



MINISTERIO DE SALUD
Programa de Apoyo a la Reforma

EVALUACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN DE LOS PROCESOS, ESTRATEGIAS Y ORGANISMOS ENCARGADOS DE ADELANTAR LAS FUNCIONES DE FINANCIACIÓN, ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

INFORME FINAL
VOLUMEN III
DIAGNOSTICO DEL REGIMEN SUBSIDIADO
TOMO I – EL AMBITO DE LO SOCIAL

INVESTIGACIÓN ADELANTADA POR :



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Facultad de Ciencias Económicas
Centro de Investigaciones Para el Desarrollo - CID

BOGOTÁ, 2002

TABLA DE CONTENIDO

I.	ANÁLISIS INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL.....	I-1
1.1	UNIVERSO DE LA MUESTRA	I-1
1.2	MODELOS DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	I-1
1.2.1	Análisis clásico de evaluación	I-1
1.2.2	Una concepción diferente de las políticas públicas	I-2
1.3	LÓGICA DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL.....	I-4
1.3.1	El sistema de inspección, vigilancia y control.....	I-4
1.3.2	Problemas críticos indagados	I-5
1.4	AFILIACIÓN, CARNETIZACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS	I-5
1.4.1	Problemas más frecuentes que detecta el sistema de IVC respecto de la afiliación y la prestación de servicios	I-5
1.4.2	Problemas más importantes según el actor que responde.....	I-12
1.4.3	Conjuntos de problemas detectados por el sistema de IVC	I-13
1.4.4	Actores institucionales y sociales que más detectan problemas	I-15
1.4.6	Mecanismos de detección de problemas.....	I-23
1.4.7	Niveles territoriales en los que se detectan y a los que se le transfieren los problemas	I-26
1.4.8	Causas de la transferencia de los problemas a otro nivel territorial	I-30
1.4.9	Actor al que se le transfiere el trámite del control.....	I-32
1.4.10	Prácticas de control emprendidas para solucionar problemas	I-34
1.4.11	Efectividad en la resolución de problemas.....	I-36
1.4.12	Efectividad de resolución de problemas según el actor que tramita el control.....	I-39
1.4.13	Resolución de problemas a partir de ámbitos territoriales	I-41
1.5	CONTRATACIÓN, COMPETENCIA Y EJECUCIÓN DE CONTRATOS.....	I-42
1.5.1	Advertencia.....	I-42
1.5.2	Problemas más frecuentes y actores que detectan falencias en la contratación y la competencia.....	I-43
1.5.3	Mecanismos de detección de problemas.....	I-48
1.5.4	Niveles territoriales donde se detectan y a los que se le transfieren los problemas.....	I-51
1.5.5	Niveles territoriales a los que se le transfieren los problemas y sus causas	I-52
1.5.6	Actores de control a los que se le remite el trámite de los problemas y grados de resolución.....	I-55
1.5.7	Sentido estratégico de las prácticas de control emprendidas.....	I-58
1.5.8	Grado de resolución según el actor que tramita el control.....	I-59
1.5.9	Grado de resolución según el nivel territorial donde se tramita el control.....	I-60
1.5.10	Grados de resolución según el mecanismo de control emprendido.....	I-61
1.5.11	Aportes del análisis de correlaciones múltiples	I-61
1.6	CONCLUSIONES	I-64



1.7	RECOMENDACIONES DE POLÍTICA	I-72
1.7.1	Evaluación de derechos a partir de procesos reales	I-72
1.7.2	Sistematizar la informalidad	I-73
1.7.3	De la municipalización a la descentralización.....	I-73
1.7.4	Del control burocrático e individual a la socialización del sistema.....	I-75
1.7.5	De la atomización de los agentes del control a la autoregulación integral del sistema	I-76
II.	CONTROL SOCIAL	II-1
2.1	INSTITUCIONALIZACION DE LA PARTICIPACIÓN Y EL CONTROL SOCIAL	II-2
2.1.1	Apertura de espacios políticos	II-3
2.1.2	Programas estatales específicos	II-4
2.1.3	Relaciones con el mercado.....	II-5
2.2	ESTRUCTURA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y EL CONTROL SOCIAL EN SALUD	II-6
2.2.1	Enfoque Estatal Del Control Social	II-6
2.2.2	Promoción De La Participación Comunitaria	II-8
2.2.3.	Ejercicio del control social.....	II-16
2.2.4.	Institucionalización de la política de promoción de la participación comunitaria ...	II-29
2.2.4.	Características de las organizaciones comunitarias.....	II-31
2.3	ELEMENTOS PARA EL IMPULSO DEL CONTROL SOCIAL EN EL CAMPO DE LOS DERECHOS SOCIALES.....	II-33
2.4	CONCLUSIONES	II-36
2.5	RECOMENDACIONES.....	II-40
III.	SISTEMA DE EVALUACIÓN TERRITORIAL- SET	III-1
3.1	Evaluaciones participativas.....	III-2
3.2	SISTEMA DE INFORMACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS.....	III-4
3.3	INDICADORES TÉCNICOS DE DESEMPEÑO	III-5
3.4	RANKING DE ARS E IPS.....	III-6
3.5	CONSEJOS TERRITORIALES DE SEGURIDAD SOCIAL.....	III-6
3.6	NIVELES DE INTERVENCIÓN DEFINIDO EN EL SET Y TIPOS DE INTERVENCIÓN.....	III-7
3.7	PUBLICIDAD DE LOS RESULTADOS DE LA IVC	III-8

IV.	IDENTIFICACIÓN Y AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS –SISBEN	IV-1
4.1	Presentación: el Sisben y el régimen subsidiado de salud	IV-5
4.2	El marco normativo y las fases de aplicación del Sisben en el régimen subsidiado	IV-5
	La primera fase de aplicación del Sisben en el régimen subsidiado.....	IV-6
	La segunda fase de la implementación del Sisben	IV-8
	La fase actual de implementación del Sisben	IV-10
4.3	Enfoque de análisis del Sisben	IV-12
	La focalización de los programas sociales.....	IV-13
	Enfoque de análisis	IV-17
4.4	El índice Sisben como instrumento de selección de beneficiarios del régimen subsidiado en salud	IV-20
	La definición de la población destinataria del régimen subsidiado: dos enfoques contrapuestos	IV-20
	Las particularidades de la búsqueda del aseguramiento universal en la salud	IV-23
	El Sisben como instrumento de identificación de beneficiarios del régimen subsidiado....	IV-24
4.5	Afiliación al sistema de seguridad social en salud y estado de la focalización en salud	IV-52
	Las tendencias de la afiliación.....	IV-52
	La focalización en el régimen subsidiado.....	IV-55
4.6	Implementación del Sisben.....	IV-59
	El estado del Sisben	IV-60
	Problemas en la aplicación del Sisben y factores a tratar para su solución.....	IV-76
	La aplicación de encuestas Sisben.....	IV-82
	La administración del Sisben	IV-82
	Algunos aspectos de los procesos de afiliación al régimen subsidiado.....	IV-83
	Percepciones sobre la idoneidad del Sisben como instrumento de focalización y percepción de la población sobre el mismo.....	IV-84
	El estigma social y la distorsión de incentivos	IV-85
4.7	CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES	IV-86
	Conclusiones	IV-86
	Lineamientos de acción.....	IV-91
	Propuestas y recomendaciones.....	IV-92
	Las propuestas sobre la definición e identificación de los beneficiarios.....	IV-96
4.8	BIBLIOGRAFÍA.....	IV-99
4.9	ANEXOS.....	IV-100

I. ANÁLISIS INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

**Darío Restrepo
Raúl Cárdenas**

Investigadores Universidad Nacional

1.1 UNIVERSO DE LA MUESTRA

El presente informe presenta, analiza y sugiere recomendaciones al sistema de inspección, vigilancia y control al régimen subsidiado en salud, a partir de la aplicación de 429 encuestas en 94 municipios, a seis actores del régimen subsidiado en salud: administradoras del régimen subsidiado - ARS, instituciones prestadoras de servicios - IPS, direcciones seccionales de salud - DSS, direcciones locales de salud - DLS, personero y asociaciones de usuarios o veedores.

Con el fin de evitar sesgos en los resultados estadísticos originados por la cantidad diferente de encuestas aplicadas a cada actor, se realizó una transformación en los datos que asignó igual valor a cada una de las respuestas de los actores independiente del número de formularios aplicados a cada uno. Existen tres excepciones a lo anterior, la primera en el capítulo 5 denominado: "problemas más importantes según el actor que responde" y los capítulos 15 y 16 llamados "efectividad de resolución de problemas por actor" y "resolución de problemas a partir de ámbitos territoriales", respectivamente. En el capítulo 5 esto se debe a que se quiere mostrar la existencia de problemas en la violación a los derechos de los afiliados al régimen subsidiado, detectado por cada uno de los actores, independientemente de otras variables. En los capítulos 15 y 16, a que una eventual transformación de los datos no permite llevar a cabo relaciones entre variables como las que allí se presentan.

1.2 MODELOS DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

No existe una sola manera de evaluar un programa de política pública. A continuación se presenta el modelo tradicional y el adoptado en este componente de la investigación.

1.2.1 Análisis clásico de evaluación

Es un modelo guiado por el principio de la constatación y la contrastación. Es decir, supone una política pública dada, con un cuerpo compacto y unívoco de regulación, estructura de implementación, funciones establecidas por niveles de gobierno, entidades públicas y privadas, criterios de funcionamiento y un conjunto de recursos financieros.

La evaluación consiste en constatar los grados de adecuación entre lo estipulado y lo que efectivamente ocurre en la práctica. Para ello, suele analizar el cumplimiento de funciones, el respeto de los procedimientos establecidos, los flujos de tiempos y recursos necesarios para el desarrollo de la política y los costos en los que se incurre y, por último, eventualmente evalúa los resultados de la política pública sobre los beneficiarios.

Dos tipos de recomendaciones se desprenden de este tipo de evaluación. Una insiste sobre los medios, otra en las condiciones.

En cuanto a los medios, el contraste entre lo estipulado y lo aplicado arroja evidencia sobre carencias de información del conjunto de actores implicados en el programa y, por lo tanto, recomienda invariablemente emprender campañas de capacitación, producción de instructivos y acciones permanentes de actualización en normas y exigencias de procedimientos. De la misma manera, atribuye a la mala fe y a intereses externos y contrarios a los objetivos del programa las distorsiones entre lo normado y lo aplicado; por lo tanto, solicita sanciones o un régimen de estímulos para conducir a los diferentes actores dentro del cumplimiento de lo estipulado.

En cuanto a las condiciones, este modelo de evaluación es fecundo en el análisis del conjunto normativo que regula el programa. En él suele encontrar falencias tales como, excesos, carencias y ambigüedades normativas; por lo tanto, centra recomendaciones en la clarificación, armonización y producción normativa. De la misma manera, es sensible en la detección de fallas en el aparato institucional para llevar a cabo los fines del programa público, lo cual justifica o al menos facilita el incumplimiento de lo estipulado; por lo que, los más atrevidos -que suelen ser muchos-, recomiendan modificaciones al modelo de organización del programa público.

Varios son los supuestos de este modelo de evaluación en cuanto a la comprensión de lo que es y debería ser una política pública eficiente. Entre los más importantes están el suponer que una política pública es elaborada enteramente por una o varias entidades, las cuales deciden los objetivos y los medios a llevar a cabo por otros que implementan la voluntad de los primeros. Tal comprensión de las políticas públicas comparte, inevitablemente, una concepción jerarquizada y tutelar. Es decir, requiere implementar mecanismos de reconocimiento de una autoridad central que genera la política y de unas entidades subalternas que deben aplicarla. Se genera así la necesidad de una tutela sobre los agentes secundarios a los cuales se debe capacitar o sancionar con el fin de que entiendan y se ajusten a los designios de los que formulan la política pública, e igualmente, clarificar y mejorar la labor del ente central para guiar la aplicación de la política por los actores de reparto de la política.

El segundo supuesto fundamental de tal modelo de evaluación y, por lo tanto, de entendimiento de los que son las políticas públicas, es una concepción particular de la información. Supone que ésta es producida centralmente por una o varias entidades, de manera unívoca y que se transfiere como un bloque compacto a los agentes de implementación, los cuales, deben utilizarla como un conjunto de fines y medios exentos de cuestionamiento y modificaciones.

1.2.2 Una concepción diferente de las políticas públicas

Aquí se considera que las políticas públicas no son elaboradas y decididas en un solo lugar -él central- y en un período o momento por un conjunto de actores institucionales, para de allí en adelante, en un segundo momento, implementarse por otros actores que deben ser

capacitados, sancionados o ayudados. Las políticas públicas se hacen por el conjunto de actores que intervienen en ellas. Esto quiere decir que, independientemente del grado de descentralización previsto en la implementación de las políticas, siempre los actores que "implementan" los programas interfieren en los resultados, mecanismos, usos y objetivos mismos de las políticas.

Por lo tanto, el modelo de evaluación que se guía por el principio de la constatación y sus prioridades de evaluación centradas en la medición de la adecuación entre una voluntad central y originaria respecto de un grado de implementación, es insuficiente.

En segundo lugar, se considera que el conjunto de objetivos y normas establecidas centralmente no son unívocos, sino que son el resultado de transacciones y compromisos entre varias intenciones, intereses y fines de política. Por lo tanto, es insuficiente considerar la información transmitida a los agentes de implementación como unívoca y sin capacidad legal de modificación. Todos los analistas de la seguridad social concuerdan en que la ley marco que la regula es el resultado de un compromiso entre varias racionalidades, objetivos de política e intereses, los cuales debatieron y negociaron durante varios meses antes de que el congreso adoptara la ley definitiva². Más aún, los expertos en el tema admiten que la reglamentación de la ley mediante decretos ha extendido la pugna por definir la correlación de fuerzas y los sentidos orientadores del sistema de aseguramiento en salud.

De lo anterior se derivan dos consecuencias. En virtud de la primera, se hace necesario considerar lo que los actores hacen con el programa público, en otros términos, analizar la política pública desde las *prácticas reales* de los que la implementan, puesto que son estas prácticas y no exclusivamente las normas, las que definen los resultados, mecanismos y objetivos que se implementan. La segunda consecuencia invita a *considerar las modificaciones*, innovaciones y la pluralidad de sentidos e intereses que se despliegan alrededor de la implementación de las políticas públicas.

El modelo de evaluación implementado introduce un análisis socio político del desempeño del sistema de inspección, vigilancia y control que nos aproxima al entendimiento de las relaciones de poder entre niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y de éstas con los beneficiarios alrededor de los derechos fundamentales de las personas. No se trata entonces de un análisis de instituciones particulares sino de las relaciones entre ellas en un sistema.

Este tipo de análisis invita a formular recomendaciones de política que tengan en cuenta los intereses de cada actor en el sistema. También a considerar las relaciones entre funciones asignadas, capacidades e intereses para llevarlas a cabo. Por último, en tanto toda política es una relación de poderes entre actores institucionales públicos y privados, hace explícito los actores que desea reforzar en el sistema.

² Un estudio pedagógico sobre las principales corrientes que concurren en la ley de seguridad social se encuentra en: Jaramillo, Iván, **El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993: política social, mercado y descentralización.** (1994). Fescol / Fundación Corona / Fundación Antonio Restrepo Barco. Bogotá

Esta comprensión de las políticas públicas determina el modelo de evaluación emprendido que a continuación se entra a explicar.

1.3 LÓGICA DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Dos principios metodológicos inspiran la organización del conjunto de la información y el posterior análisis del sistema de inspección, vigilancia y control – IVC. El primero, refiere al carácter sistémico de la inspección, vigilancia y control y el segundo, al tipo de problemas por el cual se indaga.

1.3.1 El sistema de inspección, vigilancia y control

Primero, se consideran las acciones de IVC enlazadas entre sí como un sistema. Entendemos por sistema la relación permanente que se genera entre *problemas* de inspección, vigilancia y control, *actores* institucionales y sociales que detectan los problemas a través de *mecanismos* específicos, en algún *nivel territorial* y que remiten la responsabilidad del control a otros niveles territoriales y actores institucionales, los cuales emprenden *prácticas de control* que dan lugar a grados de *resolución* de los problemas.

Para una mayor comprensión del funcionamiento del sistema se distingue una entrada de los problemas al sistema y una salida. En la entrada se consideran los problemas de IVC, las instituciones que los detectan, los mecanismos a través de los cuales lo hacen y el nivel territorial en el que lo hacen.

En la salida se consideran las eventuales remisiones de problemas a otros niveles territoriales y actores del control, las prácticas de control que en ellos se ejercen y los niveles de *resolución de problemas*.

La información así recabada permite aproximarse a la caracterización de cinco aspectos críticos de evaluación del sistema de IVC.

- Primero, el grado de ocurrencia de una serie de problemas y conjunto de problemas.
- Segundo, la eficacia de actores institucionales y sociales en la detección de problemas.
- Tercero, la concurrencia entre niveles territoriales en el proceso de detección y resolución de problemas.
- Cuarto, el modelo de control que se aplica para detectar y resolver problemas detectados.
- Quinto, la eficiencia del sistema de IVC para solucionar problemas.

1.3.2 Problemas críticos indagados

Dos características poseen los problemas de IVC sobre los cuales porta la información recabada por la Universidad Nacional.

- Primero, se trata de problemas mediante los cuales se violan los derechos fundamentales de los usuarios en cuatro aspectos:
- El derecho a ser seleccionado en tanto beneficiario.
- El derecho a la afiliación y carnetización de los beneficiarios seleccionados.
- El derecho a la buena prestación de servicios.
- El derecho a la libre escogencia de las Administradoras del Régimen Subsidiado – ARS.

Segundo, se trata de problemas que violan el principio de la competencia en la contratación de ARS de una parte y de IPS de otra y, los problemas de mora en el flujo de recursos. La evaluación de estos dos temas posee un interés central debido a que el principio de la libre competencia y libre elección por parte de los beneficiarios debe regir el sistema en aras de propiciar eficiencia y responsabilidad entre los agentes y, los flujos de recursos condicionan la oportunidad del financiamiento y de la prestación de servicios. Por lo tanto, es necesario preguntARSe por la eventual relación entre problemas de competencia y financiación con el respecto de los derechos de los beneficiarios.

Los problemas en mención fueron indagados en su existencia a un conjunto de actores: Administradoras del Régimen Subsidiado - ARS, Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS, Direcciones Seccionales de Salud - DSS, Direcciones Locales de Salud - DLS, personeros municipales, veedores y asociación de usuarios. A cada uno de ellos se les aplicó el conjunto de preguntas que caracterizan las entradas y las salidas del sistema de inspección, vigilancia y control.

1.4 AFILIACIÓN, CARNETIZACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

1.4.1 Problemas más frecuentes que detecta el sistema de IVC respecto de la afiliación y la prestación de servicios

Cuatro son los problemas más frecuentes que detectan el conjunto de actores institucionales y sociales. En orden de importancia: las múltiples afiliaciones, tardanza entre afiliación y carnetización de beneficiarios, seguidas con igual cantidad de frecuencias por la no selección de beneficiarios por núcleos familiares completos y las deficiencias en la calidad de los servicios.

Las múltiples afiliaciones

Esto quiere decir que para los actores institucionales y sociales el problema que más afecta los derechos de los ciudadanos potencialmente beneficiarios del régimen subsidiado en salud son las múltiples afiliaciones de las que gozan algunas personas, con lo cual, imposibilitan la entrada al régimen de una cuantía mayor de beneficiarios.

Dos hipótesis pueden explicar este problema. La primera, la falta de claridad de los potenciales beneficiarios sobre sus derechos y deberes. O bien, los beneficiarios tramitan por varias vías la entrada al sistema para garantizar que si alguna de ellas no funciona, la otra si lo hará. O bien, muchos beneficiarios creen que la múltiple afiliación garantiza una mayor cantidad de servicios de salud. En ambos casos, se expresa una desconfianza relativa de los beneficiarios en las normas y las instituciones en cuanto a la capacidad de regular el comportamiento real de las instituciones y de obligar el respeto de los derechos adquiridos. La incredulidad ciudadana en las normas no es propia al sistema de salud, aunque aquí como en otros ámbitos, representan un reto a la construcción de una cultura institucional y social sobre los derechos y deberes que requiere la plena vigencia del Estado de derecho.

