en el desarrollo de la empresa es el logro mas importante. No obstante, hay que cuidar que realmente exista y se conserve el sentido de pertenencia de los beneficiarios a la ESS y que se estimule la identidad empresarial por parte de los asociados.

La experiencia de Co-Esperanza es una muestra importante de los impactos que ha tenido la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- en Colombia.

1.2 La Atención personalizada.

La gran diferencia entre el sistema de salud tradicional y el sistema de las administradoras del régimen subsidiado y en particular de Co-Esperanza, mas allá de la tecnología o la disponibilidad de infraestructura, es la atención personalizada de la población mediante dos mecanismos básicos: el equipo extramural el cual llega a zonas más desprotegida y la creación de una institución prestadora de servicios –IPS- propia. Pero además, cuando el afiliado debe recurrir a un hospital público no se presenta como un “mendigo” que implora la caridad del Estado sino que se presenta como un ciudadano que tiene derechos y exige ser atendido.

Estos instrumentos y su forma de manejo, con un personal comprometido, marca la diferencia que permite mejorar el acceso a los servicios rompiendo las barreras económicas, culturales y geográficas y generando un impacto positivo en los cambios de comportamiento frente a los problemas de salud.

1.3 La focalización de los recursos.

La critica tradicional a los denominados subsidios a la oferta que el Estado entrega a los hospitales se hacia porque estos subsidios no eran focalizados hacia la población más pobre sino que terminaban filtrándose en beneficio de los intermediarios y de otros estratos no pobres de la población. La experiencia de Co-Esperanza muestra que su composición social realmente corresponde a los estratos sociales mas pobres y especialmente a la población campesina e informal urbana, consiguiéndose así que los subsidios lleguen realmente a quien mas los necesita.

1.4 El desarrollo Empresarial.

Mientras muchos proyectos sociales se caracterizan por el poco interés en el desarrollo empresarial de los servicios, en Co-Esperanza se percibe un enfoque diferente. Existe un germen importante de espíritu empresarial ligado al beneficio social y en este orden hay afán de profesionalizar todas las áreas de servicios y de la administración, y de introducir tecnologías de punta en materia de sistemas de informática y comunicación.

Se observa también que tienen proyectadas actividades de desarrollo empresarial (programas de desarrollo institucional) para fortalecer el manejo eficiente de recursos, el control de costos, el desarrollo del recurso humano capacitado, y la introducción de proyectos rentables.

1.5 El cumplimiento en sus relaciones contractuales.

En el país se ha desatado una fuerte critica a las ARS como intermediarias ineficientes y costosas, debido principalmente a que demoran en forma excesiva el pago a los hospitales y en general a los proveedores de bienes y servicios de salud. No obstante, se observa que Co-Esperanza es “una buena paga” de acuerdo a los parámetros fijados en la ley, lo cual la acredita frente a los otros actores del sector y en especial frente al sector público.

1.6 . El poder social de convocatoria.

Co-Esperanza ha mostrado que tienen un amplio poder de convocatoria no sólo para el desarrollo del régimen subsidiado, pasando en poco tiempo de la meta mínima de 5.000 afiliados a 40.000, sino que incluso se percibe que la actividad de cooperativa genera movilización entre los afiliados y permite que estos se reúnan y tomen en sus manos no sólo el manejo del seguro de salud sino de otros problemas y actividades de la comunidad.

Todo parece indicar que en la región Co-Esperanza tiene la mejor capacidad de movilización frente a otros tipos de organizaciones comunales y gremiales.

1.7 Las Multiactividades de la ESS.

La posibilidad que la cooperativa amplíe su radio de acción, sobrepasando los objetivos de salud y proyectándose para cubrir otras demandas de la población como son la asistencia técnica en proyectos agropecuarios permite entrever que la cooperativa podría convertirse en un factor de desarrollo regional, que impulse diversos proyectos, apoyándose en la capacidad empresarial lograda sobre la base del seguro de salud.

Para tal efecto deberá crear unidades participativas especializadas en varios campos, utilizando el marco legal de la economía solidaria en orden a administrar programas sociales de diversa índole.