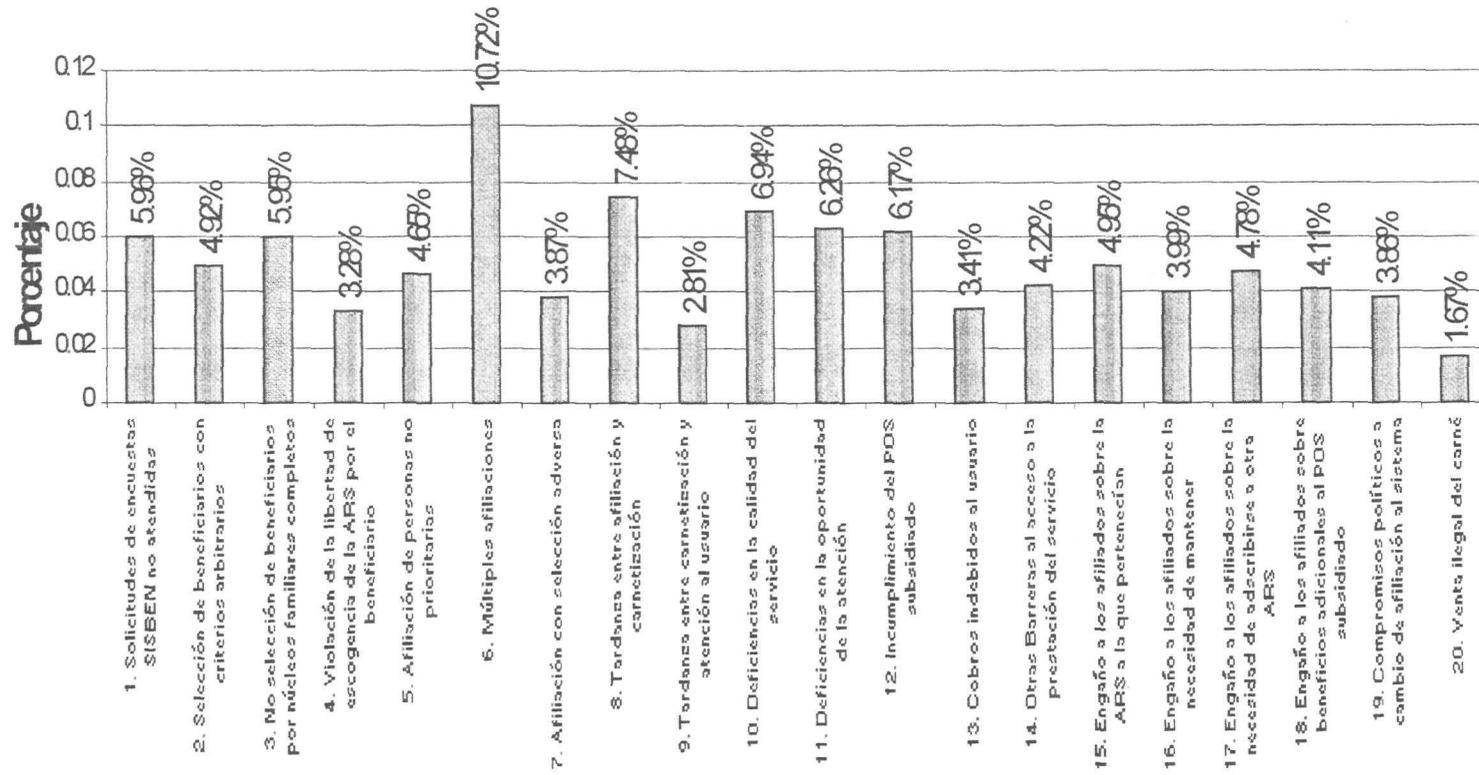
La segunda hipótesis explicativa reside en una competencia desleal entre ARS que afilian potenciales beneficiarios sin indagar de manera oportuna y suficiente sobre una eventual y previa afiliación.

La precariedad en los sistemas de información facilita la ocurrencia de esta anomalía, así como la actualización y funcionamiento de completas bases de datos y el obligatorio cruce entre ellas solucionaría, por una vía técnica, ésta falencia.

Las direcciones seccionales y locales de salud deberían tener las bases de datos de las ARS y un sistema técnico para cruzar la información sobre afiliaciones de beneficiarios.

Los problemas detectados por los actores sociales e institucionales.

- Ponderado -



Tardanza entre afiliación y carnetización

El segundo problema más reseñado por los actores sociales e institucionales indica que después de la afiliación se presentan importantes barreras de acceso al sistema debido al tiempo que toma la carnetización de beneficiarios. Una demora en la carnetización conlleva inevitablemente demoras en la atención de los beneficiarios o alternativamente, conduce a suplantar los recursos de apoyo a la demanda por las fuentes de financiación de la oferta institucional. No deben ignorarse los grandes problemas de financiación de la oferta institucional, los cuales son impunemente agravados por la suplantación de los recursos de demanda que genera la atención de beneficiarios no carnetizados.

Por otra parte, esta situación alimenta una desconfianza de los beneficiarios y de las instituciones mismas en cuanto a que las normas e incluso el cumplimiento de ciertos requisitos no asegura inmediatamente la vigencia de los derechos sociales.

Varias razones pueden estar confluyendo en explicar la tardanza en la carnetización de afiliados. En primer lugar indica un problema de capacidades técnicas de las ARS. En segundo lugar, la dispersión de la población, fundamentalmente rural, dificulta la entrega de carnés. En tercer lugar, un rezago del pasado, en el que las demoras en la carnetización fueron usadas por las ARS para atesorar los recursos del régimen subsidiado sin incurrir en desembolsos a las IPS para la atención de beneficiarios. Finalmente, no debe descartarse la retención de carnés durante los períodos electorales con el fin de forzar la adhesión ciertos candidatos a corporaciones públicas.

Deficiencias en la calidad y oportunidad del servicio

El tercer y el cuarto problema señalan deficiencias en la calidad y oportunidad del servicio, respectivamente. Mientras los dos principales problemas ya comentados refieren a dificultades de acceso de los potenciales beneficiarios al sistema, el tercero y cuarto alertan sobre el incumplimiento de los derechos del afiliado una vez este ya entró plenamente a este, en particular, en cuanto a que las deficiencias en calidad y oportunidad conducen al deterioro de los bienes y servicios a los que se tiene derecho.

Varias hipótesis pueden explicar esta situación. Primero, un problema estructural de difícil solución, cual es, la dispersión de la población respecto de la concentración de la red de servicios, particularmente grave para la población del sector rural. Esto, además de generar costos al usuario en términos de tiempo y plata, compromete la oportunidad en la atención, particularmente en casos de urgencia y de niveles 3 y 4 de complejidad de la atención.

En segundo lugar otro problema estructural referido a la escasa opción que tienen los usuarios de escoger entre varios oferentes de salud, debido, por una parte, a las restricciones en la cantidad y calidad de instituciones de salud en general y por otra, a la predeterminación de la red de servicios que contrata la ARS. De tal manera que los usuarios deben resignarse a eventuales deficiencias crónicas en la calidad de las entidades prestadoras de

servicios.

En tercer lugar, no se descartan obstáculos al acceso a los servicios provocados por las ARS, en términos de exigir trámites, requisitos, procedimientos y gestiones que debe emprender el usuario en cada caso de necesitar la atención en salud. Esto concurriría en explicar las falencias en la oportunidad.

Por último, la red contratada por la ARS puede presentar deficiencias tanto en la capacidad instalada como en la calidad de los procesos médicos. Por lo cual, la prestación de servicios se puede ver diferida en el tiempo o puede no corresponder a los estándares de calidad requeridos.

Este resultado preocupa en la medida en que los bienes y servicios recibidos en virtud del régimen subsidiado son menores que aquellos a los que se tiene derecho mediante el régimen contributivo.

La Universidad Nacional considera oportuno debatir la unificación del POS subsidiado con el contributivo, puesto que los paliativos existentes para la atención suplementaria de beneficiarios del POS-S no parecen estar dando los resultados esperados.

Sin embargo, el régimen contributivo también tiene problemas de oportunidad y calidad, cuya explicación también reside en la estructura de la red de servicios, la predeterminación contractual de esta y la capacidad y calidad de los servicios de ciertas entidades de salud.

Este problema común al régimen subsidiado y contributivo, aparentemente insalvable, al menos en el corto plazo, puede enfrentarse mediante la garantía de la libre escogencia por parte del usuario de las IPS, lo cual implica que el derecho universal a la salud puede ser ejercido en cualquier momento y lugar usando todas las instituciones públicas y privadas que presten los servicios del POS, que por otra parte, indicamos debe ser equivalente para el régimen subsidiado y contributivo.

En esta perspectiva, se debieran revisar los trámites exigidos por las ARS a los usuarios en la ocasión en que estos requieren la atención en salud.

Venta ilegal del carné

Es el problema menos reseñado por el conjunto de actores institucionales y sociales a los que se les aplicó la encuesta. También es la única práctica de violación de los derechos de los beneficiarios que es asociada estrictamente con un delito. Por ello reconforta la baja puntuación recibida, aunque el instrumento de la encuesta no es el más adecuado para detectarla. En efecto, en varias ocasiones, diferentes actores institucionales y sociales admitieron su existencia o dijeron haber oído de ella, pero se negaron a tomar la responsabilidad de inscribir el problema en la encuesta y menos desarrollar el conjunto de preguntas que le suceden a la constatación del problema. "El delito de la venta del carné no se denuncia".

Los resultados anteriores son corroborados por la expansión de las respuestas de las DLS al universo de ellas, tal como se aprecia en la gráfica siguiente.

ORDEN	DSS		DLS		ARS		IPS		Person		Asoc. De Usuarios	
1	6. Múltiples afiliaciones	20	6. Múltiples afiliaciones	46	6. Múltiples afiliaciones	54	6. Múltiples afiliaciones	76	10. Deficiencias en la calidad del servicio	37	2. Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios	25
2	5. Afiliación de personas no prioritarias	17	3. No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos	34	3. No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos	46	8. Tardanza entre afiliación y carnetización	60	6. Múltiples afiliaciones	32	1. Solicitudes de encuestas SISBEN no atendidas	18
3	10. Deficiencias en la calidad del servicio	17	8. Tardanza entre afiliación y carnetización	34	1. Solicitudes de encuestas SISBEN no atendidas	38	1. Solicitudes de encuestas SISBEN no atendidas	56	11. Deficiencias en la oportunidad de la atención	31	6. Múltiples afiliaciones	17
4	8. Tardanza entre afiliación y carnetización	16	12. Incumplimiento del POS subsidiado	32	17. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS	37	3. No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos	46	8. Tardanza entre afiliación y carnetización	30	11. Deficiencias en la oportunidad de la atención	17
5	11. Deficiencias en la oportunidad de la atención	14	1. Solicitudes de encuestas SISBEN no atendidas	31	2. Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios	36	18. Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al POS subsidiado	31	1. Solicitudes de encuestas SISBEN no atendidas	29	3. No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos	16
6	12. Incumplimiento del POS subsidiado	14	10. Deficiencias en la calidad del servicio	30	10. Deficiencias en la calidad del servicio	32	7. Afiliación con selección adversa	30	2. Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios	29	10. Deficiencias en la calidad del servicio	16
7	15. Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían	13	11. Deficiencias en la oportunidad de la atención	28	18. Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al POS subsidiado	32	14. Otras Barreras al acceso a la prestación del servicio	30	3. No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos	28	5. Afiliación de personas no prioritarias	15
8	4. Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario	12	15. Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían	24	11. Deficiencias en la oportunidad de la atención	30	12. Incumplimiento del POS subsidiado	29	5. Afiliación de personas no prioritarias	27	12. Incumplimiento del POS subsidiado	12
9	7. Afiliación con selección adversa	12	14. Otras Barreras al acceso a la prestación del servicio	19	15. Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían	27	16. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener	25	12. Incumplimiento del POS subsidiado	27	19. Compromisos políticos a cambio de afiliación al sistema	12
10	14. Otras Barreras al acceso a la prestación del servicio	11	17. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS	19	19. Compromisos políticos a cambio de afiliación al sistema	26	17. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS	25	19. Compromisos políticos a cambio de afiliación al sistema	20	8. Tardanza entre afiliación y carnetización	11

ORDEN	DSS		DLS		ARS		IPS		Person		Asoc. De Usuarios	
11	17. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS	11	16. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener	18	4. Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario	25	9. Tardanza entre carnetización y atención al usuario	20	4. Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario	17	13. Cobros indebidos al usuario	9
12	16. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener	10	2. Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios	17	12. Incumplimiento del POS subsidiado	22	13. Cobros indebidos al usuario	17	14. Otras Barreras al acceso a la prestación del servicio	16	15. Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían	9
13	19. Compromisos políticos a cambio de afiliación al sistema	10	5. Afiliación de personas no prioritarias	16	16. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener	22	15. Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían	15	7. Afiliación con selección adversa	15	20. Venta ilegal del carné	8
14	13. Cobros indebidos al usuario	9	18. Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al POS subsidiado	14	13. Cobros indebidos al usuario	18	2. Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios	0	13. Cobros indebidos al usuario	15	14. Otras Barreras al acceso a la prestación del servicio	7
15	18. Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al POS subsidiado	9	9. Tardanza entre carnetización y atención al usuario	10	7. Afiliación con selección adversa	11	4. Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario	0	16. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener	13	17. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS	7
16	9. Tardanza entre carnetización y atención al usuario	8	19. Compromisos políticos a cambio de afiliación al sistema	10	8. Tardanza entre afiliación y carnetización	11	5. Afiliación de personas no prioritarias	0	17. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS	12	7. Afiliación con selección adversa	5
17	20. Venta ilegal del carné	2	13. Cobros indebidos al usuario	8	14. Otras Barreras al acceso a la prestación del servicio	10	10. Deficiencias en la calidad del servicio	0	15. Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían	10	9. Tardanza entre carnetización y atención al usuario	5
18	1. Solicitudes de encuestas SISBEN no atendidas	0	20. Venta ilegal del carné	8	20. Venta ilegal del carné	9	11. Deficiencias en la oportunidad de la atención	0	18. Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al POS subsidiado	9	4. Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario	4
19	2. Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios	0	4. Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario	7	9. Tardanza entre carnetización y atención al usuario	1	19. Compromisos políticos a cambio de afiliación al sistema	0	9. Tardanza entre carnetización y atención al usuario	8	18. Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al POS subsidiado	4
20	3. No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos	0	7. Afiliación con selección adversa	6	5. Afiliación de personas no prioritarias	0	20. Venta ilegal del carné	0	20. Venta ilegal del carné	5	16. Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener	3

Por el contrario, la expansión de las respuestas de los personeros arrojan una información diferente en la que se destaca que para estos las deficiencias en la calidad del servicio es el principal problema, mientras que para los otros actores, según los personeros, este es el tercer problema en importancia.

1.4.2 Problemas más importantes según el actor que responde

En este aparte se analizan los principales problemas que cada actor, independientemente considerado, señaló como los más frecuentes.

Para el conjunto de actores institucionales con responsabilidad legal en la implementación del régimen subsidiado en salud el principal problema son las *múltiples afiliaciones* de las que gozan algunos usuarios. Incluso para la personería y la asociación de usuarios las múltiples afiliaciones se encuentra entre los principales tres problemas por ellas señalados.

Un segundo problema significativo para los actores institucionales (DSS, DLS, IPS) son las *tardanzas entre afiliación y carnetización*, con excepción de las ARS, lo que se explica por ser éstas últimas las causantes del problema. Para las direcciones territoriales se explica por el riesgo de pagar por unas personas que no son atendidas y para los hospitales porque reciben la presión de los afiliados, incurriendo en la prestación de servicios no cubiertos por los contratos del régimen subsidiado, sino por las fuentes de los recursos de oferta.

La *deficiencias en la calidad del servicio* son de primera importancia para las direcciones seccionales y los personeros y el sexto problema más importante para las direcciones locales, las ARS y las asociaciones de usuarios. Existe entonces una preocupación generalizada de los actores institucionales y sociales respecto de la calidad del servicio prestado por las IPS, mientras estas últimas niegan la importancia del problema. Si para las direcciones locales y las asociaciones de usuarios las deficiencias en la calidad del servicio no son el principal problema se debe al hecho de que reciben cotidianamente una mayor presión de los pobres por acceder al régimen subsidiado que de los que están adentro por la calidad de los servicios recibidos.

Esta hipótesis es reforzada por cuanto los tres principales problemas detectados por las asociaciones de usuarios refieren a los problemas de acceso de los beneficiarios al sistema.

La *no aplicación de encuestas Sisben* es un problema importante para todos los actores institucionales y sociales del municipio, en cambio es poco relevante a nivel departamental, el cual parece desentenderse de esta responsabilidad principalmente percibida por el nivel local.

La *afiliación de personas no prioritarias* preocupa exclusivamente de manera importante a las Direcciones seccionales. A las ARS e IPS no les preocupa porque para ellas es indiferente el estrato de las personas afiliadas en el cumplimiento de sus funciones en el sistema, siempre y cuando les reconozcan, a las primeras los afiliados y, a las segundas los recursos por la prestación de los servicios. Para la dirección local es un problema poco relevante lo que

podría explicarse por dos razones. Primera, porque la ley es ambigua respecto de la población prioritaria a afiliar. Segunda, porque le permite un margen de maniobra político según las circunstancias.

1.4.3 Conjuntos de problemas detectados por el sistema de IVC

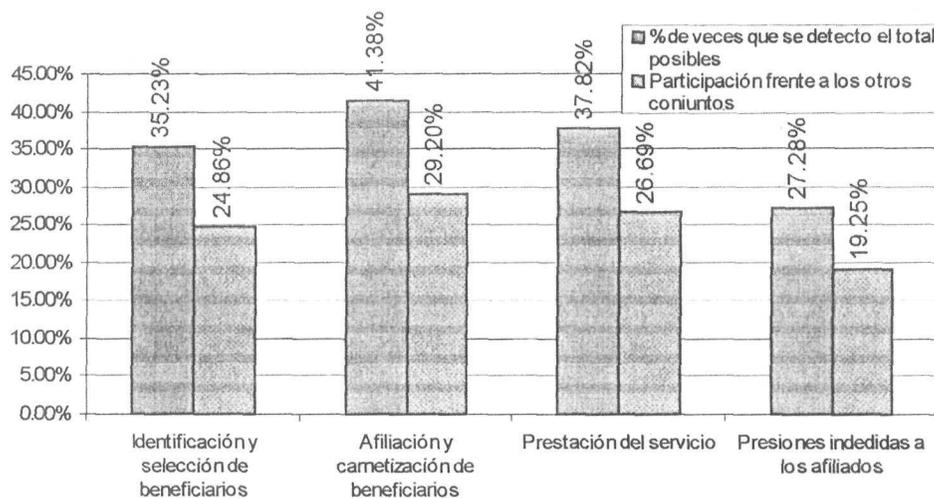
La información sobre los problemas de violación de derechos de los beneficiarios del régimen subsidiado en salud se capturó en cuatro grandes temas. El orden en que estos fueron señalados como más frecuentes por parte de los actores institucionales y sociales que respondieron a la encuesta, es el siguiente:

- Problemas en cuanto a la *afiliación y carnetización de beneficiarios*, el cual contiene los siguientes problemas específicos:
 - Afiliación de personas no prioritarias
 - Múltiples afiliaciones
 - Afiliación con selección adversa
 - Tardanza entre afiliación y carnetización
 - Tardanza entre carnetización y atención al usuario
- Problemas en la *prestación de servicios a los beneficiarios*, el cual contiene los siguientes problemas específicos:
 - Deficiencias en la calidad del servicio
 - Deficiencias en la oportunidad del servicio
 - Incumplimiento del pos subsidiado
 - Cobros indebidos al usuario
 - Otras barreras al acceso a la prestación del servicio
- Problemas en la *identificación y selección de beneficiarios*, el cual contiene los siguientes problemas específicos:
 - Solicitud de encuestas sisben no atendidas
 - Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios
 - No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos

- Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario
- Problemas en cuanto a *presiones indebidas a los afiliados*, el cual contiene los siguientes problemas específicos:
- Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían
- Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener obligatoriamente la afiliación a una ARS determinada
- Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS
- Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al pos subsidiado, en el momento de la afiliación que no se reciben posteriormente
- Compromisos políticos a cambio de la afiliación al sistema
- Venta ilegal del carné

Como se puede apreciar en la gráfica, la diferencia entre la cantidad de veces que se responde a los primeros tres conjuntos de problemas no es muy significativa, mientras que el cuarto conjunto de problemas se separa de los anteriores, aunque no es desdeñable puesto que representa el 19% del total de los subconjuntos de problemas.

Frecuencia y participación de los conjuntos de problemas



Llama la atención el hecho que el promedio de ocurrencia de problemas dentro de cada subconjunto es alto, siendo los problemas de afiliación y carnetización el mayor con un promedio de 41% y el menor, las presiones indebidas a los afiliados con un promedio de 27%.

En términos generales se puede comentar que existen problemas en todos los ámbitos. Sin embargo, los dos conjuntos de problemas referidos al acceso de los beneficiarios en el sistema constituyen el 54% del total y por lo tanto, indican una mayor falencia en cuanto al acceso de las personas al sistema frente a los dos conjuntos de problemas que se presentan una vez el beneficiario ya es usuario del régimen subsidiado en salud.

Por último advertimos al lector sobre lo que puede ser una falencia de la encuesta para detectar las presiones indebidas a los afiliados por parte de las ARS y DLS, debido a que la redacción de los problemas califican el acto como engaño. De tal manera las personas que respondieron pudieron sentirse intimidadas en señalar un acto aparejado con el delito.

Para las DLS, una vez expandida sus respuestas al universo de ellas, el conjunto de problemas de identificación y selección de beneficiarios es el que más se detecta, mientras que los problemas de prestación de servicios y de presiones indebidas a los afiliados conservan su lugar de importancia, tal y como es para el conjunto de actores que respondieron a la encuesta.

La extensión de las respuestas de los personeros indica para ellos el conjunto de problemas de mayor incidencia son los relacionados con la prestación del servicio, a diferencia de las respuestas de los otros actores entrevistados.

1.4.4 Actores institucionales y sociales que más detectan problemas

Dos actores pueden detectar los problemas de violación de los derechos de los beneficiarios: los institucionales y los sociales.

Entre los actores institucionales se indagó por los siguientes:

- La Superintendencia de Salud
- El Ministerio de Salud
- La procuraduría
- La contraloría
- La personaría
- El control interno
- La interventoría externa
- La dirección local de salud
- La dirección seccional de salud

- Las ARS
- Las IPS

Los tres actores institucionales que más detectan los problemas que entran al sistema de inspección, vigilancia y control son: las Direcciones Locales de Salud, seguidas de las personerías y las ARS.

Este resultado nos indica que conforme a como fue concebido el régimen subsidiado en salud, las direcciones locales cumplen la principal función de control y garantía de los derechos de los afiliados. De la misma manera, se conforta la propuesta de aquellos que piensan que la principal función de las direcciones territoriales de salud, además de coordinar el régimen subsidiado en su jurisdicción, debe ser el seguimiento y control al conjunto de actores públicos y privados que intervienen en él. En particular, debe señalarse que la mayoría de actores que respondieron la encuesta (entre ellos: ARS, IPS, personeros, veedores, etc), reconocen en las direcciones locales, la función de recibir las quejas por violación de los derechos fundamentales de los beneficiarios.

En segundo lugar, las personerías municipales cumplen un importante papel de receptores de quejas y denuncias sobre los problemas que padecen los beneficiarios.

En tercer lugar, las ARS fueron reconocidas por su capacidad de detectar los problemas relacionados con los derechos de los beneficiarios. Por ley les corresponde y al parecer para ciertos problemas así está ocurriendo.

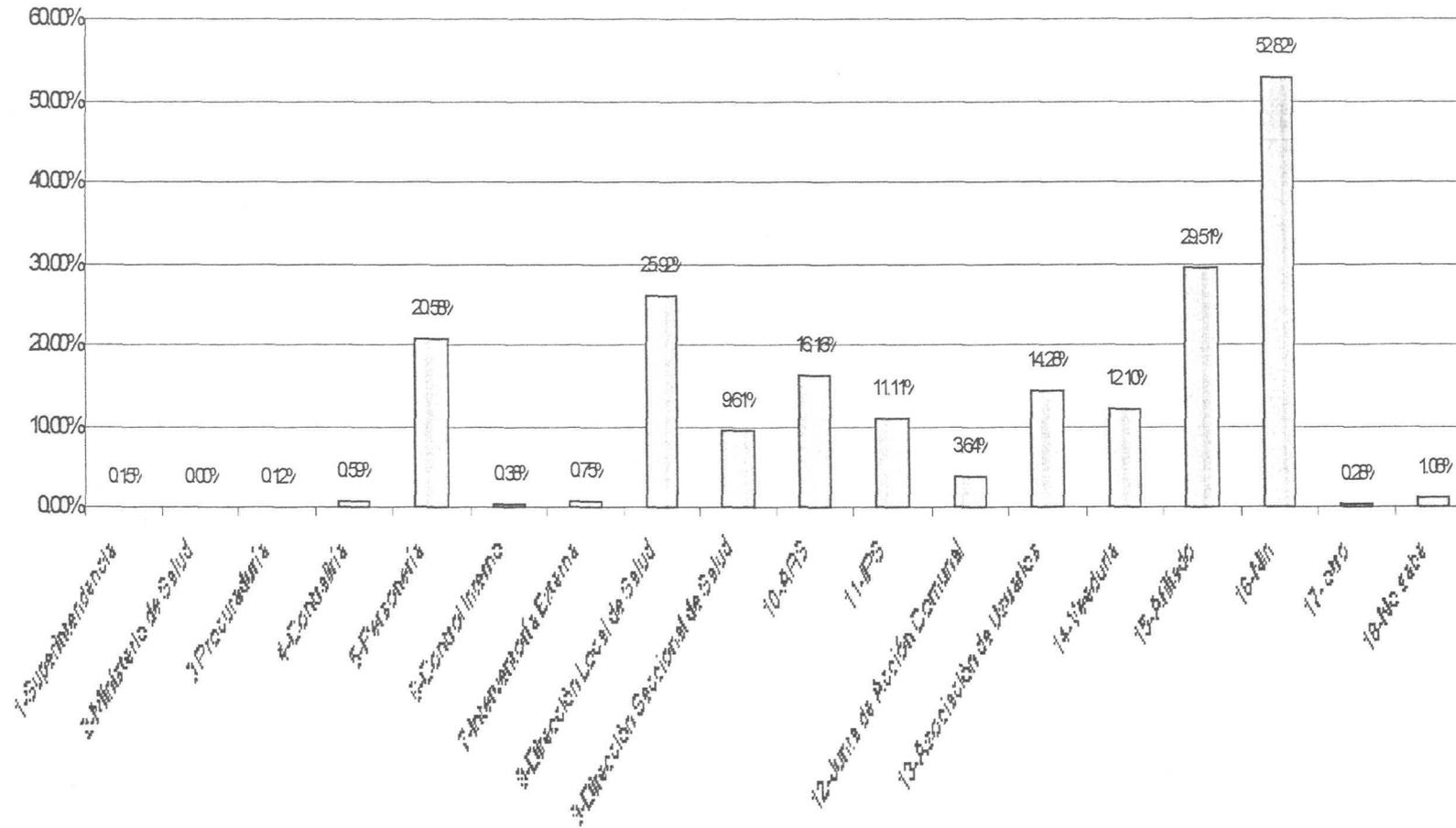
Por otra parte, llama la atención la total ausencia de reconocimiento de cualquier función a la Superintendencia y el Ministerio de Salud en la detección de los problemas en el nivel departamental y municipal. Claro está que los actores a los que se les aplicó la encuesta pertenecen a los niveles locales. Sin embargo, no deja de ser sintomático que los actores locales se reconozcan solamente a ellos mismos en la detección de los problemas.

Esta situación apoya las propuestas de aquellos que opinan que se debe descentralizar de manera más amplia las funciones de control en el régimen subsidiado en salud, incluyendo, para algunos, a la superintendencia o sus funciones.

En cuanto a los actores sociales se indagó por los siguientes:

- Las Juntas de Acción Comunal
- Las Asociaciones de Usuarios
- Las veedurías
- Los afiliados

Actores institucionales y sociales que más detectan problemas



Dos son los actores sociales que más detectan problemas: los afiliados y las asociaciones de usuarios. Varias conclusiones se desprenden de estos datos:

Es mayor la apropiación del derecho y la efectividad para su defensa por parte de los beneficiarios directos del sistema y sus asociaciones, que por parte de las veedurías institucionales o la forma de organización social más importante en los municipios, las Juntas de Acción Comunal. Esto podría significar que los usuarios creen más en sus propias capacidades, o lo que es lo mismo, creen menos en los mecanismos institucionales de veeduría y las organizaciones sociales tradicionales.

El significativo reconocimiento a la función del afiliado en la detección y denuncia de los problemas que lo aquejan indica un proceso de apropiación de derechos por parte de los usuarios³. Debe llamarse la atención sobre la mayor efectividad que el mecanismo de la queja, trámite o denuncia *individual* -en casos de violación de derechos- tiene respecto del mecanismo *colectivo* (el doble respecto de las asociaciones de usuarios) o institucional (un poco más del doble respecto de las veedurías). Difícilmente podría ser de otra manera, debido a que el derecho al aseguramiento es individual y no colectivo o comunitario. Por lo cual en sus inicios, el sistema incentiva más la defensa individual de derechos que la agremiación de los usuarios para este u otros fines.

Sin embargo, teniendo en cuenta que pocas son las asociaciones de usuarios existentes, el resultado indica sus claras ventajas en la detección de las violaciones a los derechos de los afiliados.

Una política más agresiva de estímulo a la agremiación de los afiliados de manera independiente de toda entidad pública o privada, es decir, no subordinada ni a la voluntad de las direcciones locales, las ARS o los hospitales, es un mecanismo promisorio para hacer respetar los derechos de los afiliados. Si bien, el derecho a la afiliación es por núcleo familiar e individual y las personas cumplen el papel más importante en la detección de anomalías, la agremiación de afiliados tiene la ventaja de fortalecer las capacidades de denuncia, trámite, gestión de soluciones y una eventual representación de beneficiarios en las políticas de salud local que les competen.

Advertimos al lector sobre el significado de la barra de respuesta: Ninguno. Esta quiere decir que el entrevistado reconoció en el 52% de los casos, exclusivamente a un actor institucional o social en la detección de los problemas y decidió no reconocer, como podía hacerlo, dos actores para cada problema detectado, uno institucional y otro social.

La respuesta de las DLS, una vez expandida la muestra a su universo, coincide en señalar la ausencia de las entidades nacionales (Superintendencia y Ministerio de Salud), así como de las instituciones de control (Procuraduría y Contraloría) en la detección de problemas. De la misma manera, se confirma a las DLS, los afiliados y las personería como los actores, en su orden, más dinámicos en la detección de problemas en general.

³ Ningún afiliado individual fue entrevistado.

La expansión de las respuestas de los personeros coincide en parte con las respuestas del conjunto de actores y con la expansión de las DLS, con la salvedad que los personeros se auto reconocen como el actor que más detecta problemas en general. Los personeros consideran aliados de primer orden respecto a sus prioridades (que son los problemas de calidad y oportunidad en la prestación del servicio) a los afiliados y las ARS, mientras que las DLS son relevados a un cuarto lugar por no tener estos problemas dentro de sus prioridades.

1.4.5 Actores institucionales y sociales que más detectan los problemas más frecuentes

En este aparte se consideran los principales cuatro problemas de violación de los derechos de las personas: múltiples afiliaciones, tardanza entre afiliación y carnetización, deficiencias en la calidad del servicio y deficiencias en la oportunidad de la atención.

Respecto de ellos se analiza la contribución que cada actor principal tiene en la detección de estos problemas⁴.

Cuatro comentarios organizan la presentación de los resultados. Primero, una consideración sobre los actores más dinámicos en la detección de los principales problemas. Segundo, una comparación general entre las prioridades de detección de problemas por los actores sociales e institucionales. Tercero, el orden de contribución de los actores institucionales y sociales en la detección de los principales problemas. Cuarto, un comentario sobre el significado de la barra de respuesta: Ninguno.

Primero, los afiliados seguidos por las direcciones locales son los actores que más detectan los problemas más frecuentes. Importa señalar la importancia que los beneficiarios individuales tienen en la defensa de sus propios derechos por encima de todos los demás actores institucionales y las organizaciones sociales. También, se manifiesta el lugar central que las direcciones locales tienen en la detección de las principales violaciones a los derechos fundamentales.

Segundo, mientras que para los actores sociales (afiliados y asociación de usuarios) y aquellos que legalmente deben defender los derechos de los ciudadanos ante la administración pública (personeros) y para las ARS los problemas de calidad y oportunidad del servicio son detectados con mayor frecuencia, para la dirección local y las IPS los problemas de acceso son prioritarios.

Este resultado tiene la mayor importancia porque alerta sobre prioridades diferentes entre actores sociales e institucionales en cuanto a la detección de problemas. La reforma al régimen subsidiado en salud debe ser consecuente con este resultado dotando de mayor

⁴ Los datos presentados refieren a la contribución de cada actor en la captura de los principales problemas, es decir, un porcentaje dentro del cien por ciento de cada problema. El lector debe advertir que estas cifras son diferentes al orden y porcentaje de problemas capturados por cada actor respecto de la totalidad de problemas por él capturado, lo cual es tratado en el capítulo 5 de este texto.

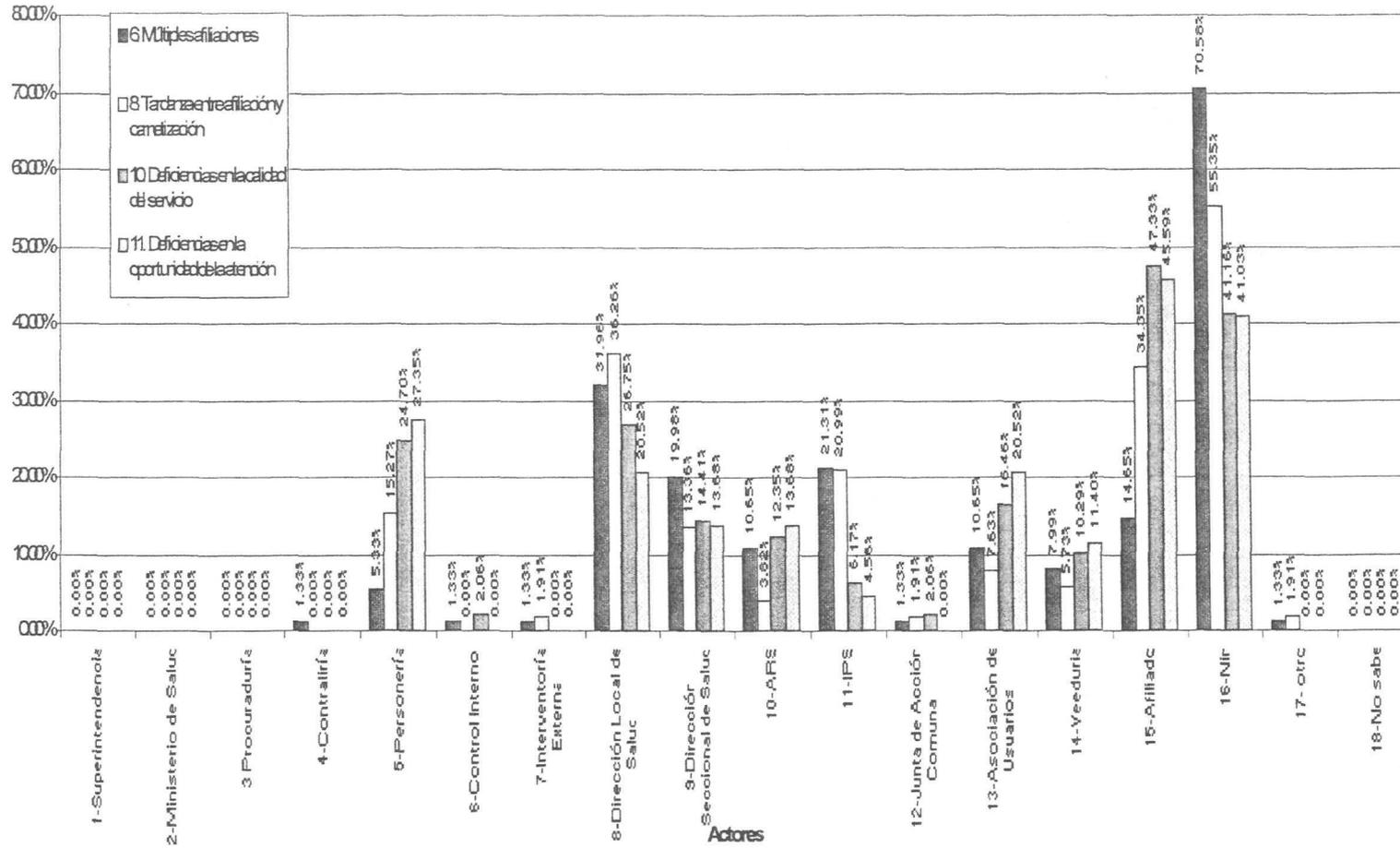
poder de información, sistematización y capacidad de gestión a los actores sociales respecto de los problemas de calidad y oportunidad de los servicios, a la vez que debe generar mecanismos de evaluación, sanción y estímulo a los actores institucionales locales para detectar las fallas en la calidad y oportunidad de los servicios. En particular es necesario tender puentes más efectivos entre los afiliados -como principal agente que detecta problemas en general y en particular de calidad y oportunidad en la prestación de servicios- con los actores institucionales encargados de tramitar la solución de las falencias.

Es particularmente alarmante, aun cuando explicable, que las IPS tiendan a desestimar, en la práctica, la existencia de falencias en la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios prestados dentro del régimen subsidiado en salud. Lo cual, no sobra señalar, contribuye a disminuir de manera importante el peso que estos problemas tienen respecto de otros cuando se realiza la agregación de las frecuencias de problemas por el conjunto de actores; en otras palabras, distorsiona, estadísticamente, el peso real de estos problemas. Por el contrario, es confortante que para las direcciones departamentales y las ARS estos sean problemas importantes, aunque contribuyan de menor manera a su detección respecto de otros actores del orden local.

Tercero, las direcciones locales contribuyen más que cualquier otro actor institucional o social a detectar los dos problemas referidos al acceso de beneficiarios al sistema. Esto podría explicarse por los inconvenientes que para ella tienen las presiones recibidas por los usuarios y por el desembolso de recursos injustificados. Por otro lado, importante es su contribución a la detección de los problemas en la prestación de servicios, muy por encima de las direcciones departamentales, ARS e IPS. Este resultado demuestra un reconocimiento de los diferentes actores a la función rectora de las direcciones locales en el control de estos problemas causados por las IPS y en parte por las ARS que las contratan. Ahora bien, si las direcciones locales contribuyen de mayor manera a detectar problemas de acceso al sistema más que de prestación de servicios es porque sus propias prerrogativas están comprometidas. Es decir, sus recursos, políticas y legitimidad; como también, la capacidad misma de construir un poder territorial rector sobre las entidades públicas y privadas del sistema y sobre los usuarios, organizaciones y ciudadanos en general. Esto en la medida en que la extensión o restricciones al acceso determinan la contratación con las ARS y las IPS y el número de beneficiarios cubiertos por la política regida por la dirección local. En cambio, los problemas en la prestación de servicios refieren a los derechos de otros, en este caso de los usuarios del régimen subsidiado, de cuyo respeto depende en parte la legitimidad social e institucional de las direcciones locales.

Las direcciones departamentales contribuyen principalmente a la detección de las múltiples afiliaciones, quizás por las presiones que las entidades nacionales ejercen sobre las direcciones rectoras del sistema a nivel territorial, en mayor medida que aquellas recibidas respecto de los otros problemas. También, porque la dirección departamental tiene mayor facilidad de detectar mediante mecanismos técnicos este problema, que a diferencia de los otros, no le obliga una oportuna y eficiente presencia en los municipios.

Actores institucionales y sociales que detectan los principales problemas



Las ARS contribuyen más a detectar problemas en la prestación del servicio que de acceso al sistema porque reciben presión de los afiliados respecto de la calidad y oportunidad de los servicios prestados por las entidades por ellas contratadas. Si poco contribuyen a detectar los problemas referidos a la tardanza entre afiliación y carnetización es porque están directa e indelegablemente comprometidas en esta violación de derechos de los beneficiarios. Por el contrario, contribuyen en mayor medida a detectar problemas en la atención porque no se sienten responsables en aquellos casos en que tales problemas se originan en las carencias en la estructura de oferta de servicios, por dispersión geográfica. En la actualidad contribuyen a detectar las múltiples afiliaciones posiblemente por el interés de evitar la pérdida de usuarios en favor de otras ARS, mientras que en el pasado usufructuaron beneficios económicos de esta situación.

Las IPS contribuyen mucho más a detectar problemas de acceso de beneficiarios al sistema más que problemas en la prestación de servicios. Los problemas de acceso son priorizados porque las IPS son las entidades que reciben mayor presión directa de los potenciales y activos beneficiarios por acceso a los servicios. En particular, las múltiples afiliaciones y la tardanza entre afiliación y carnetización las obligan a suplantar los giros al régimen subsidiado por los recursos de oferta para atender, en el primer caso, potenciales afiliados excluidos por las múltiples afiliaciones y, en el segundo, las personas cuyo trámite de carnetización no ha sido llevado a cabo. Lo anterior, agrava el problema financiero de las IPS. Los problemas de prestación de servicios son muy escasamente detectados porque ellas son las primeras causantes de estas violaciones a los derechos fundamentales y por lo tanto tienden a despreciarlos.

Lo anterior reitera una verdad sabida pero que se tiene poco en cuenta a la hora de legislar o reglamentar: "cada uno habla de la fiesta según como le vaya en ella", es decir, cada actor institucional detecta los problemas del régimen subsidiado en salud que más le afectan para bien o para mal. Por lo cual, toda reforma debe partir, no desde un deber ser abstracto, sino de los intereses que cada actor tiene en el sistema, para, de tal forma, construir un sistema de promoción de los intereses considerados válidos por una parte y por otra, promocionar contrapoderes, controles o mecanismos supletorios respecto de los derechos y funciones que quedan desguarnecidos.

En cuanto a los actores sociales, todos, invariablemente, contribuyen de manera prioritaria a la detección de los problemas de calidad y oportunidad en la prestación de los servicios. Esto basta para afirmar que el principal problema de legitimidad social del sistema reside en esta falla. De igual manera, contribuyen a detectar las múltiples afiliaciones y la tardanza en la carnetización. Los afiliados, detectan en mayor medida la tardanza en la carnetización porque ella le inhibe directamente sus derechos y las asociaciones de usuarios, las múltiples afiliaciones porque un mayor número de afiliados acrecienta el poder de representación de la asociación. Este dato nos enseña además, que los actores sociales están interesados no solo en los derechos de los que ya tienen derecho, si no también en la ampliación del servicio a sus familias.

Cuarto, la barra de respuesta: Ninguno, es muy relevante en cada uno de los problemas. Significa la ignorancia del entrevistado, es decir que existe un desconocimiento absoluto sobre lo que se le pregunta, lo cual tiene dos explicaciones. Una alta rotación de los



funcionarios responsables del régimen subsidiado en salud que interrumpe el conocimiento institucional y una ruptura en el circuito de información sobre la violación de los derechos de los beneficiarios. En ambos casos el problema es grave. Sin estabilidad de los administradores públicos difícilmente las instituciones guardan memoria de los problemas de violación de los derechos de las personas, o lo que es lo mismo, se propicia la repetición de la ocurrencia de los mismos. También refleja el aislamiento de cada funcionario que se encuentra ensimismado en su función y rutina burocrática por lo que carece de conocimiento y capacidad de gestión sobre las cadenas institucionales que podrían tramitar desde la detección hasta la resolución de problemas.