2. Debilidades de Co-Esperanza.

2.1 La falta de patrimonio fuerte.

La debilidad inicial de una cooperativa de campesinos y población pobre, es por lo general la falta de un patrimonio importante que le permita desarrollar su infraestructura y su capacidad operativa y Co-Esperanza no nació en forma ajena a esta realidad, sin embargo, luego de cuatro años de operación, esta debilidad se ha ido convirtiendo en fortaleza, porque los subsidios del Estado, que no se han convertido en gastos, han permitido acumular 1.8 millones dólares de patrimonio lo cual es ya una suma importante. No obstante, lo cual la Cooperativa debiera preservar este patrimonio y trabajar por acrecentarlo porque aun falta mayor tecnología, no se cuenta con una infraestructura adecuada y la capacidad de resolución de problemas es todavía limitada.

2.2 La no planeación estratégica de acciones.

La cooperativa ha logrado éxitos indudables en su desarrollo, sin embargo, la expansión ha sido un poco al azar que las circunstancias permiten, llegando a municipios en donde hay muy pocos afiliados y por lo tanto no se les puede otorgar muy buena atención por los costos que implicaría. No se observa que exista un plan de desarrollo del recurso humano o tecnológico realmente planeado con perspectiva de futuro. Tampoco se observa la búsqueda de puntos de apoyo externos políticos, gremiales o institucionales. Conviene entonces que la Cooperativa diseñe un plan estratégico articulador de perspectivas en los diversos campos.

2.3 La base social es aun débil.

La cooperativa nació con un gran desfase entre el número de afiliados al régimen subsidiado (o beneficiarios con derecho al Plan Obligatorio de Salud) llegando inicialmente a 5.000 y los asociados a la cooperativa sólo 47 (el asociado tiene poder de participación en las decisiones y en los excedentes), o sea una relación de 100 beneficiarios por cada asociado con poder decisorio. Hoy la relación ha mejorado pero todavía es baja pues solo llega a 1 asociado por cada 40 afiliados y la meta explícita es llegar a 1 asociado por cada 30 afiliados. No obstante es necesario ir mas adelante y otras Empresas Solidarias en el país se han propuesto conseguir que exista un asociado por cada uno de los grupos familiares, es decir un asociado por cada cinco afiliados al régimen subsidiado. Sólo una amplia base social permitirá hacia delante que la cooperativa garantice su arraigo comunitario y que no se desvíe de sus objetivos.

2.4 La falta de un sistema de información y de comunicación.

Pese a los avances en informática que presenta Co-Esperanza sobre todo en la depuración de la base de datos de los afiliados, sin embargo, aun no sabe cuanto le cuesta cada afiliado, cual es la frecuencia de uso de los diversos servicios y presencia relativa de las diferentes patologías y no tiene implementados centros de costos. Esto hace que los sistemas de control de gestión no cuenten con una base estadística y financiera confiable y oportuna para orientar la toma de decisiones, por lo cual se pueden presentar situaciones como la vivida en 1998 en donde el ejercicio contable arrojó pérdida.

2.5 La inestabilidad financiera por no giro de recursos.

La Cooperativa presenta cuentas por cobrar de US \$ 432.000 dólares, equivalentes a la sexta parte de los ingresos anuales y a la quinta parte del patrimonio, lo cual puede ser alto y puede estar mostrando que existe inestabilidad financiera por la no recepción oportuna del giro de los recursos, poniendo en peligro la liquidez y el pago oportuno de los servicios. La Cooperativa debe buscar los medios para agilizar cobros y garantizar la liquidez.

2.6 La falta de representación política.

La cooperativa ha decidido distanciarse de los “políticos” debido entre otras cosas por el desprestigio y el desencanto de la población campesina con ellos, evitando así también el manejo “clientelista” de las afiliaciones y los cargos. No obstante, las bondades de esta perspectiva, manteniendo la cooperativa dentro de un perfil mas comunitario y técnico, sin embargo, representa a su vez una debilidad, pues al carecer de una representación política propia, la cooperativa es mas vulnerable a los ataques externos y podría ver amenazada su supervivencia hacia el futuro.

2.7 No hay alianzas estratégicas.

Co-Esperanza se vinculó inicialmente a la Confederación de Empresas Solidarias y luego se distanció y promovió un grupo empresarial paralelo que no ha logrado una consolidación importante. Existe entonces el peligro de que gremialmente la cooperativa se aisle y sea mas vulnerable a los ataques. Quizás Co-Esperanza se ha confiado demasiado de su propio éxito y ha subvalorado las alianzas estratégicas con otras ESS o con otras ARS tal como podría ser también con las Cajas de Compensación Familiar CCF que actúan como ARS.

2.8 La sobrefacturación y el exceso de demanda.

La Empresa Solidaria ha llegado a su madurez y ahora los afilados son conscientes de sus derechos y demandan servicios en un volumen que en ocasiones sobrepasa las propias necesidades de salud. De otra parte, los prestadores de servicios que trabajan por contrato con la ESS tienden a sobre facturar los servicios, a inducir la demanda, a multiplicar los costos e incluso a producir sobregistros de actividades. Estas presiones desde la demanda y desde la oferta están ocasionando con sus comportamientos el peligro de que los sobrecostos afecten la estabilidad financiera de la ESS.

2.9 Faltan más líderes comunales capacitados.

Si bien Co-Esperanza ha contado con líderes de gran valor entre ellos la Presidente del Consejo de Administración y la Gerente, sin embargo, es necesario estimular el desarrollo técnico y “político” de los líderes comunales, especialmente de quienes forman parte del Consejo de administración, de las Junta de Vigilancia y de los Comités, así como de quienes lideran las asociaciones de usuarios con el fin de hacer que estos organismos sean mas influyentes en la vida de la cooperativa y que refuercen su rol directivo y controlador. En una palabra hay baja capacidad académica de las comunidades para comprender y participar mas efectivamente en el sistema de seguro.

3. Oportunidades de Co-Esperanza

3.1 Ser motor del desarrollo social.

Dadas las condiciones de Co-Esperanza en la zona de influencia, dado su liderazgo en las comunidades, su fortaleza financiera, su capacidad de convocatoria y la incipiente capacidad técnica y profesional, esta cooperativa tiene la opción de convertirse en un motor de desarrollo social capaz de motivar un variado conjunto de proyectos e incluso de administrar recursos financieros de diverso origen que permitan, mediante un manejo empresarial, facilitar el desarrollo económico y social de la región. Co-Esperanza se puede convertir en alternativas para administrar otro tipo recursos y de proyectos.

3.2 Mejorar el aporte de la comunidad.

Hasta el momento ha predominado el enfoque que la población es la beneficiaria de unos subsidios procedentes del fisco y de la solidaridad de los asalariados, pero no se ha explorado suficientemente hasta donde puede llegar la capacidad de aporte, incluso económico, de la propia comunidad. Quizás se ha hecho demasiado énfasis en la pobreza de los beneficiarios pero no en la posibilidad de generar ingresos individual y colectivamente, de tal forma que se permita la ampliación de las coberturas y servicios y el desarrollo de proyectos complementarios.

La aceptación que Co-Esperanza tiene en la comunidad, la legitimidad ganada, puede incentivar nuevas formas de participación, incluso con aportes económicos mas efectivos, que complementen las asignaciones del régimen subsidiado, mas aun cuando la comunidad es en la práctica la administradora de sus propios aportes.

3.3 Conseguir representación en Confesalud y en el CNSSS.

El Posicionamiento de las ESS – Co-Esperanza como líder regional y la existencia de otras ESS en la zona, le permiten aspirar a representar a la comunidad beneficiaria y a las ESS, con gran perspectiva, en la confederación de Empresas Solidarias y ante el Consejo Nacional de Seguridad Social. Con tal perspectiva deberá modificar su estrategia de asociación y de participación en los organismos gremiales.

3.4 Ampliar la libre elección y la expansión.

El prestigio acumulado por Co-Esperanza le permite aspirar a ampliar sus coberturas en materia de afiliados en la medida en que se dejen operar los mecanismos de la libre elección. Hasta el momento los afiliados no sabían o no han podido ejercer su derecho a la libre elección y en la practica la afiliación es manejada desde arriba por los alcaldes y la secretarías de salud, sin embargo, en la medida en que los organismos normativos y de control liberen estas ataduras es muy probable que la cobertura de afiliados de Co-Esperanza se amplíe significativamente.

4. Amenazas y peligros para el desarrollo de Co-Esperanza.

4.1 La corrupción y el desprestigio

El más grave riesgo que corre una Empresa Solidaria como Co-Esperanza es caer en el desprestigio y perder la credibilidad de que goza entre la comunidad y una de las principales amenazas para que esto ocurra es la eventual corrupción, tal como efectivamente ha ocurrido en otras ESS del país. El peligro de la corrupción deriva sobre todo por la disponibilidad de significativos recursos financieros con un bajo nivel de control por parte del Estado, a lo cual se suma el acecho de intereses económicos y políticos no siempre bien orientados, e incluso hay que considerar que las múltiples necesidades de la comunidad y de sus líderes no siempre son buenas consejeras. Por todos estos peligros la Cooperativa se debe esmerar en preservar y fortalecer todos los mecanismos de control social, técnico, legal e institucional.