La barra de respuesta: Ninguna, también significa que el entrevistado reconoció exclusivamente a un actor institucional o social en la detección de los problemas y decidió no reconocer, como podía hacerlo, dos actores para cada problema detectado, uno institucional y otro social.

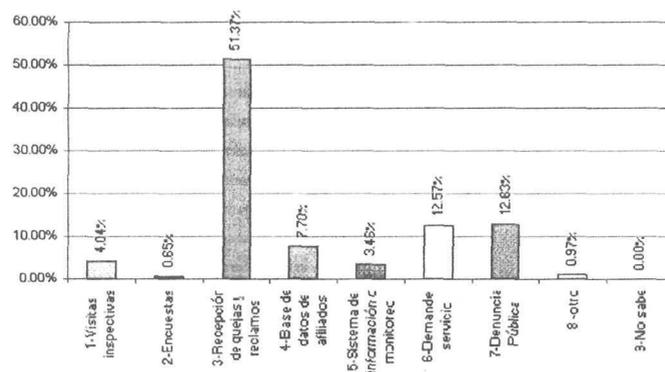
La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros coinciden en señalar que los actores nacionales (Superintendencia y Ministerio de Salud) y los actores institucionales de control (Procuraduría y Contraloría) tienen una contribución nula en la detección de problemas.

Las DLS consideran, al igual que el conjunto de actores, que ella es la entidad que más detecta problemas, seguida por los afiliados y los personeros, mientras que estos últimos se valoran a sí mismos como los más dinámicos en la detección de problemas.

1.4.6 Mecanismos de detección de problemas

De lejos el mecanismo de detección de problemas más eficiente es la recepción de quejas y reclamos, puesto que el solo explica la captura de la mitad de los problemas que entran al sistema. Le siguen las presiones que el usuario hace en el momento de demandar el servicio y las denuncias públicas. Los tres son recursos legales pero informales. Una lectura positiva de este dato nos indica la apropiación de derechos por parte de los afiliados y sus organizaciones, así como de aquellas entidades públicas y privadas interesadas en la

Mecanismo de detección del problema



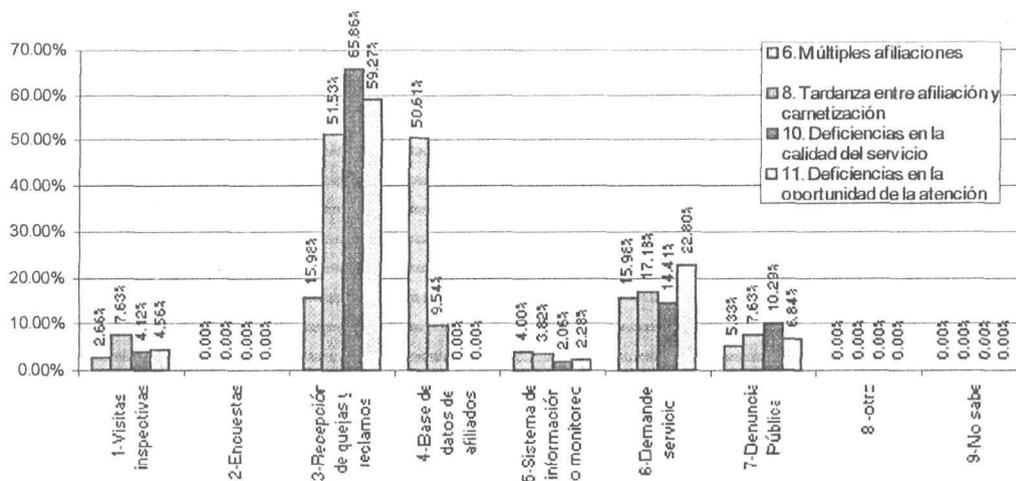
promoción de los derechos de los pobres en el régimen subsidiado en salud.

Una lectura crítica nos alerta sobre la precariedad de las encuestas (0,65%), los sistemas de información y monitoreo (3,46%), las visitas inspectivas (4,04%) y las bases de datos de afiliados (7,7%) en la detección de problemas, que contribuyen solamente con un 15,85%. En los municipios las condiciones técnicas para detectar problemas son precarias, por lo cual impera el uso de mecanismos informales como las denuncias públicas (12,63%), la demanda del servicio (12,57%) y las quejas y los reclamos (51,37%), los cuales constituyen el 76,57% de los medios de captación de problemas.

Con seguridad, no existen ni en las ARS, IPS y direcciones locales y departamentales un archivo que registre y sistematice los problemas capturados y eventualmente tramitados por vías informales. Por esto mismo, muy escaso debe ser el conocimiento que el Ministerio y la Superintendencia de Salud tienen sobre la cuantía, frecuencia, gravedad, causas, mecanismos de captura, trámite y resolución de los problemas de violación de derechos de los beneficiarios en el nivel local. Las labores de dirección del sistema y de control central de sus agentes territoriales se ve entonces seriamente menguada.

Por la tanto, la evaluación del sistema de inspección, vigilancia y control arroja mayor información sobre la violación de los derechos de los ciudadanos a través del modelo de evaluación propuesto, más que por el uso de los archivos sistematizados, la evaluación de la eficiencia de los requisitos procedimentales y la contrastación entre lo normado y lo aplicado.

Mecanismo de detección de los problemas más frecuentes



Sin embargo, las múltiples afiliaciones, que son el problema más frecuente, se detecta de manera prioritaria mediante bases de datos (50,06% de las veces) tal y como debe ser de manera rutinaria y automática. Aunque alto este resultado no es bueno, las múltiples afiliaciones debieran capturarse de manera completa e inmediata mediante instrumentos técnicos y resolverse de manera expedita por las mismas vías.

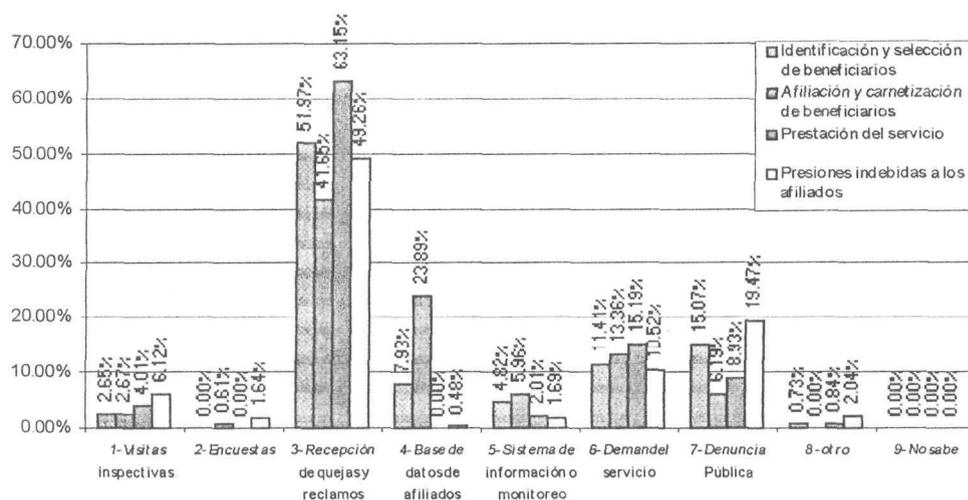
Los otros tres problemas más frecuentes: la tardanza entre afiliación y carnetización, las deficiencias en la calidad de los servicios y las deficiencias en la oportunidad de la

atención, sin variación, se detectan mayoritariamente mediante la recepción de quejas y reclamos.

De la misma manera, la gráfica sobre mecanismos de detección de los conjuntos de problemas, señala invariablemente y con porcentajes muy altos, a la recepción de quejas y reclamos como el más efectivo y frecuente modo de captura de los problemas por el sistema de inspección, vigilancia y control.

Llamamos la atención del lector sobre una consecuencia muy importante de lo anterior. Las estadísticas de respuesta sobre los actores institucionales y sociales que más detectan problemas de violación de derechos señalan a las direcciones locales y los afiliados como los más eficaces (capítulo 7). Si tenemos en cuenta que las quejas y reclamos, las demandas del servicio y las denuncias públicas son realizadas fundamentalmente por los usuarios, entonces son estos los que más aportan información al sistema de vigilancia. Las instituciones entrevistadas no siempre reconocieron este hecho que aquí aparece de manera transparente, quizás por el interés de valorARSe a sí mismos o a un socio contractual y político en esta materia.

Mecanismos de detección por conjunto de problemas



La Universidad Nacional recomienda adoptar tres correctivos:

Primero, emprender un gran esfuerzo de sistematización, -con bases en datos y con indicadores de desempeño-, de la frecuencia y gravedad de los problemas capturados mediante las quejas y reclamos y los otros mecanismos informales. Esta información sumada a las bases de datos técnicos que ya existen, conformarían la principal fuente de información objetiva con base en la cual se evalúen los actores del sistema y se formulen los correctivos a tomar.

Segundo, incorporar a los beneficiarios, sus organizaciones y representantes en la administración pública, en ejercicios de evaluación del desempeño de los agentes del

sistema, particularmente en cuanto a la violación de derechos se refiere.

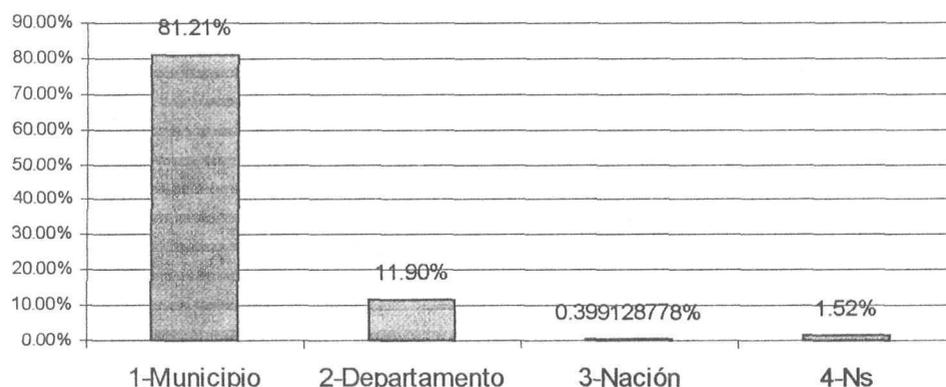
Tercero, utilizar la base de datos sobre violación de derechos y la evaluación participativa, como ingredientes de presión pública, de evaluación del desempeño del régimen subsidiado y sus agentes y, como información imprescindible para la introducción de ajustes normativos y de procedimiento en todos los niveles territoriales.

La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros confirman los resultados anteriores.

1.4.7 Niveles territoriales en los que se detectan y a los que se le transfieren los problemas

En todos los casos, el nivel territorial en el que más se detectan problemas, así como el

Nivel territorial que más detecta problemas

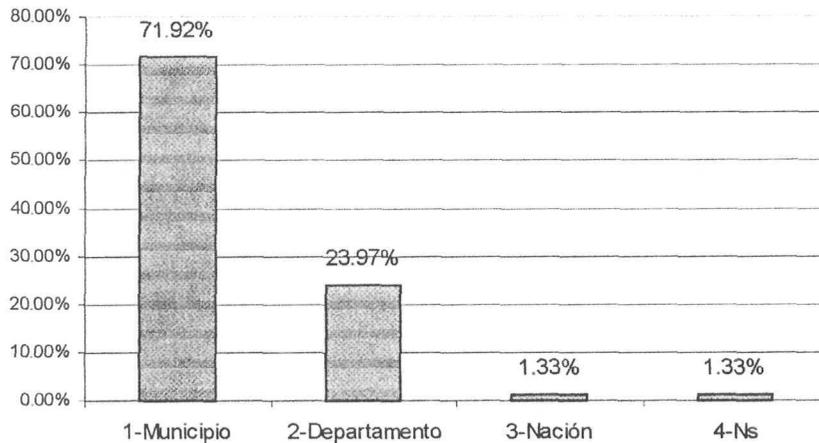


problema más frecuente y los cuatro conjuntos de problemas es el nivel municipal.

Es normal y conveniente que así sea. Estos datos confirman el grado de municipalización efectiva alcanzado en cuanto a la detección (entrada) de problemas al sistema de inspección, vigilancia y control.

Por otra parte, es significativa la poca importancia del nivel departamental y la insignificante incidencia de la nación en la detección de las violaciones a los derechos de los usuarios del régimen subsidiado en salud. La contundencia de este resultado llama la atención sobre la necesidad de clarificar la normatividad y los instrumentos de política vigentes para fortalecer

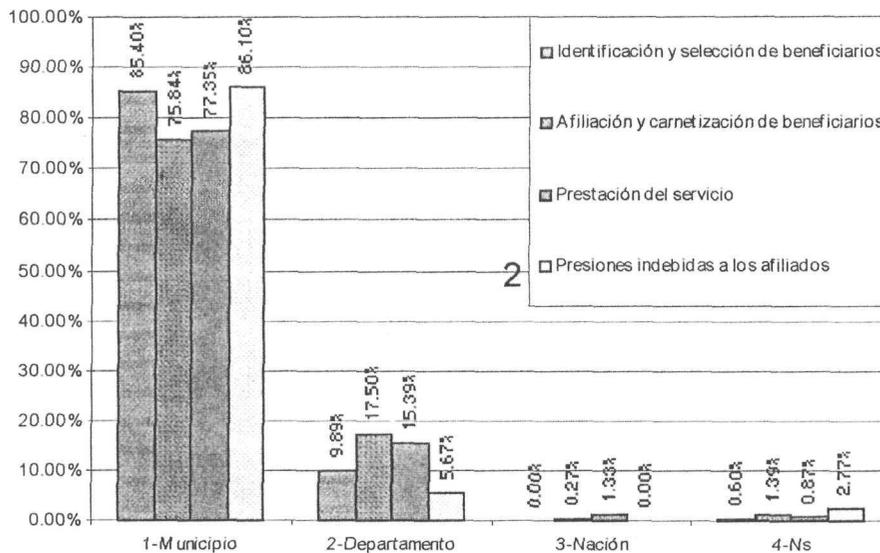
Nivel territorial que más detecta el problema que más aparece (múltiples afiliaciones)



el papel del municipio en las funciones de inspección, vigilancia y control.

Los problemas detectados, en su mayoría por el nivel municipal, no se transfieren masivamente al departamento o a la nación para su trámite y solución. Estos datos podrían significar que para los actores públicos y privados que respondieron a la encuesta el

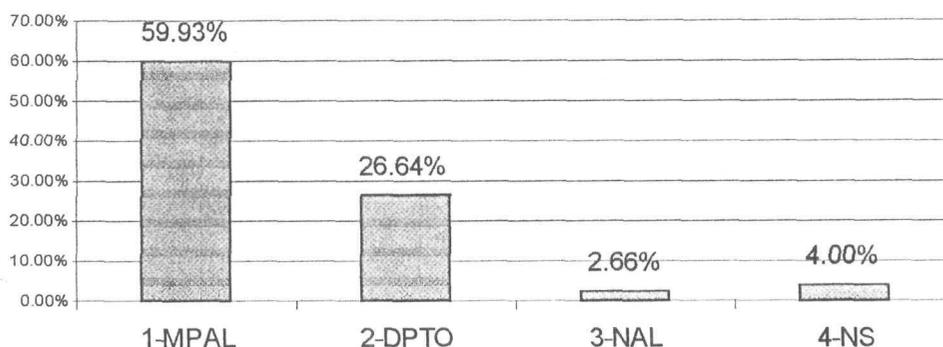
Nivel territorial que más detecta, por conjuntos de problemas



municipio puede y debe resolver las violaciones a los derechos fundamentales de los usuarios del régimen subsidiado.

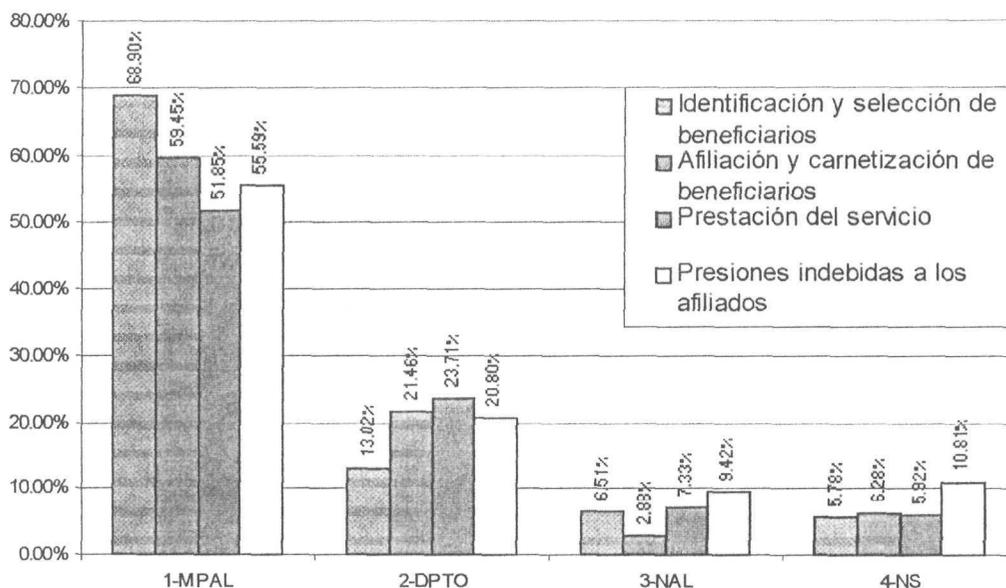
De manera no contradictoria con la hipótesis anterior, pueden significar que en el municipio existe desconfianza en remitir el trámite del control a niveles territoriales superiores. Existe un miedo a la tramitología, a las demoras y a la formalización de las soluciones. Se prefiere utilizar mecanismos más directos e informales para solucionar los problemas en el nivel local.

Nivel territorial al que más se le transfiere el problema de las múltiples afiliaciones



Esta observación general no anula el hecho significativo de la remisión de problemas al departamento y la nación, los cuales son receptores de un mayor número de problemas respecto al monto por ellos detectado.

Nivel territorial al que se transfieren los conjuntos de problemas

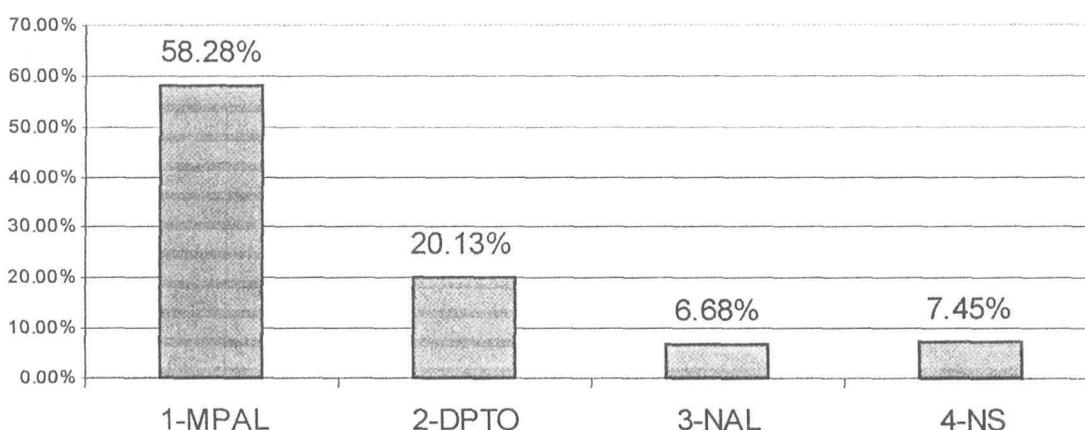


Al departamento se le transfieren casi dos veces más problemas que los que él detecta. Las múltiples afiliaciones le son remitidas un 13% más de la cantidad que el departamento detecta. El conjunto de problemas referido a la afiliación y carnetización de beneficiarios se le transfiere un 22,62% más de lo que él ayudó a detectar, los problemas referidos a la identificación y selección de beneficiarios se le transfieren 31,54% veces más, las fallas en la prestación del servicio un 54,06% más y las presiones indebidas sobre los beneficiarios un 266% más que lo que detectó.

La nación, como ya se indicó, es prácticamente insignificante en la detección de problemas, pero es sujeto de transferencia de alguno de ellos, entre los cuales los más significativos son los conjuntos de problemas referidos a las presiones indebidas a los beneficiarios y la prestación del servicio.

De lo anterior se concluye que si bien el municipio es el ámbito territorial en el que se detectan la mayoría de problemas, el departamento y la nación lo apoyan en el trámite y búsqueda de solución de alguno de ellos. ¿Cómo evaluar el porcentaje de estas remisiones, como suficientes o escasos? Todo depende del punto de partida y de los objetivos de política. Consideramos conveniente y normal que el municipio sea la entidad que detecte y resuelva la mayoría de los problemas. Pero también es necesario el apoyo del departamento y la nación en la captura y solución de las violaciones a los derechos de las personas. Esto porque una cosa es la municipalización del sistema de inspección, vigilancia y control. Otra, bien distinta, es el funcionamiento descentralizado del sistema. La descentralización en este caso, como en cualquier otro, significa, concurrencia, subsidiariedad y colaboración entre niveles de gobierno en las políticas públicas. El municipio dejado a sí solo no puede intervenir sobre el conjunto de condiciones institucionales, variables normativas y reglamentarias, entornos administrativos y relaciones de poder del régimen subsidiado en salud.

Nivel territorial al que más se le transfieren los problemas en general



Por lo tanto, el municipio requiere de la intervención del departamento y de la nación, incluso para la defensa y promoción de los derechos de los beneficiarios, función que aparece, en la práctica, como debiendo ser netamente municipal. De cara a este objetivo, es

saludable el porcentaje de remisiones, pero podría ser mayor, lo cual se concluye al observar los bajos niveles de resolución definitiva y positiva de las violaciones a los derechos.

Particular importancia tiene la transferencia del conjunto de presiones indebidas a los afiliados al nivel departamental y nacional respecto a la muy escasa incidencia de estos niveles territoriales en su detección. Aparece claramente la incapacidad del municipio en resolver este problema originado por las ARS y la necesidad de acudir a niveles superiores que se espera posean mayor poder de disuasión o coerción para obligar el respeto de los derechos de los beneficiarios por las ARS.

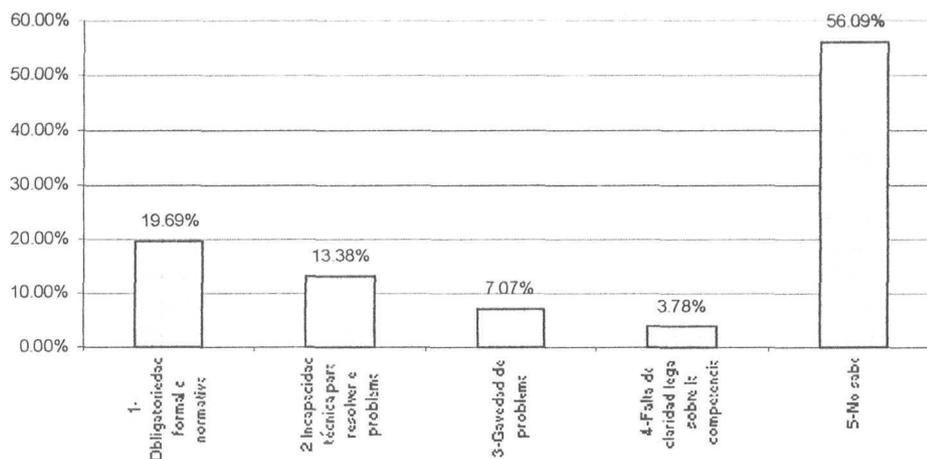
La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros coinciden fielmente con todas las respuestas que involucran el comportamiento de los niveles territoriales, en particular reiteran la importancia del municipio en la detección y trámite de problemas en general, del problema más frecuente y del conjunto de problemas de inspección, vigilancia y control; con una salvedad, el peso menor del departamento en la detección de problemas respecto de las respuestas del conjunto de actores.

También es importante señalar que tanto las DLS como los personeros acusan una menor ignorancia sobre el nivel territorial al que se le transfiere el trámite de los problemas, respecto de los otros actores entrevistados.

1.4.8 Causas de la transferencia de los problemas a otro nivel territorial

En el nivel municipal consideran que la causa para no remitir a otro nivel territorial la solución de los problemas detectados localmente reside en que sienten una obligación formal y normativa de resolver ellos mismos los problemas. Esto nos estaría indicando una apropiación de la descentralización del régimen subsidiado en salud en cuanto a la detección y resolución de los problemas relacionados con la violación de los derechos de los beneficiarios.

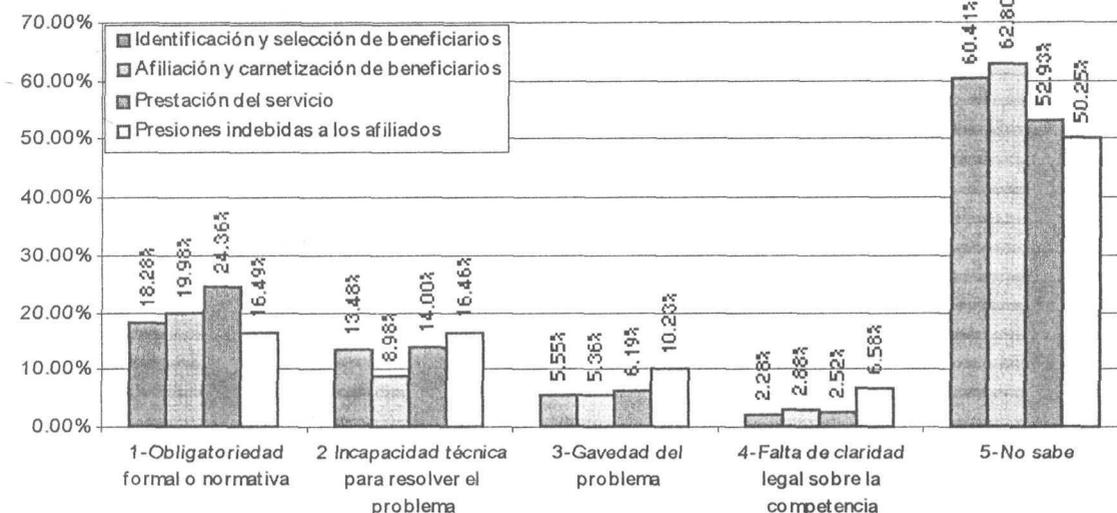
Causa de la (no) transferencia de problemas



Es por esto que los principales problemas (múltiples afiliaciones, tardanza entre afiliación y carnetización, carencias en la calidad y oportunidad en la atención) así como los conjuntos de problemas (afiliación y carnetización de beneficiarios, fallas en la prestación de los servicios a los usuarios y la identificación y selección de beneficiarios) son asumidos de manera más clara como una obligatoriedad formal y normativa, plausiblemente, por el municipio.

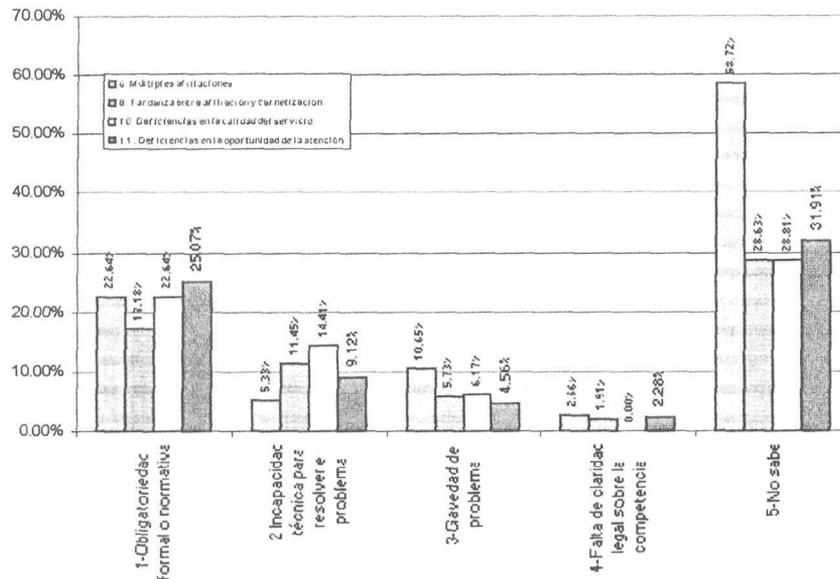
La excepción a esta regla la conforman los problemas que por incapacidad técnica local, gravedad del problema o falta de claridad legal sobre la competencia son posiblemente las razones que justifican las remisiones a otros nivel territoriales. Las gráficas sobre los principales problemas y los conjuntos de problemas muestran la poca relevancia de estas causas de remisión de problemas, con una importante excepción, las presiones indebidas a los usuarios por parte del las ARS.

Causa de la no transferencia de los conjuntos de problemas



La explicación puede ser que la administración municipal (puesto que es ella la que más detecta problemas), antes que enfrentar un pleito con las ARS, prefiere ampararse en el departamento y la nación. Por ello se excusa detrás de una incapacidad técnica, una carencia normativa o en la gravedad de la falta para no asumir sola este problema en el nivel local.

Causa de la (no) transferencia de problemas



La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros confirman la obligatoriedad formal o normativa como principal causa de la (no) transferencia de problemas, así como la falta de claridad sobre la competencia como la razón menos aducida para (no) transferir los problemas.

De igual manera, se confirma que cuando el problema se refiere a las presiones indebidas sobre afiliados, el municipio acusa la incapacidad técnica, la gravedad del problema y la falta de claridad legal sobre la competencia para justificar la transferencia del problema.

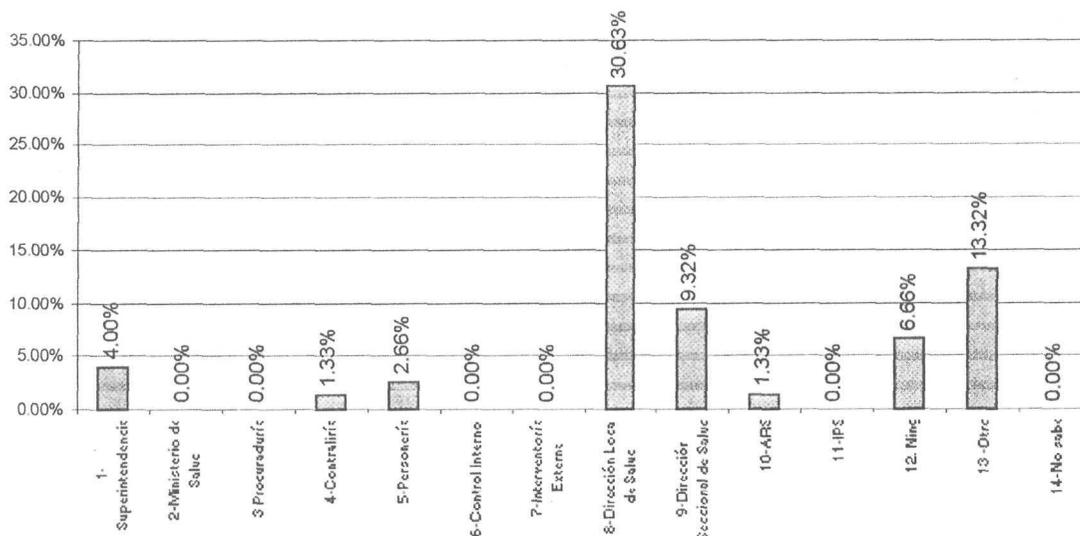
1.4.9 Actor al que se la transfiere el trámite del control

La salida del sistema de inspección, vigilancia y control comienza por la remisión de los problemas detectados entre niveles territoriales y actores institucionales. Teniendo en cuenta que la mayoría de problemas se detectan y se intentan solucionar en los municipios, son las direcciones locales los actores del control que más tramitan las quejas en cuanto a la violación de derechos. Con un porcentaje tres veces menor se acude a las direcciones departamentales y cinco veces menor a los personeros y las ARS. La superintendencia aparece en un 4,42% de las veces, lo cual reitera dos cosas ya dichas. Primero, la posible ignorancia de la Superintendencia sobre la cantidad, intensidad y gravedad de los problemas que ocurren. Segundo, el grado de municipalización del sistema de inspección, vigilancia y control.

El principal problema, las múltiples afiliaciones, es tramitado por la dirección local, la cual es quien más lo detecta, por lo que se concluye que no lo remite sino que intenta resolverlo ella misma. Con un porcentaje de casi tres veces menos, las direcciones departamentales se

apersonan de esta falencia.

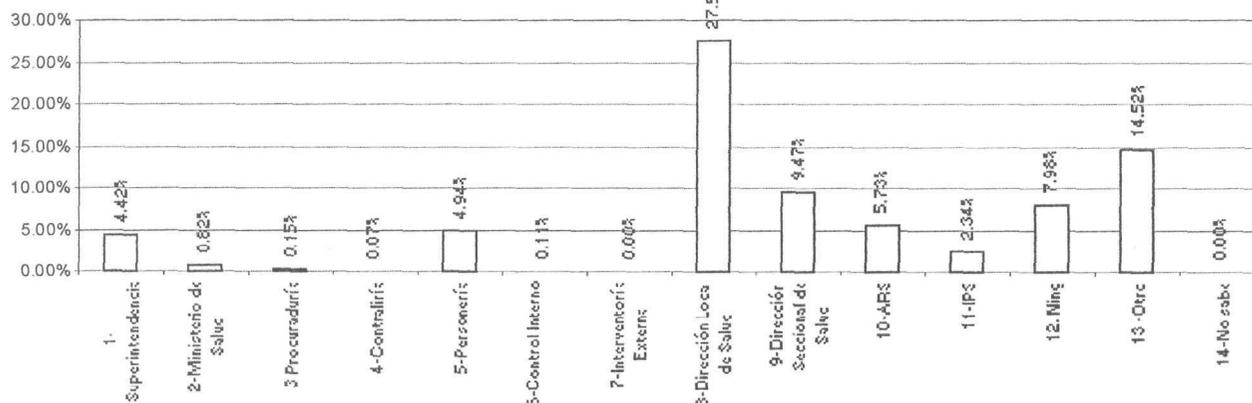
Actores encargados de tramitar el problema mas frecuente (Múltiples afiliaciones)



La expansión de las respuestas de las DLS confirman la nula importancia del Ministerio de Salud, la procuraduría, el control interno, la interventoría externa y las IPS en el trámite del problema de múltiples afiliaciones. También se confirma la importancia prominente de la DLS, seguida en menor escala por la Superintendencia de Salud, la personería, la DSS y las ARS para tramitar este problema.

La expansión de los resultados de los personeros respecto de las múltiples afiliaciones reconocen a la DLS como el actor principal que da trámite al problema, seguida por las DSS y la Superintendencia de Salud.

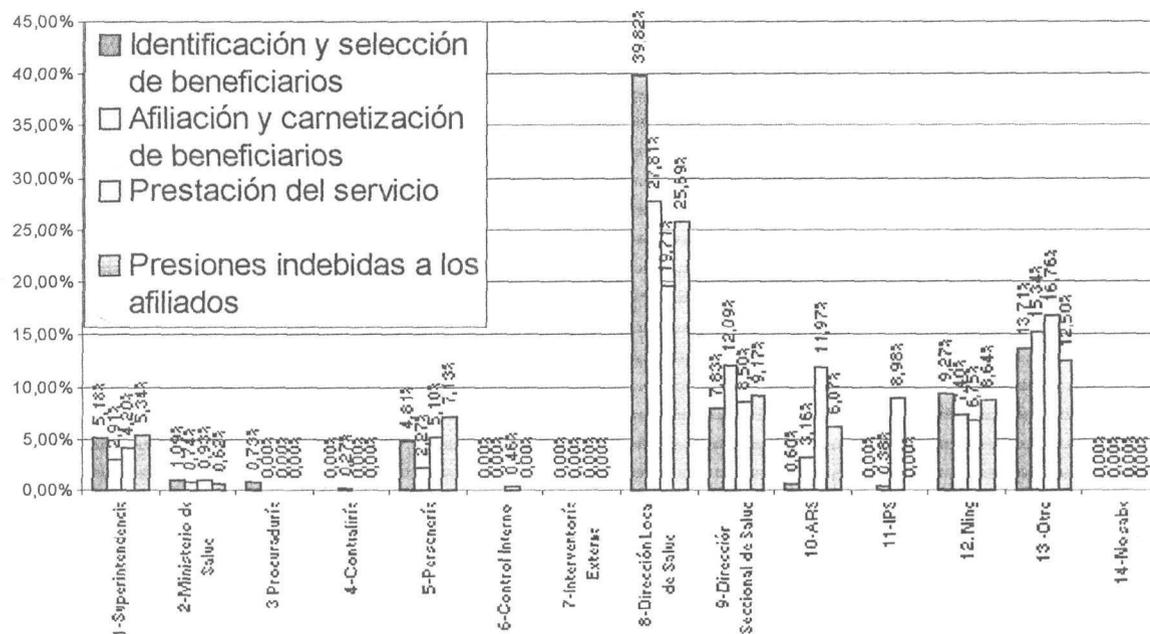
Actores encargados del trámite de los problemas



La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros confirman a las DLS seguidas de las DSS como los actores encargados de tramitar la mayoría de los problemas en general. Las ARS, los personeros, las IPS y la Superintendencia de Salud, son los actores que con menor importancia tramitan los problemas en general.

El mismo resultado se constata respecto de los conjuntos de problemas, en donde se destaca que las ARS y las IPS están interesadas fundamentalmente en tramitar los problemas de fallas en la prestación del servicio.

Actores a los que se les transfieren los conjuntos de problemas

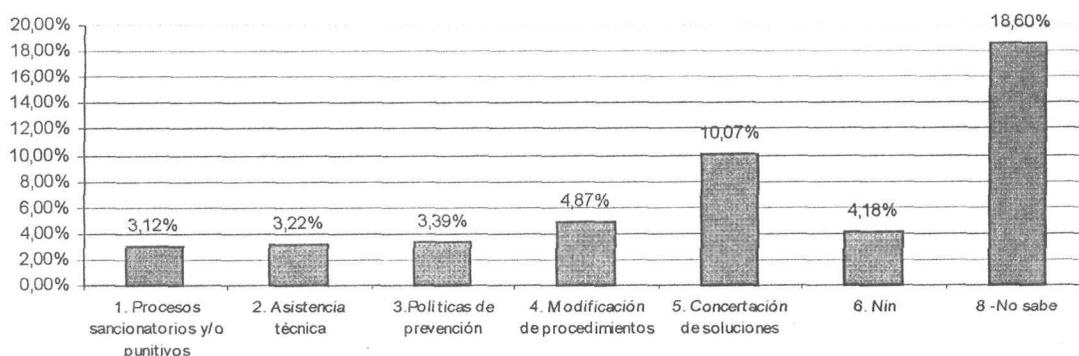


La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros en este asunto arroja una información muy valiosa. En efecto, se aprecia que estas buscan la relación con el departamento y con otros actores, en particular con las ARS y los personeros (para los problemas de prestación de servicios), con la Superintendencia de Salud y las DSS (para la identificación y selección de beneficiarios) y con las DSS para las presiones indebidas a los afiliados. De tal manera, se concluye el papel central que ocupan las DLS y los personeros, tanto para detectar problemas como para reconocer, apelar y solicitar el apoyo de socios territoriales e institucionales dentro del sistema.

1.4.10 Prácticas de control emprendidas para solucionar problemas

La práctica de control más popular es la concertación de soluciones entre los actores involucrados en los problemas. Varias hipótesis explican este resultado:

Prácticas de control que se emprenden con mayor frecuencia



Primera y como ya se comentó, en el nivel municipal funciona, para la entrada y la salida de problemas al sistema de IVC, las relaciones personales, inmediatas, informales, las visitas amigables, las llamadas verbales de atención y la concertación de soluciones. Estas prácticas constituyen la característica básica del "modelo de gestión" de solución a los problemas y no aquellas caracterizadas por la apertura de procedimientos legales, formales o judiciales.

Incuestionable virtud tiene este modelo de control pues evita la formalización de procedimientos que muchas veces resultan más lentos, costosos e inciertos en sus resultados que las vías amigables y concertadas. Es por ello también, que el nivel municipal evita tramitar problemas a otros niveles territoriales.

Sin embargo, este modelo de control, por sí solo, puede esconder la inexistencia de capacidades coercitivas, las que complementarían la búsqueda de soluciones cuando la concertación fracasa o cuando se presenta una demostrada, consciente y reiterada violación de los derechos ciudadanos. En tal sentido, muchos funcionarios locales reclaman dotar al municipio de mayores instrumentos de poder sobre el conjunto de actores públicos y privados que intervienen en el régimen subsidiado.

La concertación de soluciones, la informalidad de las relaciones y la precariedad de los sistemas técnicos de información expresan también una debilidad institucional de todos los actores públicos y privados que intervienen en el nivel local, es decir, de las alcaldías, las ARS, los hospitales y, más aún, de las organizaciones de usuarios, las veedurías y las personerías. En este escenario, el derecho de las personas y el cumplimiento de la ley no son una rutina garantizada por las instituciones, sino algo aleatorio que depende de la buena voluntad del funcionario de turno y de relaciones circunstanciales de poder.

No se quiere aquí descalificar la utilización prioritaria de la concertación para solucionar problemas. La Universidad Nacional piensa que es el mecanismo más eficaz, menos costoso y más rápido para solucionar problemas. Además, en vez de penalizar actores, paralizar servicios y procedimientos, puede agilizar la gestión, hacer del ejercicio del control una actividad pública, fortalecer los actores involucrados y mejorar la calidad de los procesos del

régimen subsidiado en tiempo real, es decir, sobre la marcha.

Se advierte que una serie de prácticas llamadas de concertación esconden también una precariedad institucional, una carencia de poder de las direcciones locales de salud, componendas y relaciones clientelistas, la poca rutinización de procedimientos en derecho y una fragilidad de los derechos de los beneficiarios. Para que esto no sea así, la concertación debe ser pública, argumentada e involucrar a todas las partes afectadas y no una transacción a escondidas entre actores que pactan el menor costo o las mayores ganancias a expensas del interés público.

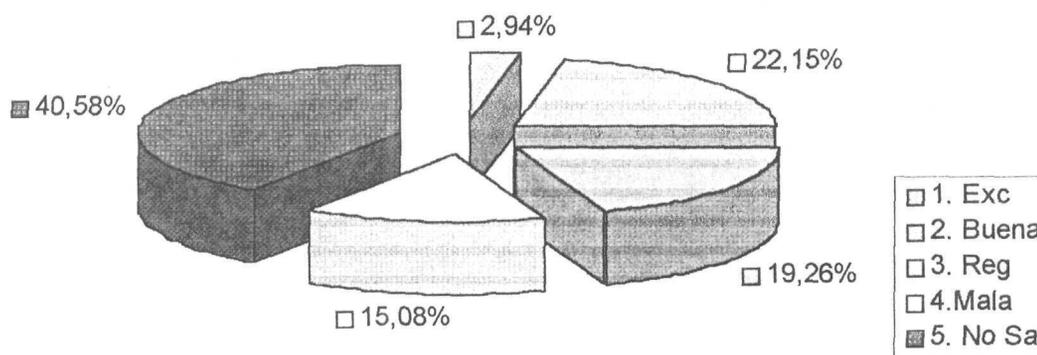
La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros confirman la concertación de soluciones como la práctica de control más emprendida para solucionar problemas, así como la segunda práctica más importante, la modificación de procedimientos.