4.2 El peligro de una contrarreforma desfavorable.

Las Empresas Solidarias de Salud y en general el régimen subsidiado tiene sus enemigos dentro de algunos sectores del Gobierno Nacional y dentro de los gobiernos seccionales y locales; y además la financiación del régimen subsidiado tiene un peso relativo importante en un momento en que el Gobierno atraviesa por una crisis fiscal. Dada esta coyuntura el proyecto de Empresas Solidarias corre el riesgo de ser recortado e incluso de ser suprimido por algunas corrientes contrareformistas.

Los cambios políticos en el Gobierno Nacional o en los gobiernos locales no siempre son favorables e incluso han circulado proyectos de ley para acabar las ARS, entre otras una propuesta de la Asociación Médica Colombiana (AMC).

4.3 La desvinculación de una organización gremial efectiva.

Se observa falta de solidaridad entre las Empresas Solidarias, hay división gremial a nivel regional y nacional e incluso existe competencia desleal entre las diversas Administradoras que manejan el Régimen subsidiado – ARS.

Este contexto no es favorable en momentos en que el riesgo que vive el régimen subsidiado es grande y se hace necesario que las ESS se agrupen y se defiendan para lo cual Co-Esperanza con otras organizaciones deberá llevar adelante tres tareas: depurar el gremio de las malas experiencias, difundir las experiencias exitosas y fortalecer la unidad gremial.

4.4 La desarticulación con los municipios.

Se observa que en los municipios faltan planes de desarrollo en salud a nivel no sólo local sino regional; hay desconocimiento del SGSSS por parte de las autoridades locales y regionales; y además del desconocimiento hay incumplimiento de leyes por parte de alcaldes. Falta entonces en los municipios un plan local de salud y un proyecto programático de las administraciones municipales para el desarrollo de la salud pública y del régimen subsidiado.

Co-Esperanza nació por iniciativa municipal sin embargo en ocasiones se ha visto distanciada de las autoridades municipales y ante las grandes necesidades de apoyo a las entidades territoriales sin embargo la cooperativa no presenta propuestas para fortalecer el papel de los municipios en el manejo de la salud pública y del régimen subsidiado, por lo cual se crea un freno a la participación de la ESS en el contexto de planeación territorial.

4.5 La incertidumbre financiera.

Los costos de la atención de las personas afiliadas se han venido incrementando en los últimos años debido no sólo al crecimiento natural de los precios de los servicios sino también porque el crecimiento de la conciencia de los derechos entre los afiliados ha incrementado la demanda efectiva de servicios; no obstante lo anterior, la política del Consejo Nacional de Seguridad Social ha sido no reajustar el valor de la Unidad de Pago por Capitación UPC con lo cual se está creando una situación crítica de desfinanciamiento y peligro de pérdida patrimonial o limitación abrupta de la oferta de atención a la población ya afiliada. Desafortunadamente no se cuenta con un sistema de información que de cuenta detallada del proceso e incluso se da una situación de no retroalimentación estadística de parte de IPS contratadas hacia el sistema de seguro.

Para contrarrestar esta situación más que nunca se requiere de una organización gremial fuerte, de un sistema de información capaz de diagnosticar técnicamente los problemas de costos y poder así formular en forma argumentada demandas ante las autoridades nacionales.

De otra parte, la crisis fiscal del Estado y las altas tasas de interés han estimulado a los municipios y departamentos para demorar el pago de recursos del régimen subsidiado a las ARS. Para contrarrestar esta tendencia se requiere mayor precisión de la normatividad sobre gestión de recursos y sobre la generación de instrumentos de sanción y control.

4.6 La volatilidad normativa

Desde un comienzo el régimen Subsidiado y en general la ley 100 ha sido sometida a un proceso rápido y contradictorio de reglamentaciones que producen una gran incertidumbre sobre la identificación y la estabilidad de las reglas del juego. La multiplicidad de normas en ocasiones contradictorias aumentan las probabilidades de que los alcaldes y los diversos actores que se relacionan con la ESS no conozcan las normas o se facilite su incumplimiento.

La estabilidad normativa , que depende del Ministerio de Salud, es otra necesidad que debe ser presionada por el gremio de las Empresas Solidarias.

4.7 La falta de Inspección, Vigilancia y Control.

Los municipios y departamento deberían cumplir en forma mas efectiva sus funciones de vigilancia y control sin embargo, el proceso se haya concentrado en entes de vigilancia y control centralizados e inoperantes. La mora en los pagos de los municipios a las ARS se traduce en moras de las ARS hacia las IPS y de estas hacia los empleados entonces se genera una cadena de ineficiencia y descontento que no es debidamente controlada. La competencia desleal y falta de libertad de los afiliados para escoger no ha quien la haga respetar. Evidentemente hay procesos de corrupción entre algunas ARS y los alcaldes o entre estas y los proveedores pero el sistema de control es incapaz de identificar los problemas e introducir los correctivos.

Faltan entonces mecanismos de inspección vigilancia y control efectivos y un sistema sancionatorio claro y acorde a los nuevos tipos de infracción.

5. Estrategias Generales.

5.1 Estrategias de desarrollo institucional.

- Planear el desarrollo de la cooperativa participativamente.
- Fortalecer el grupo extramural y la IPS propia con incidencia en promoción y prevención.
- Implementación de círculos de calidad en las diversas áreas de operación y de servicios y acreditarse en materia de calidad voluntariamente ante un ente privado (por ejemplo ante Incontec).
- Aprovechar mejor los recursos humanos, financieros y patrimoniales sacándoles el mayor rendimiento posible; capitalizar los excedentes generados por actividades productivas propias.
- Desarrollar nuevos proyectos de desarrollo social y regional y captar fuentes adicionales de recursos.
- Perfeccionar los sistemas de contratación y de auditoría.

5.2 Estrategias de desarrollo social.

- Abrir las puertas de la ESS, vinculando como asociados el mayor número de beneficiarios del R.S.S hasta conseguir la meta de uno asociado por familia.
- Fortalecer la relación con los líderes comunitarios, incentivando su capacitación en gestión social.
- Divulgar la ESS como organización de la comunidad y las acciones realizadas ante los organismos locales.
- Desarrollar y fortalecer las asociaciones de usuarios y los comités de participación comunitaria

5.3 Alianzas Estratégicas.

- Ganar espacios alternos para futuros desempeños.
- Desarrollar la coordinación interinstitucional con los municipios y los hospitales.
- Proponer un plan de desarrollo institucional para los municipios en la administración de salud.
- Fortalecer el movimiento y la organización cooperativa.

6. Tareas Específicas.

6.1 Con respecto a la Institución Prestadora de Servicios.

- Construir la IPS conforme a la Ley con autonomía administrativa y financiera.
- Desarrollar los protocolos de atención.
- Cumplir con los requisitos esenciales.
- Elaborar su plan estratégico.

6.2 Con respecto al Aseguramiento.

- Aumentar el control y registro estadístico de acciones.
- Hacer un seguimiento de los costos por actividades y por beneficiario.
- Lograr un sistema de reconocimiento y retroalimentación de resultados.
- Elaborar Plan de Desarrollo Operativo P.D.O. ejecutarlo y hacerle seguimiento y control.

6.3 Con respecto a la comunidad.

- Capacitación continuada a los asociados y beneficiarios.
- Promoción de la empresa.
- Apertura al vínculo social.
- Elaboración de boletines locales periódicos.
- Divulgar posibilidades del Cooperativismo.
- Sensibilizar y capacitar a la comunidad en economía solidaria.
- Identificar logros para mostrarse como empresa modelo a nivel local.

6.4 Con respecto a otras entidades.

- Hacer conexiones interinstitucionales.
- Aprovechar toda instancia de participación.
- Intercambiar experiencias y complementación con otras ESS
- Estimular la cooperación vertical y horizontal.