1.4.11 Efectividad en la resolución de problemas

Para la totalidad de problemas detectados por el sistema de IVC, los principales grados de resolución oscilan entre regular y bueno en porcentajes aproximados. Sin embargo, este término medio se desbalancea totalmente al considerar las malas y excelentes resoluciones, en desfavor de la efectividad del sistema para resolver problemas. El 34,34% de las veces la resolución es entre regular y mala, contra el 25,09% de resoluciones buenas y excelentes.

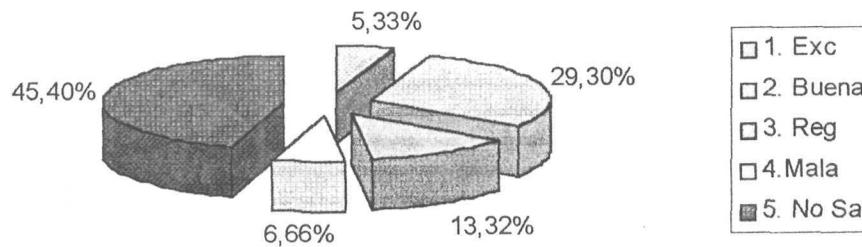
Para el problema que más se presenta, las múltiples afiliaciones, el grado de resolución es calificado de bueno (29,30%) y la suma entre buenas y excelentes resoluciones da un 34,63% contra la suma de regulares y malos con un 19,98%.

Grado de resolución de los problemas



A primera vista el resultado parecería positivo e invita a preguntARSe por las causas de este desempeño en comparación con la resolución de los problemas en general. Una razón para ello podría ser, como ya se señaló, que este problema se detecta y se puede solucionar directamente en el municipio, así como también, el uso de bases de datos y sistemas de información y monitoreo que se aplican para la detección de este problema en particular. Sin embargo, para que el resultado sea bueno debiera acercARSe en el corto plazo a una resolución del 100% ya que se trata de un problema que se puede resolver con un buen sistema técnico de información y que es una prioridad en la agenda de las entidades nacionales.

Grado de resolución de las múltiples afiliaciones



Se podría inferir que es necesario apoyar el desarrollo tecnológico para la captación y resolución de otros problemas. También, la necesidad de dotar al municipio de más poder para la solución de una serie de problemas que detecta pero que por incapacidad técnica, gravedad del hecho o competencia no tiene los medios para solucionarlos.

En cuanto al grado de resolución de los conjuntos de problemas las respuestas poseen un gran interés para calificar el sistema de inspección, vigilancia y control. En términos generales las capacidades de resolución de problemas por el sistema son precarias, es decir, para todos los subconjuntos de problemas los resultados son calificados con valores mayores entre regulares y malos que excelentes y buenos.

Grados de resolución por grupos de problemas				
	Identificación y selección de beneficiarios	Afiliación y carnetización de beneficiarios	Prestación del servicio	Presiones indebidas a los afiliados
Excelente	3,01%	3,18%	2,17%	3,33%
Buena	23,82%	21,41%	25,42%	18,92%
Excelente y Buena	26,83%	24,59%	27,59%	22,24%
Regular	19,01%	17,47%	23,61%	17,28%
Mala	19,51%	10,77%	11,86%	18,40%
Regular y Mala	38,52%	28,24%	35,47%	35,68%

Para el conjunto de problemas en el que se detectan más violaciones a los derechos ciudadanos (afiliación y carnetización) el grado de resolución es regular: las resoluciones regulares y malas suman el 28,24% y las resoluciones buenas y excelentes el 24,59%. Este resultado preocupa en la medida en que limita la entrada de los beneficiarios al régimen subsidiado y, cuando entran, limita el acceso a los servicios.

El segundo conjunto de problemas en el que se detectan más cantidad de problemas (prestación de servicios) el grado de resolución alcanzado es calificado de precario. La suma de resoluciones regulares y malas es del 35,47% y de resoluciones buenas y excelentes el 27,59%.

El tercer conjunto de problemas en el que se detectan la mayor cantidad de anomalías (identificación y selección de beneficiarios) el grado de resolución alcanzado es malo, así la suma de los dos polos de la gama de calificaciones arrojan para las resoluciones regulares y malas un resultado del 38,52% y las buenas y excelentes el 26,83%. Una vez más se confirma la existencia de problemas que limitan la entrada de beneficiarios al régimen subsidiado en salud, para lo cual el sistema de inspección, vigilancia y control, en general, tiene una solución precaria.

Para el cuarto conjunto de problemas en el que se detectan menos falencias (presiones indebidas a los afiliados por parte de las ARS) el grado de resolución es malo. La suma de resoluciones malas y regulares es de 35,68% y la suma de resoluciones buenas y excelentes es de 22.25%. Este resultado es muy preocupante, confirma lo analizado antes en el sentido en que el municipio no tiene la fuerza para enfrentarse a las ARS que violan los derechos ciudadanos.

Las razones son de diversa índole. La carencia de fuerza política para hacerlo, bien porque el tamaño, apoyo y relaciones políticas de las ARS pueden ser mayores que el de las autoridades locales de salud o bien porque existen compromisos políticos entre las autoridades municipales y las empresas administradoras del régimen subsidiado en salud. Las carencias normativas también pueden explicar la debilidad municipal en el sentido en que sienten que "carecen de dientes" y de suficientes facultades legales para hacerlo. Por último, no se excluyen problemas técnicos relacionados con la precariedad institucional de muchas administraciones municipales. En lo cual redundan la inmensa inestabilidad de los funcionarios locales encargados de la salud y de la administración pública en general.

Si el municipio tiene debilidades políticas, institucionales y técnicas para defender a los usuarios de los engaños y de la violación al principio de la libre elección, el departamento y la nación debieran concurrirle y subsidiariamente defender al usuario. Por lo visto no ocurre así, lo que cuestiona la actual efectividad del sistema descentralizado del régimen subsidiado en salud, al menos respecto de la violación de los derechos de las personas.

La expansión de las respuestas de las DLS y de los personeros en cuanto a los grados de resolución de los problemas en general, de las múltiples afiliaciones en particular y de los conjuntos de problemas arrojan una información interesante. Demuestran que la DLS y los personeros conocen el desenlace del trámite del control a diferencia de los otros actores que acusan grandes proporciones de ignorancia en esta materia. Además, las DLS y los personeros son más optimistas en cuanto a los grados de resolución entre excelentes,

buenos y regulares que el conjunto de actores que manifiestan mayor descontento con las capacidades resolutorias del sistema.

Este resultado puede significar dos cosas. Primero, que las DLS y los personeros son los actores nodales del sistema de inspección, vigilancia y control (en materia de violación de derechos de los beneficiarios) y por ello conocen más de sus resultados. Segundo, que calificar positivamente los grados de resolución de problemas proviene del hecho de que su responsabilidad está más comprometida que la del resto de actores.

1.4.12 Efectividad de resolución de problemas según el actor que tramita el control

Resulta interesante, analizar la efectividad en la resolución de los problemas presentados en el sistema de IVC, de diferentes maneras, así una vez considerada la participación en el trámite del control para cada uno de los actores la pregunta que sigue es su grado de resolución.

Grado de resolución de problemas de violación de derechos según el actor que tramita el control (actores que más tramitan)							
	Excelente	Buena	Excelente y buena	Regular	Mala	Regular y mala	No sabe
Dirección local de salud	4,13%	37,84%	41,97%	28,14%	22,42%	50,56%	7,47%
Dirección departamental de salud	4,40%	32,42%	36,81%	31,87%	21,43%	53,30%	9,89%
ARS	2,70%	39,64%	42,34%	41,44%	10,81%	52,25%	5,41%
Personero	6,93%	41,58%	48,51%	27,72%	13,86%	41,58%	9,90%
Superintendencia	3,88%	26,21%	30,10%	28,16%	33,01%	61,17%	8,74%
IPS	1,54%	43,08%	44,62%	32,31%	13,85%	46,15%	9,23%
Ninguno	0,00%	11,20%	11,20%	12,80%	28,00%	40,80%	48,00%
Otro	5,31%	36,28%	41,59%	30,97%	24,78%	55,75%	2,65%

- **Direcciones territoriales**

La *dirección local de salud*, presenta un nivel de resolución entre excelente y bueno del 41,97% lo cual no es muy alentador, dado que es ella la encargada de dar trámite a la mayor cantidad de problemas con un 27,55%, y que la mayor parte de estos no se transfieren a entidades de otros niveles territoriales. En cuanto a la *dirección departamental de salud* presenta un nivel de resolución entre excelente y bueno del 36,81%, inferior al logrado por las DLS, y tramita el 9,47% de los problemas.

El alto volumen de problemas a los que estas entidades deben dar trámite, unido a las labores de dirección pueden explicar en parte estos resultados mediocres originados en la

sobrecarga de funciones. Sin embargo, deben considerarse dos causas explicativas adicionales, la primera, ellas son las responsables de implementar gran parte de los procesos de ejecución del régimen subsidiado en el ámbito local y departamental, por lo cual deben controlarse a sí mismas en repetidas ocasiones. Y, la segunda, a la vez incurrir en relaciones contractuales con otros agentes privados y públicos, a los cuales posteriormente deben controlar, siendo esta labor interferida por sus propias obligaciones incumplidas hacia ellos. En este sentido, es de esperarse que solo en aquellos casos en que sus obligaciones se encuentren al día con las entidades encargadas de prestar determinado servicio a los afiliados puede llevar a cabo eficientemente labores de IVC o cuando las anomalías a las cuales debe dar trámite ante determinadas entidades no impliquen concurrencia en la responsabilidad contractual de ningún tipo entre ellas. Por último, debe destacarse, que al igual que las instituciones nacionales, la guía de su acción es más hacia el procedimiento que hacia garantizar el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos.

- **ARS**

Las ARS obtienen resoluciones excelentes y buenas a los problemas en un 42,34% y tramitan el 5,63% de ellos. Los principales problemas a los que ellas deben dar trámite, ya sea ante ellas mismas o ante otra institución, se refieren a la prestación de servicios, nuevamente y como ha sido general, las respuestas ante la violación de derechos es solo parcial.

- **Personero**

Los personeros obtienen una resolución excelente y buena en un 48,51%, el cual es el índice de resolución más alto respecto de los otros actores, sin embargo, solo tramitan el 4,94% de los problemas. Esto indica que el personero es el actor institucional de mayor eficacia en cuanto a la garantía del respeto de los derechos de los beneficiarios y sugiere la pertinencia de acrecentar la recepción y trámite de problemas por ellos. Máxime porque los dos subconjuntos de problemas que en mayor medida tramitan (las presiones indebidas a los afiliados y las fallas en la prestación del servicio) son los que en menor proporción tramitan las direcciones locales, aunque el volumen de estas últimas sea mayor.

- **Superintendencia**

El actor institucional del nivel nacional rector del control y la vigilancia del sistema presenta bajos niveles de resolución de problemas cuando ella da trámite a las violaciones a los derechos de los afiliados al régimen subsidiado. La superintendencia da una respuesta regular o mala en el 61,17% de los casos, cifra superior a todas las otras instituciones del sistema.

El volumen de problemas a los que ellos deben dar trámite representa solamente el 4,42% del total, por lo cual no se entiende la baja capacidad de resolución positiva de estos en un 30,10%, lo cual, es el más bajo desempeño entre los actores que en mayor proporción tramitan violaciones a los derechos.

Lo anterior pone en evidencia las falencias de un sistema centralizado y jerarquizado para garantizar respuestas ágiles y oportunas a los sucesos locales, que tienen alta incidencia sobre los derechos de los ciudadanos. El alto porcentaje de respuestas fallidas a los

problemas locales se debe, posiblemente, al desconocimiento real de los problemas que les son transferidos, en tanto estos ocurren en el ámbito local. También, al hecho de que su razón de ser, en la práctica, no parece orientada a la defensa de los derechos de los usuarios, sino a garantizar el imperio de requisitos formales, instrumentales y normativos de inspección, vigilancia y control por parte del conjunto de los actores institucionales públicos y privados. No sobra recordar aquí, que estos son los menos efectivos para detectar los problemas de violación de los derechos de los ciudadanos.

- **IPS**

Las IPS obtienen una resolución de problemas entre excelente y buena del 44,62% y detectan el 2,34%% de estos.

- **Los actores que menos tramitan problemas**

El ministerio de salud, la procuraduría, el control interno y la contraloría son los actores institucionales que menos tramitan las violaciones a los derechos de los ciudadanos. Sus niveles de resolución oscilan entre el 41,67% hasta el 80%, pero el volumen de problemas tramitados es solo entre el 0,82% y el 0,07% del total.

Grado de resolución de problemas de violación de derechos según el actor que tramita el control (actores que menos tramitan)							
	Excelente	Buena	Excelente y buena	Regular	Mala	Regular y mala	No sabe
Ministerio de Salud	0,00%	41,67%	41,67%	33,33%	8,33%	41,67%	16,67%
Procuraduría	0,00%	53,85%	53,85%	7,69%	15,38%	23,08%	23,08%
Control interno	44,44%	22,22%	66,67%	33,33%	0,00%	33,33%	0,00%
Contraloría	0,00%	80,00%	80,00%	20,00%	0,00%	20,00%	0,00%

Estas entidades representan al igual que la superintendencia el control formal y sancionatorio, sin embargo tienen resultados dispares lo cual puede explicarse por varias causas. Primero, porque aunque sus estrategias son sancionatorias, en el caso de la contraloría y la procuraduría, estas son más creíbles que en el caso de la superintendencia. Segundo, porque particularmente en el caso de la contraloría existe una mayor cercanía con el ámbito local, en tanto esta tiene brazos en los tres niveles territoriales por lo cual su posibilidad de reacción genera mejores respuestas en términos propositivos y oportunos. Tercero, porque el volumen de casos es muy pequeño. Cuarto, porque las (ias) gozan de mayor legitimidad institucional en el ámbito local que la superintendencia que es vista como un ente lejano.

1.4.13 Resolución de problemas a partir de ámbitos territoriales

El trámite del control puede efectuarse desde la nación, el departamento o el municipio. En

cada caso, la efectividad de las resoluciones es diferente.

Grado de resolución de problemas de contratación y ejecución por nivel territorial donde se tramita el control							
	Excelente	Buena	Excelente y buena	Regular	Mala	Regular y mala	No sabe
Municipal	3,72%	35,29%	39,01%	28,10%	22,07%	50,17%	10,83%
Dptal	3,45%	35,17%	38,62%	36,55%	16,55%	53,10%	8,28%
Nacional	4,35%	8,70%	13,04%	8,70%	43,48%	52,17%	34,78%
No sabe	25,00%	5,00%	30,00%	25,00%	10,00%	35,00%	35,00%

El nivel municipal y departamental tienen similar capacidad para resolver positivamente los problemas que tramitan en un 39,01% y 38,62%, respectivamente. Pero, los volúmenes de problemas que tramitan son sensiblemente diferentes, puesto que el municipio representa el 58,28% del total, mientras que el departamento representa el 20,13%. Lo anterior demuestra mayor capacidad de gestión en el nivel municipal respecto al departamental y con mayor razón, al nacional.

El nivel nacional tiene una capacidad de resolución de solamente el 13,04% y tramita el 6,68% de los problemas. Escaso es tanto el volumen de tramites como su positiva resolución. En consecuencia, se sugiere descentralizar aun más el sistema de inspección, vigilancia y control a partir de dotar a las entidades territoriales subnacionales de mayores prerrogativas y poder de intervención. Recordamos el carácter principalmente informal de las prácticas de control en los municipios como sus virtudes y peligros en cuanto a la eficiencia del sistema de IVC. La informalidad debe ser reconocida, valorada y regulada para que a partir de convertirse en una práctica pública, se socialice el control, se tejan lazos entre los actores institucionales y sociales y se fortalezca el poder de los usuarios y sus representantes frente al sistema de salud.

1.5 CONTRATACIÓN, COMPETENCIA Y EJECUCIÓN DE CONTRATOS

1.5.1 Advertencia

Esta segunda parte de la evaluación del sistema de inspección, vigilancia y control trata sobre los problemas que se presentan en los procesos de contratación y ejecución de contratos.

Al igual que en la primera parte de la evaluación sobre violación de derechos de los beneficiarios, las preguntas indagan la percepción y conocimiento que tiene el actor que responde, más que la información contenida en bases de datos y sistemas de información.

Para detectar los problemas en la afiliación, carnetización y prestación de servicios es muy importante indagar el conocimiento y percepción de los actores del sistema puesto que la

intensidad, frecuencia, gravedad y tipo de problemas que ocurren, así como los mecanismos de detección y resolución de ellos, no figuran en bases de datos confiables.

De la misma manera, la mayoría de los problemas por los que se pregunta en cuanto a la contratación y competencia entre actores institucionales del sistema no figuran en bases de datos, por lo que la percepción y conocimiento de los entrevistados se convierte en una fuente de análisis de primera importancia. Estos problemas son:

- Presiones políticas a favor de una IPS en la asignación de contratos por la ARS
- Presiones políticas a favor de una ARS en la asignación de contratos
- Contratación con ARS de baja capacidad técnica para el cumplimiento de sus funciones
- Contratación con ARS sancionadas con anterioridad
- Violación al principio de competencia en la contratación de ARS
- Presiones políticas en la selección de afiliados a la ARS
- Competencia desleal en el proceso de afiliación, ampliación y traslado de afiliados

Por el contrario, los problemas en la ejecución de contratos referidos a la cuantía y tiempos de las moras en los flujos de recursos entre niveles territoriales y actores del sistema se pueden constatar mediante un procedimiento técnico no sujeto a técnicas de indagación perceptiva. Tal resultado se encuentra en un capítulo específico de la evaluación financiera del régimen subsidiado. Sin embargo, el interés por las preguntas que recurren a la percepción de los entrevistados en esta materia reside en indagar la apreciación de los actores locales sobre la gravedad de tales problemas, los mecanismos utilizados para detectarlos, los trámites emprendidos y los resultados de dichas gestiones. Estos problemas son:

- Mora en la transferencia de recursos desde la nación al departamento
- Mora en la transferencia de recursos desde la nación a los municipios descentralizados
- Mora o no pago del departamento a la ARS
- Mora o no pago del municipio a la ARS
- Mora o no pago de la ARS a la IPS

Por las razones anteriores las gráficas, cuadros y análisis que se presentan a continuación tratan por separado los problemas de contratación y competencia respecto de los de ejecución de contratos.

1.5.2 Problemas más frecuentes y actores que detectan falencias en la contratación y la competencia.

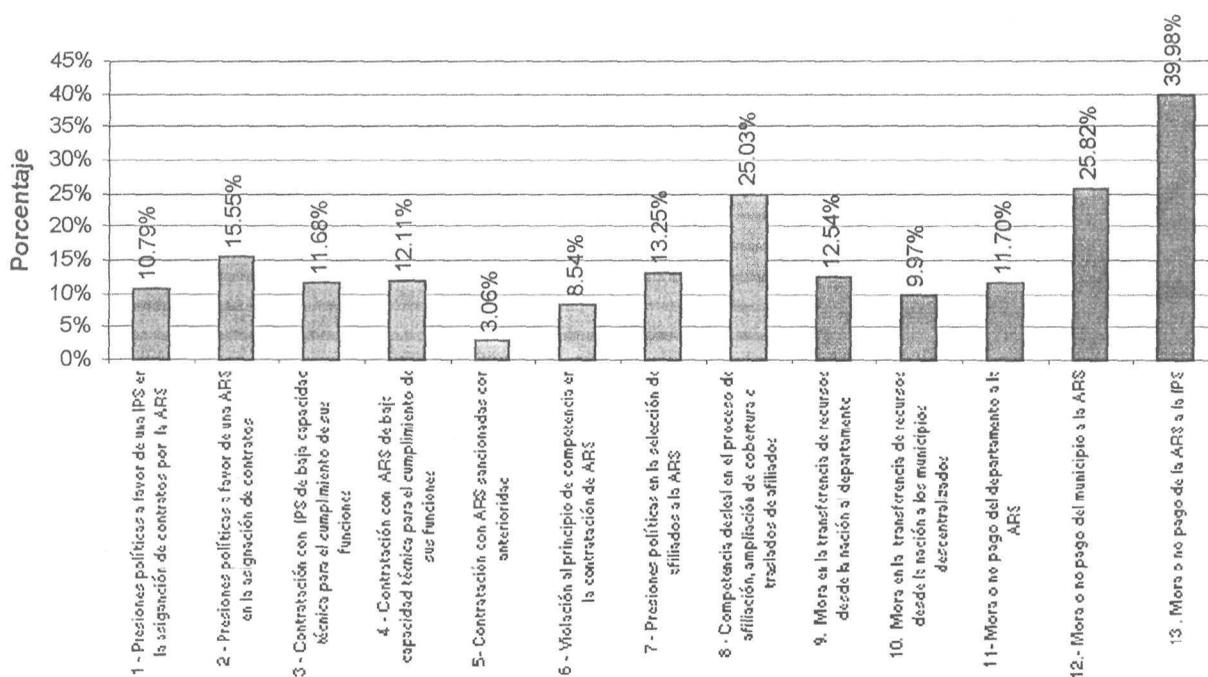
De lejos el principal problema en la contratación y competencia es la competencia desleal en el proceso de selección de afiliados, ampliación de coberturas y traslados de afiliados entre ARS. El tercer problema en importancia son las presiones políticas en la selección de afiliados a la ARS. Ambos problemas suman el 38% del total de problemas detectados y refieren a fallas en la competencia entre ARS para capturar afiliados.