Oficina Internacional del Trabajo - Organización Panamericana de la Salud

*Iniciativa para la extensión de la protección social en salud
a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe*

ESTUDIO DE CASO

**REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD
EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD
CO-ESPERANZA
BOYACA - COLOMBIA**

FICHAS DE EVALUACION

*Elaborado por:
Ivan Jaramillo Pérez
Asociación Colombiana de la Salud*

*Bogotá Colombia
Agosto Septiembre 1999*



**Programa OIT-STEP
Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza
Departamento de Seguridad Social**

FICHA ANEXA “A”

Lista de control

REFERENCIA	TRATADO	NO PERTINENTE	INFORMACIÓN NO DISPONIBLE	REFERENCIA	TRATADO	NO PERTINENTE	INFORMACIÓN NO DISPONIBLE
R1	X			C11	X		
R2			X	C12	X		
R3	X			C13	X		
R4	X			C14	X		
R5	X			C15	X		
R6	X			C16	X		
R7	X			C17	X		
R8	X			C18	X		
R9	X			C19	X		
R10	X			C20	X		
R11	X			C21	X		
R12	X			C22	X		
R13	X			C23	X		
R14	X			C24	X		
R15	X			C25	X		
R16	X			C26	X		
R17	X			C27	X		
R18	X			C28	X		
R19	X			C29	X		
R20	X			C30	X		
R21	X			C31	X		
R22	X			C32	X		
R23	X			C33	X		
R24	X			C34	X		
R25	X			C35	X		
R26	X			C36	X		
R27			X	C37	X		
R28	X			C38	X		
R29	X			C39	X		
C1	X			C40	X		
C2	X			C41	X		
C3	X			C42	X		
C4	X			C43	X		
C5	X			C44	X		
C6	X			C45	X		
C7	X			C46	X		
C8	X			C47	X		
C9	X			C48	X		
C10	X			C49	X		
C50	X			D40		X	
C51	X			D41		X	
C52	X			D42			X

Estudio de caso: Empresa Solidaria de Salud Co-Esperanza - Colombia

REFERENCIA	TRATADO	NO PERTINENTE	INFORMACIÓN NO DISPONIBLE
C53	X		
C54	X		
C55	X		
C56	X		
D1	X		
D2	X		
D3	X		
D4	X		
D5	X		
D6	X		
D7	X		
D8	X		
D9	X		
D10	X		
D11	X		
D12	X		
D13	X		
D14	X		
D15	X		
D16	X		
D17	X		
D18	X		
D19	X		
D20	X		
D21	X		
D22	X		
D23	X		
D24	X		
D25	X		
D26	X		
D27	X		
D28	X		
D29	X		
D30	X		
D31	X		
D32	X		
D33	X		
D34	X		
D35	X		
D36	X		
D37	X		
D38	X		
D39		X	
D86	X		
D87	X		

REFERENCIA	TRATADO	NO PERTINENTE	INFORMACIÓN NO DISPONIBLE
D43	X		
D44		X	
D45		X	
D46		X	
D47		X	
D48	X		
D49	X		
D50	X		
D51	X		
D52	X		
D53	X		
D54	X		
D55	X		
D56			X
D57	X		
D58		X	
D59		X	
D60		X	
D61		X	
D62		X	
D63		X	
D64		X	
D65		X	
D66		X	
D67		X	
D68		X	
D69		X	
D70		X	
D71		X	
D72		X	
D73		X	
D74		X	
D75		X	
D76		X	
D77		X	
D78		X	
D79		X	
D80	X		
D81		X	
D82		X	
D83		X	
D84		X	
D85	X		
D132	X		
D133	X		

Estudio de caso: Empresa Solidaria de Salud Co-Esperanza - Colombia

REFERENCIA	TRATADO	NO PERTINENTE	INFORMACIÓN NO DISPONIBLE
D88	X		
D89	X		
D90	X		
D91	X		
D92	X		
D93	X		
D94	X		
D95	X		
D96	X		
D97	X		
D98	X		
D99	X		
D100	X		
D101	X		
D102	X		
D103	X		
D104	X		
D105	X		
D106	X		
D107	X		
D108	X		
D109	X		
D110	X		
D111	X		
D112	X		
D113	X		
D114	X		
D115	X		
D116	X		
D117	X		
D118	X		
D119	X		
D120	X		
D121	X		
D122	X		
D123	X		
D124	X		
D125	X		
D126	X		
D127	X		
D128	X		
D129	X		
D130	X		
D131	X		
E11	X		