No extraña, por lo tanto, que sean las ARS mismas las que en mayor medida detectan el problema, al ser ellas las causantes y las víctimas de la competencia desleal.

Tres hipótesis pueden concurrir en explicar esta situación. Por una parte, carencias en la eficacia de los mecanismos de regulación de la competencia entre ARS respecto de la vinculación de afiliados a las empresas. Por otra, una precaria cultura de competencia entre ARS que interpretan los resultados de la conquista de mercados de afiliados como desleales. Y por último, la inserción de la ARS en la lógica política local requiere la realización de labores de cabildeo con resultados de mutuo beneficio entre los políticos que amplían su margen de clientelas y las empresas, el tamaño, la seguridad y la permanencia en la contratación.

Por lo anterior, no extraña que el segundo problema en importancia sean las presiones políticas a favor de una ARS en la asignación de contratos. Este problema como los anteriores, afecta la competencia entre empresas y reafirma como las instituciones de orden privado se insertan en la lógica de repartición política de mercados.

Los problemas detectados por los actores sociales e institucionales.
 - Ponderado -



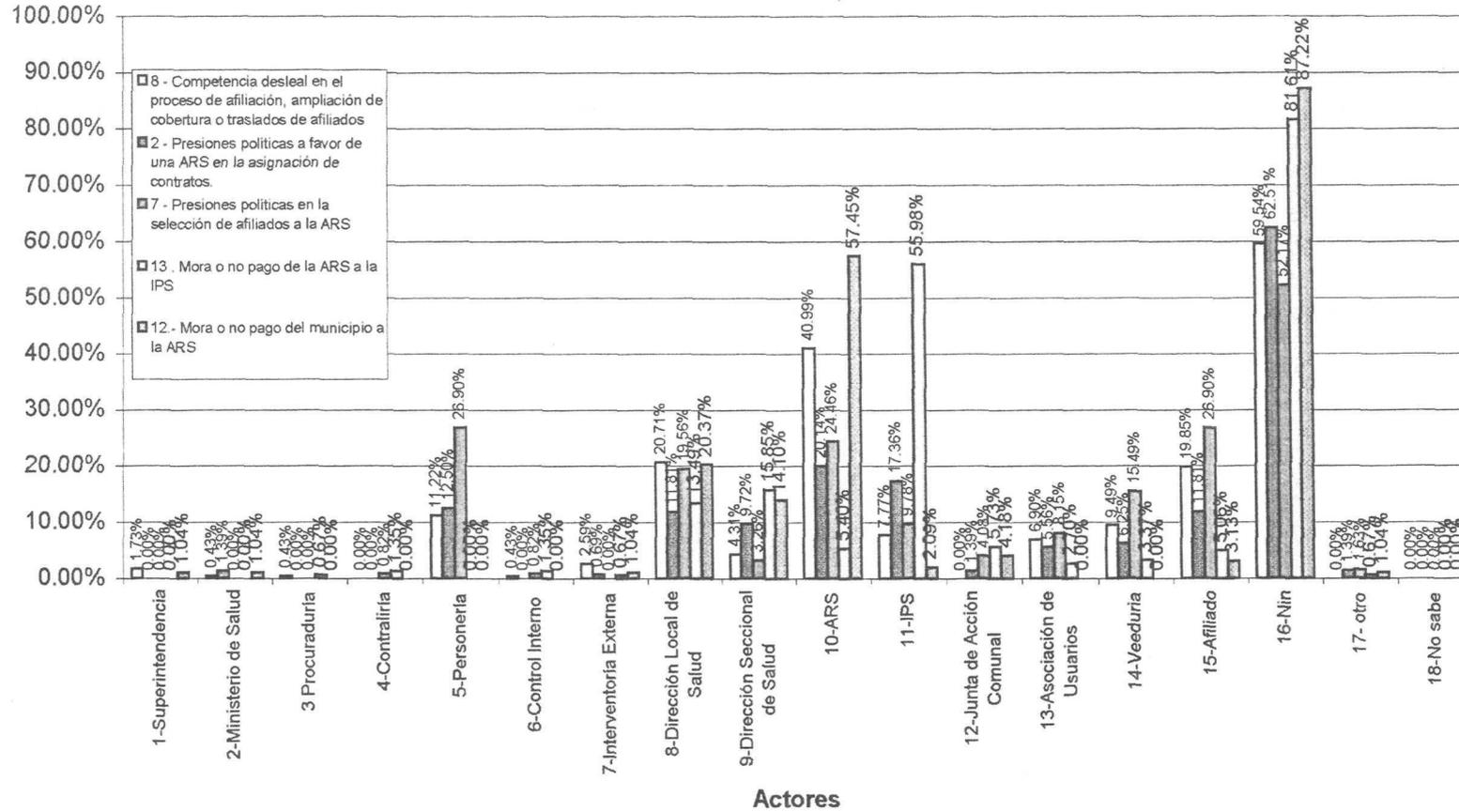
Los tres principales problemas en la contratación son de violación al principio de la “libre” competencia entre empresas, las cuales suman el 54% del total de problemas en la contratación. Recordamos al lector que el 18% de los problemas de violación de derechos de los afiliados están referidos a presiones y engaños de las ARS sobre afiliados.

El segundo actor en la detección de problemas de contratación y competencia es la Dirección Local de Salud y el tercero, el personero, con la excepción de las presiones en la selección de afiliados a la ARS, para el cual el personero es el principal agente de su detección, con resultado idéntico al esfuerzo que hacen los propios afiliados.

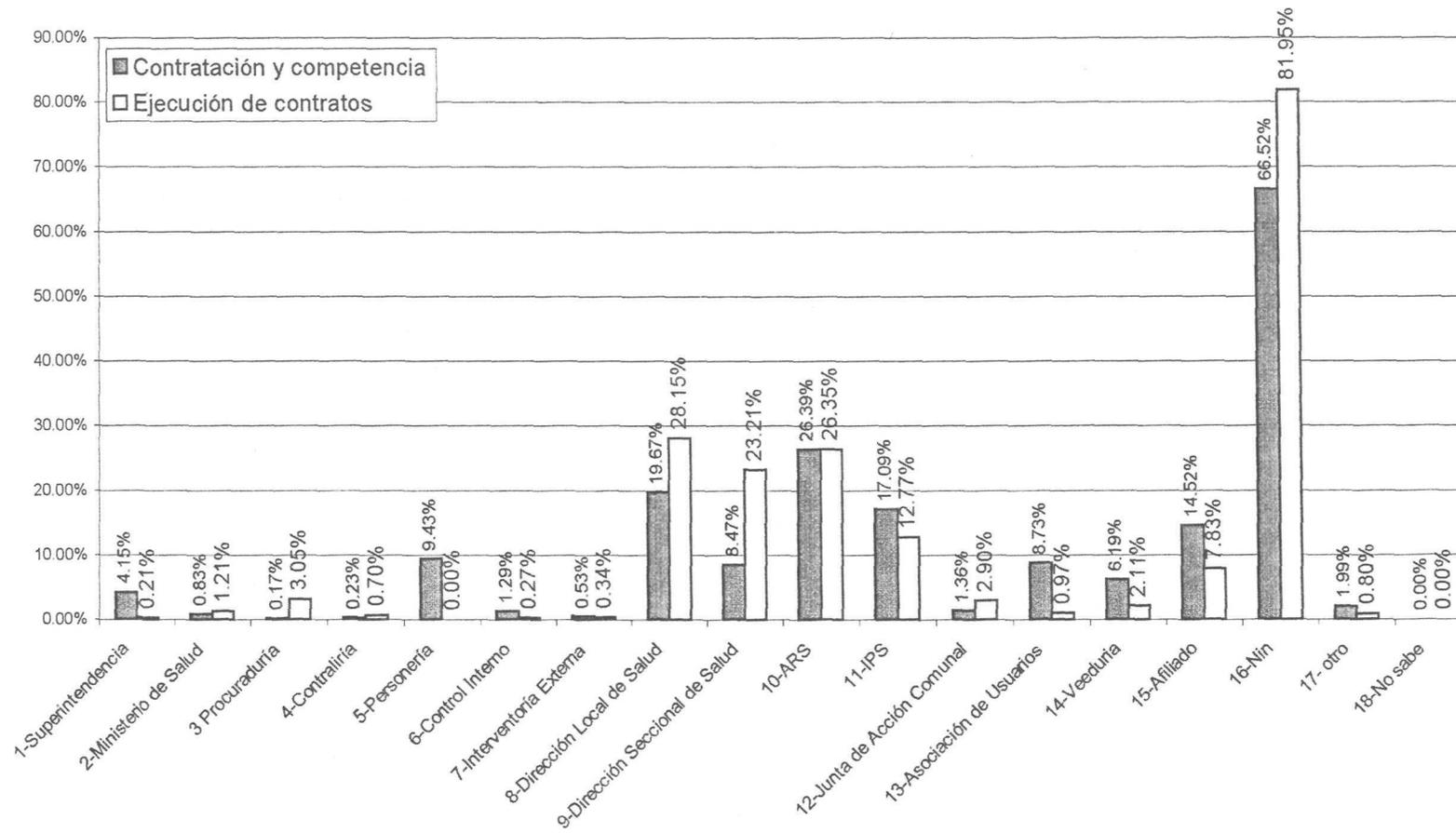
Personeros y afiliados son los actores que en mayor medida se interesan en las presiones que los beneficiarios reciben por parte de las ARS y las direcciones locales en la afiliación al sistema. En cambio, las instituciones públicas de cualquier nivel territorial y las empresas públicas y privadas que implementan el sistema están más interesadas en los problemas de competencia entre agencias, repartición de contratos y mercados. Es por ello que al considerar el conjunto de problemas de contratación y competencia, las instituciones, en su orden, las ARS, las DLS y las IPS, contribuyen en mayor medida a su detección en comparación con los afiliados y los personeros.

Los actores que respondieron a la encuesta perciben una precaria contribución del departamento y prácticamente una ausencia de las instancias reguladoras del orden nacional y de los organismos de control de cualquier nivel en la detección de problemas en la contratación y la competencia.

Actores institucionales y sociales que detectan los principales problemas



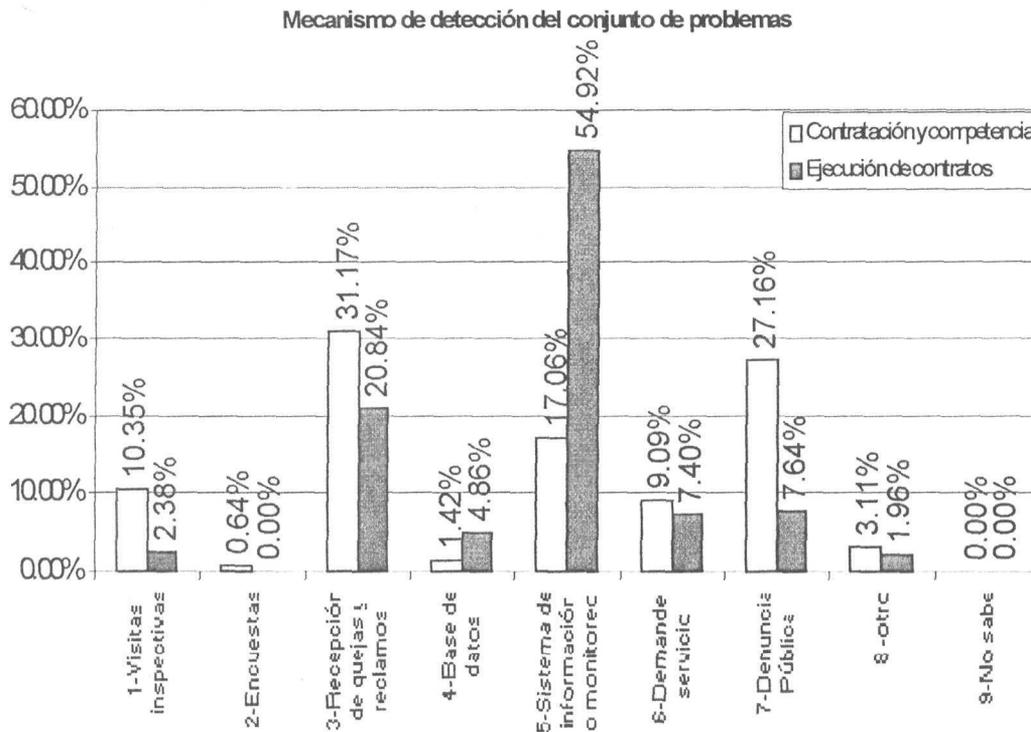
Actores institucionales y sociales que más detectan los conjuntos de problemas



A partir de los resultados expandidos de las DLS se puede inducir que a juicio de estas las ARS como las IPS tienen baja capacidad técnica para el cumplimiento de sus funciones. Sin embargo, los contratos se realizan con ellas, lo cual puede estar significando dos cosas. Por una parte, la estrechez del número de oferentes calificados, es decir, una ausencia de mercado. Por otra, puede estar señalando que las reglas de funcionamiento del régimen subsidiado protegen los mercados a las ARS y su red de servicios aun cuando padezcan de condiciones técnicas suficientes para el buen desarrollo de los contratos y los servicios.

Mecanismos de detección de problemas

A pesar de la existencia de una mayor regulación sobre contratos entre el Estado y las empresas en comparación con los derechos ciudadanos de los pobres, en ambos casos priman mecanismos informales, tales como las quejas y reclamos y las denuncias públicas, como los principales mecanismos de detección de problemas. En cambio, los sistemas de información y monitoreo, las visitas inspectivas, las bases de datos y las encuestas contribuyen poco a la detección de problemas.

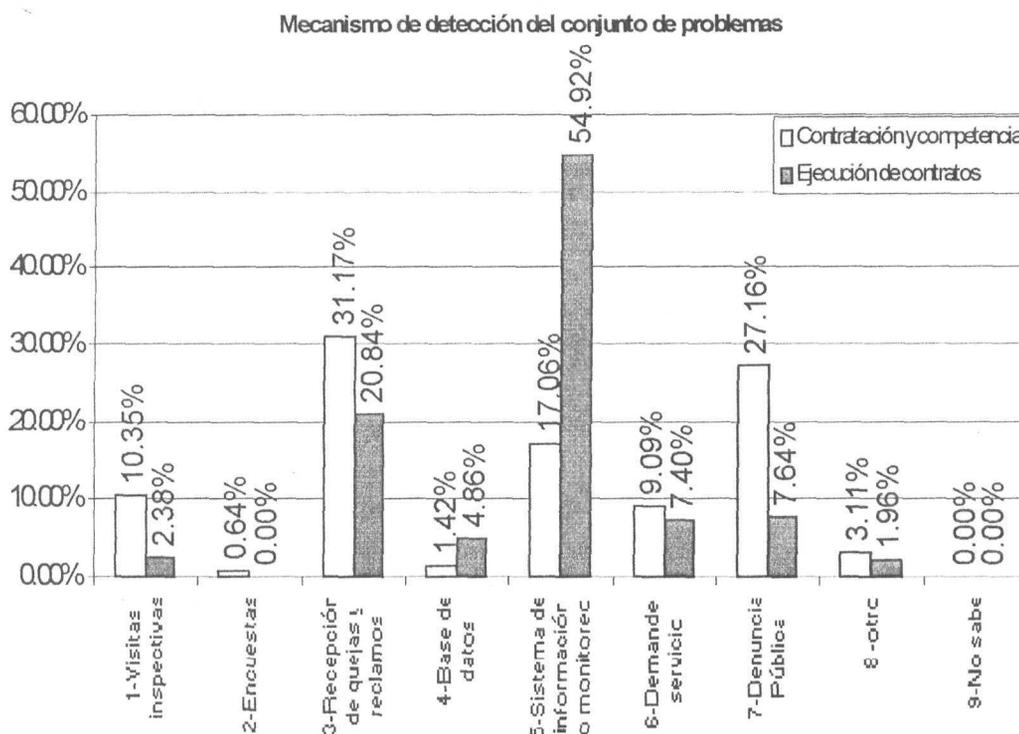


Este resultado es una señal de alerta contundente contra la pretensión de controlar el comportamiento de las empresas públicas y privadas que emprenden innumerables acciones contractuales y de servicios mediante mecanismos formales oportunos y generalizados. En el parecer de los encuestados, no operan, respecto de la detección de los problemas de contratación y competencia, los mecanismos formales y procedimentales a los que la ley les

A partir de los resultados expandidos de las DLS se puede inducir que a juicio de estas las ARS como las IPS tienen baja capacidad técnica para el cumplimiento de sus funciones. Sin embargo, los contratos se realizan con ellas, lo cual puede estar significando dos cosas. Por una parte, la estrechez del número de oferentes calificados, es decir, una ausencia de mercado. Por otra, puede estar señalando que las reglas de funcionamiento del régimen subsidiado protegen los mercados a las ARS y su red de servicios aun cuando padezcan de condiciones técnicas suficientes para el buen desarrollo de los contratos y los servicios.

1.5.3 Mecanismos de detección de problemas

A pesar de la existencia de una mayor regulación sobre contratos entre el Estado y las empresas en comparación con los derechos ciudadanos de los pobres, en ambos casos priman mecanismos informales, tales como las quejas y reclamos y las denuncias públicas, como los principales mecanismos de detección de problemas. En cambio, los sistemas de información y monitoreo, las visitas inspectivas, las bases de datos y las encuestas contribuyen poco a la detección de problemas.



Este resultado es una señal de alerta contundente contra la pretensión de controlar el comportamiento de las empresas públicas y privadas que emprenden innumerables acciones contractuales y de servicios mediante mecanismos formales oportunos y generalizados. En el parecer de los encuestados, no operan, respecto de la detección de los problemas de contratación y competencia, los mecanismos formales y procedimentales a los que la ley les

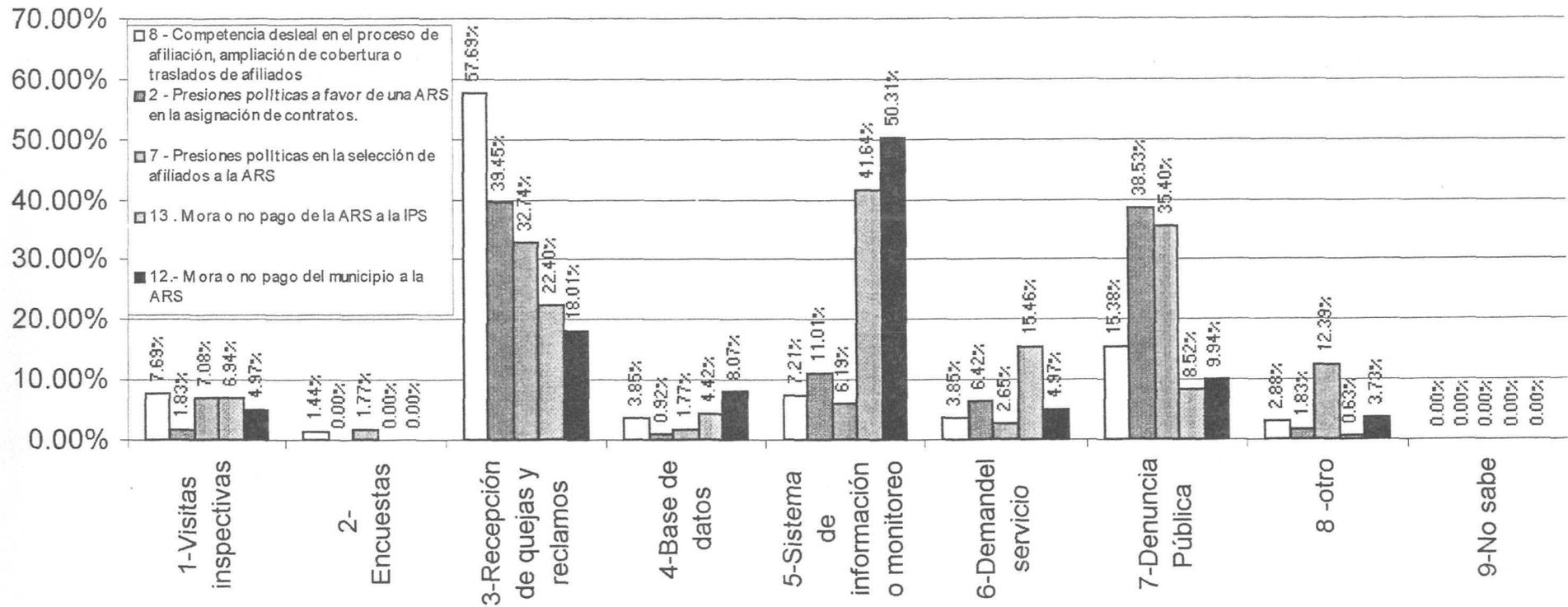
otorga la principal función de regulación sobre el control, la vigilancia e inspección del sistema.

Sin duda, los problemas indagados, aunque se presentan de manera generalizada y son sujeto de reconocimiento y regulación, escapan a los mecanismos de detección formales, tales como bases de datos, series estadísticas u otros. Por el contrario, las moras en los flujos de recursos se inscriben directamente en formatos y atraviesan todos los registros y archivos de los diferentes actores del sistema, por lo cual los sistemas de información y monitoreo son los mecanismos más eficaces para detectar estas anomalías.