REFERENCIA	TRATADO	NO PERTINENTE	INFORMACIÓN NO DISPONIBLE
D134	X		
D135	X		
D136	X		
D137	X		
D138	X		
D139	X		
D140	X		
D141	X		
D142	X		
D143	X		
D144	X		
D145	X		
D146	X		
D147	X		
D148	X		
D149	X		
D150	X		
D151	X		
D152	X		
D153	X		
D154	X		
D155	X		
D156	X		
D157	X		
D158	X		
D159	X		
D160	X		
D161	X		
D162	X		
D163	X		
D164	X		
D165	X		
D166	X		
D167	X		
E1	X		
E2	X		
E3	X		
E4	X		
E5	X		
E6	X		
E7	X		
E8	X		
E9	X		
E10	X		
F26		X	

Estudio de caso: Empresa Solidaria de Salud Co-Esperanza - Colombia

REFERENCIA	TRATADO	NO PERTINENTE	INFORMACIÓN NO DISPONIBLE
E12	X		
E13	X		
E14	X		
E15	X		
E16	X		
E17	X		
E18	X		
E19	X		
E20	X		
E21	X		
E22	X		
E23	X		
E24	X		
E25	X		
E26	X		
E27	X		
E28	X		
E29	X		
E30	X		
F1	X		
F2	X		
F3	X		
F4	X		
F5	X		
F6	X		
F7		X	
F8	X		
F9	X		
F10	X		
F11	X		
F12	X		
F13	X		
F14	X		
F15	X		
F16	X		
F17		X	
F18	X		
F19	X		
F20	X		
F22	X		
F23	X		
F24	X		
F25		X	

REFERENCIA	TRATADO	NO PERTINENTE	INFORMACIÓN NO DISPONIBLE
F27		X	
F28	X		
F29	X		
F30	X		
F31	X		
F32	X		
F33	X		
F34	X		
F35	X		
F36	X		
F37	X		
F38	X		
F39	X		
F40	X		
F41	X		
F42	X		
F43	X		
F44	X		
F45	X		
F46	X		
F47	X		
F48	X		
F49	X		
F50			X
F51			X
F52			X
F53			X
F54			X
F55			X
F56			X
F58			X
F59			X
F60			X
F61			X
F62			X
F63			X
F64			X
F65			X

FICHA ANEXA “B”

Disponibilidad y calidad de la información

1. Las personas que fueron consultadas para el estudio son:
 - La Gerenta de Co-Esperanza
 - El Consejo de Administración de Co-Esperanza
 - La Presidenta del Consejo de Administración.
 - El Contador Publico .
 - El Jefe de Sistemas e Informática.
2. La Información Contable esta muy sistematizada y es muy confiable. Se pueden construir todos los indicadores.
3. Existe mucha certeza sobre la fiabilidad de la información proporcionada respecto al número de afiliados y su evolución en el tiempo.
4. Existe información sobre costos globales de salud pero no sobre costos unitarios por servicio o por tipo de afiliado.
5. La Información Documental es abundante y se anexan doce documentos básicos.
6. La información histórica y de funcionamiento fue recogida de sus propios actores.
7. Falta recoger información sobre las opiniones de los beneficiarios y otros actores.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado Santander, Eduardo. *El Régimen Subsidiado de Salud, Fundación Creer*, Bogotá 1998.
- Jaramillo Pérez, Iván. *El Futuro de la Salud en Colombia - Ley 100 de 1993 , cinco años después* - Publicación de FESCOL, FRB, FES, FUNDACION CORONA, Santafé de Bogotá, cuarta edición Enero de 1999.
- Jaramillo Pérez, Iván;, Elizabeth Suárez. *La Aplicación de la ley 100 a la Salud de Bogotá, El Caso del Silos de Usaqué..* " ,Fundación Corona 1995.
- *Ley Cien, Cuatro Años de implementación*, ASSALUD, CORONA, FES, FESCOL, GTZ, Bogotá, Septiembre de 1998.
- *Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Actualización a Noviembre de 1996*, en Ley Cien, Un Año de implementación, Fundación FES, ASSALUD, Bogotá, Agosto de 1997.
- *Recomendaciones para aplicar la ley 100 a la Salud de Bogotá*, en "Transformar Ciudad con ciudadanía", Consejo Territorial de Planeación de Santafé de Bogotá 1995.

Personas o estructuras que pueden proporcionar informaciones complementarias sobre el sistema.

- ASSALUD Asociación Colombiana de la Salud.
- Ministerio de Salud de Colombia. Dirección de Seguridad Social.
- Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Seguridad Social.
- Secretaria de Salud de Boyacá. Dirección de Seguridad Social.