Una vez más aparece el imperio de la informalidad en las relaciones de poder con sus implicaciones negativas y sus potencialidades. Negativas, por la precaria construcción de reglas de juego estables, públicas y basadas en el principio de la libre e igual competencia entre empresas y respetuosas de los derechos ciudadanos. Las reglas parecen estar sometidas a correlaciones de fuerza entre empresas y con el mundo político, con lo cual la repartición de mercados, de contratos y de afiliados obedecen más a la simbiosis entre empresas y poderes políticos que a la competencia.

Positivas, en la medida en que en ausencia de mecanismos formales de detección se activan los otros, como las quejas y denuncias públicas. Sin embargo, sobre ellas es difícil documentar y sistematizar las violaciones al principio de la competencia sin documentar los procedimientos mediante los cuales fallan los contratos y la competencia, formalizar las denuncias y eventualmente judicializar las faltas.

Mecanismo de detección de los principales problemas

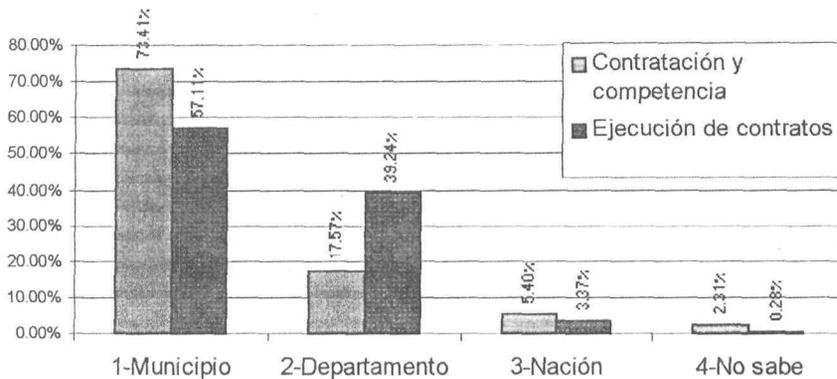


Las respuestas expandidas de las DLS corroboran los mecanismos informales como los más importantes en la detección de los problemas relacionados con contratación y competencia con un 55% , frente a los sistemas formales que en conjunto representan el 37%. De la misma manera, el sistema de información y monitoreo es el más importante para detectar los problemas en las moras financieras entre agentes del sistema.

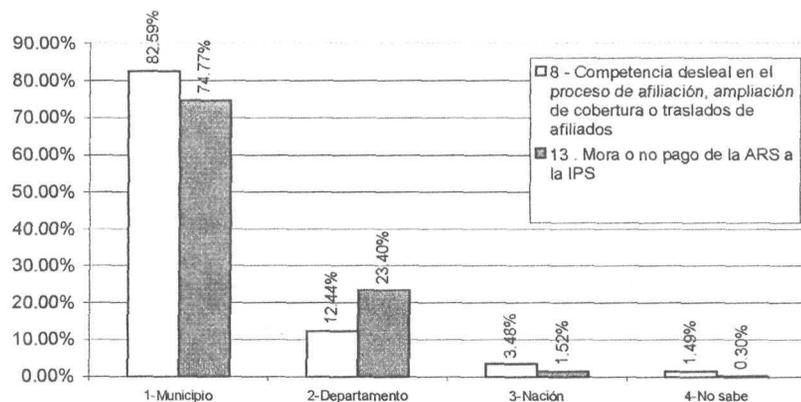
1.5.4 Niveles territoriales donde se detectan y a los que se le transfieren los problemas

Una vez más el municipio es el ámbito territorial donde se detectan los problemas, en este caso de contratación y competencia, aunque el departamento participa medianamente en este proceso; la nación no aparece cuando las anomalías suceden en el municipio, ámbito natural donde el régimen subsidiado se desarrolla. Esto sucede tanto para el conjunto de problemas en general, como para el principal problema, el de competencia desleal en el proceso de afiliación, ampliación de cobertura o traslado de afiliados. Por el contrario, aquellos problemas que pueden ser detectados por medios técnicos como son las moras en los pagos o transferencias de los recursos, pueden ser objeto de un mayor seguimiento por el departamento, el cual, vale la pena anotar también participa en el proceso de ejecución de los contratos y por tanto se encuentra

Nivel territorial que más detecta problemas



Nivel territorial que más detecta los problemas que más aparecen

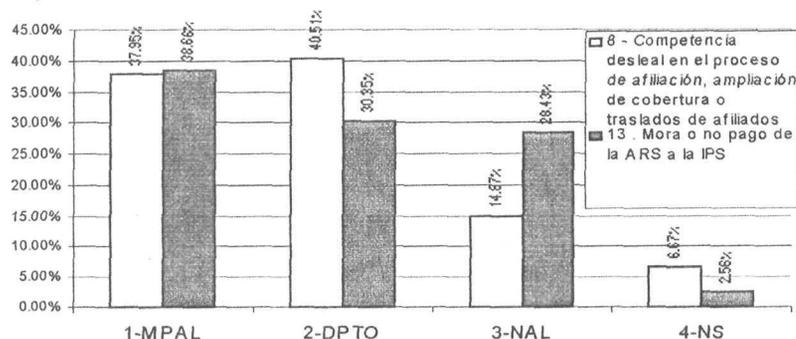


interesado en llevar un seguimiento de estos.

1.5.5 Niveles territoriales a los que se le transfieren los problemas y sus causas

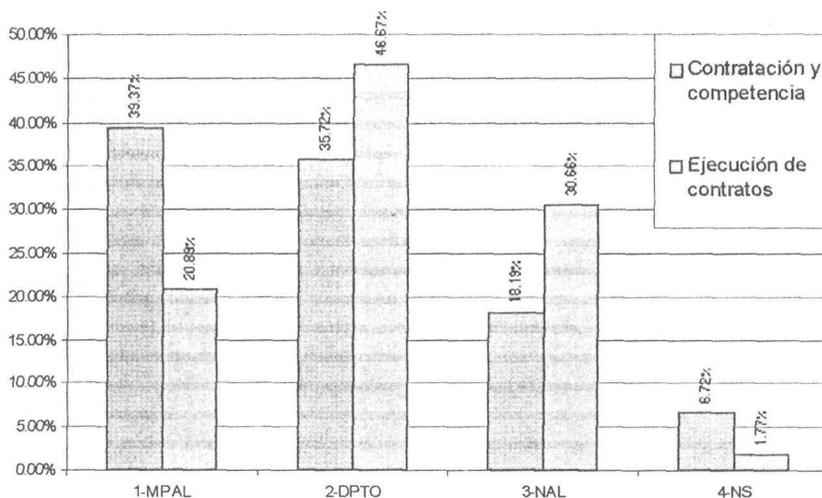
Si bien el municipio detecta la mayoría de problemas y los más frecuentes, transfiere al departamento y la nación una cantidad importante de estos para su trámite. Mientras que el departamento detecta el problema más frecuente de contratación y competencia en un 12.44%, tramita el 40.51% y la nación detecta el 3.48% y tramita el 14.87%. Las moras son detectadas en un 23.40% por el departamento y tramitadas en un 30.55% y la nación detecta el 1.52% de las moras y tramita el 28.43% de ellas.

Nivel territorial al que más se le transfieren los problemas más frecuentes



Esta tendencia se profundiza al considerar el conjunto de los problemas de contratación y competencia, los cuales intentan ser resueltos en menor medida en el nivel municipal respecto de la suma de la transferencia de ellos hacia el departamento y la nación. La proporción de

Nivel territorial al que se transfieren los conjuntos de problemas



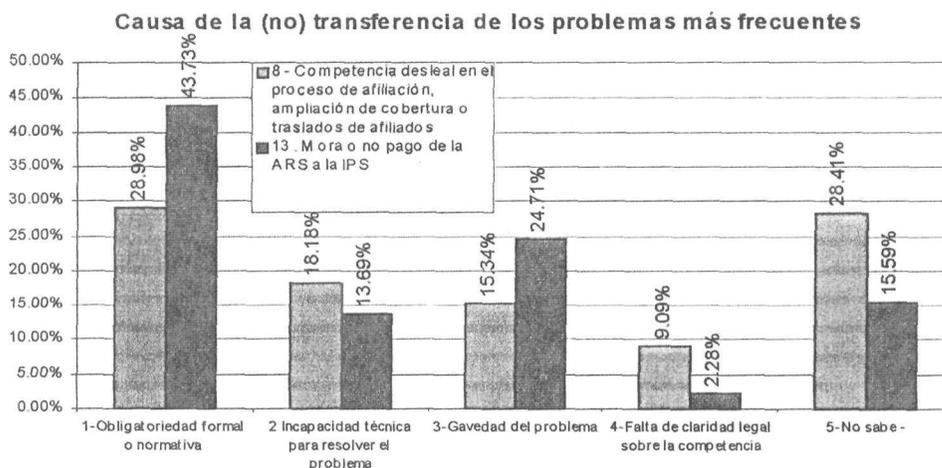
tramites del conjunto de problemas relacionados con la ejecución de contratos son remitidos al departamento y la nación en porcentajes mayores a los que el municipio asume con capacidad propia de resolución.

Los problemas en la contratación y la competencia son presumiblemente remitidos de manera importante por la carencia de fortaleza institucional del municipio para enfrentarse a las empresas aseguradoras. También, porque el municipio está directamente comprometido en los contratos sobre los cuales surgen inquietudes en su manejo. Ante la confluencia entre la función de contratación y de control por el municipio, los actores locales parecen refugiarse en la remisión de problemas a actores de control no comprometidos en la contratación de las agencias cuestionadas. Este es un ejemplo en que un marco de regulación plural, es decir, con una pluralidad de mecanismos diferentes para regular materias semejantes, permite a los actores utilizar unas oportunidades de la regulación, contra los inconveniencias de otras.

Para el conjunto de problemas de mora, la intermediación de un tercero de más alto rango y nivel territorial es invocada, debido a la formalidad del problema, la facilidad en la constatación por medios técnicos, y a la posibilidad real de sanción mediante la detención de giros sucesivos dentro del sistema donde gran parte de los fondos financieros tienen un flujo vertical.

A diferencia de lo acontecido con las violaciones a los derechos de los afiliados, los problemas de contratación, competencia y ejecución de contratos son sujetos de una importante remisión al departamento y la nación. Además de lo señalado arriba, una hipótesis complementaria sugiere que las empresas aseguradoras y prestadoras de servicios consideran que la dirección local está implicada en las fallas en la contratación y la competencia, debido a que ellas contratan y tienen intereses políticos directos en el sistema y sus problemas, por lo cual acuden a la remisión de problemas hacia niveles territoriales y agentes estatales diferentes.

Las respuestas expandidas de las DLS corroboran al municipio como la entidad que más detecta y tramita los problemas en general y los problemas particulares que se detectan con mayor frecuencia. Sin embargo, para la detección de problemas la DLS reconoce una menor importancia del nivel departamental respecto a lo que opinan el conjunto de los otros actores del sistema.

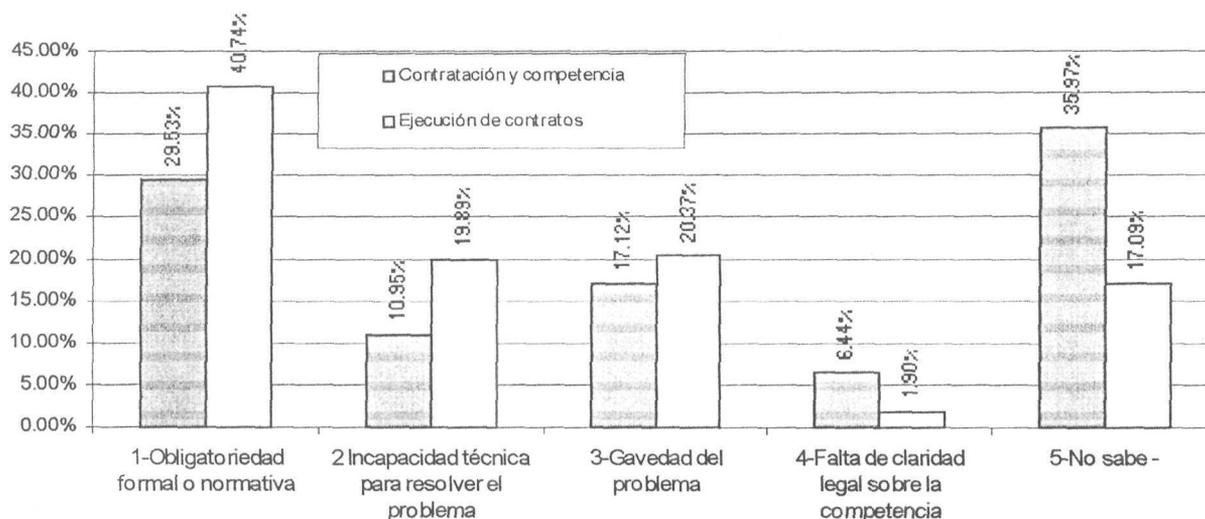


En cuanto a la transferencia del trámite del control, las DLS reconocen un peso muy importante del nivel departamental en los casos de competencia desleal en el proceso de afiliación, ampliación de cobertura o traslado de afiliados. Sin embargo, para el conjunto de problemas no reconoce el apoyo del departamento en la misma proporción que lo hacen el conjunto de actores del sistema. Lo anterior podría significar que las DLS aquejan una carencia en la función de apoyo y subsidiariedad por parte del nivel departamental.

Los actores locales aducen la obligatoriedad formal o normativa para explicar la transferencia de problemas entre niveles territoriales y actores de control. La incapacidad técnica para resolver problemas y la gravedad de ellos, agregados, tiene un peso similar a la primera causa de remisión. Este resultado sorprende porque, las fallas en la contratación y la competencia se explican más por dificultades institucionales y políticas locales que por una obligatoriedad en su remisión. Y, los problemas en las moras, tienen origen en una cadena de retrasos que involucran a todos los actores estatales y privados en todos los niveles territoriales.

Los resultados expandidos de las DLS corroboran las mismas tendencias analizadas arriba con una sola diferencia, la cual es que el conjunto de actores reconoce una mayor incapacidad técnica local para resolver los problemas aquí considerados, que lo que las DLS consideran sobre su capacidad técnica.

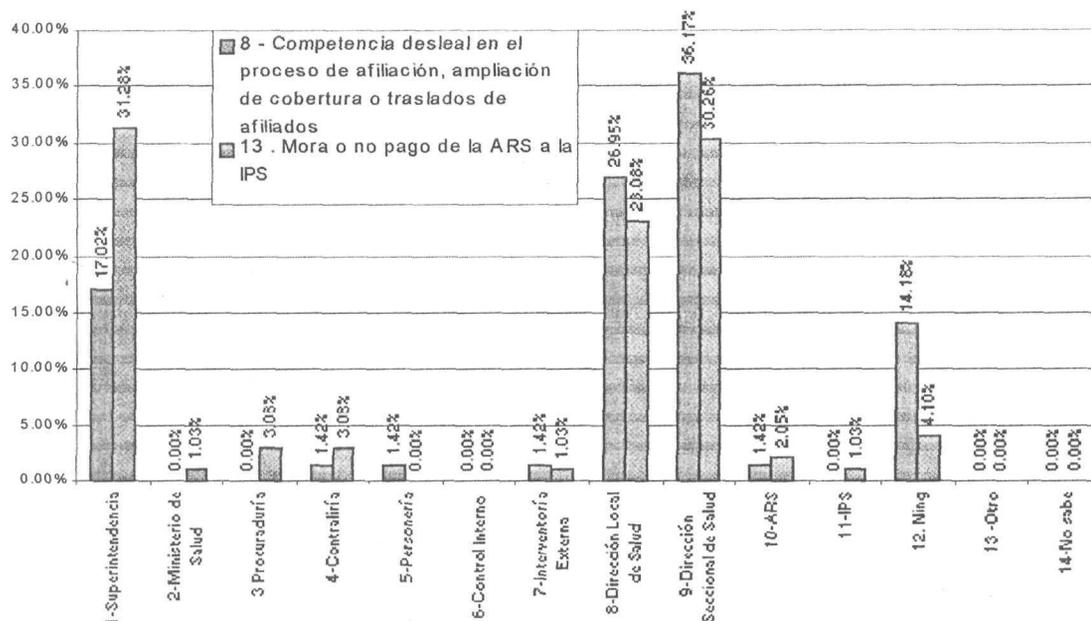
Causa de la no transferencia de los conjuntos de problemas



1.5.6 Actores de control a los que se le remite el trámite de los problemas y grados de resolución

La competencia desleal en el proceso de afiliación, ampliación de cobertura o traslado de afiliados es transferido de manera prioritaria a las direcciones departamentales, seguidas de las direcciones municipales y de la superintendencia de salud. Importa señalar que a actores del departamento y la nación se les transfiere la resolución del 53.19% de los casos que se generan y detectan en el nivel municipal.

Actores a los que se les transfieren los problemas más importantes

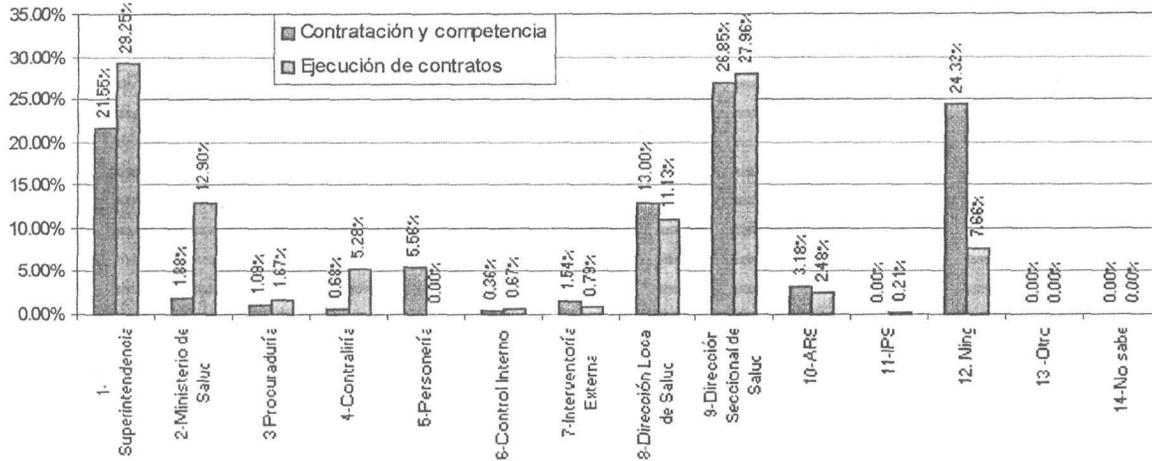


La mora o no pago de las ARS a las IPS es tramitada principalmente por la superintendencia de salud, seguida por la dirección departamental y la dirección municipal. Los actores nacionales y departamentales suman el 62.57% de los trámites totales de este problema que se detecta y normativamente se podría resolver en el nivel municipal.

Los conjuntos de problemas de contratación y competencia son tramitados principalmente por la dirección departamental, seguida por la superintendencia. Los actores departamentales y nacionales tramitan el 50.28% de los casos detectados.

Los conjuntos de problemas en las moras son tramitados por la superintendencia de salud, seguida por la dirección departamental y el ministerio de salud. Los actores nacionales y departamentales tramitan el 70.13% de los casos detectados.

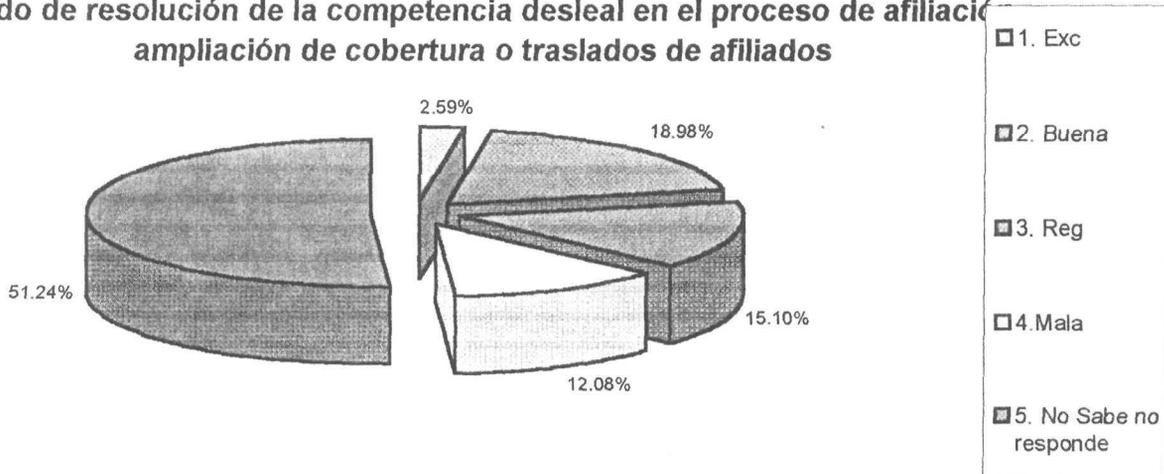
Actores encargados del trámite por conjunto de problemas



Todos estos casos de remisión de trámites de problemas detectados y en buena medida generados en el nivel local hacia actores del ámbito departamental y nacional materializan una búsqueda de subsidiariedad por parte de los actores municipales. Sin embargo, el nivel de resolución satisfactoria de los problemas es, en todos los casos, insuficiente.

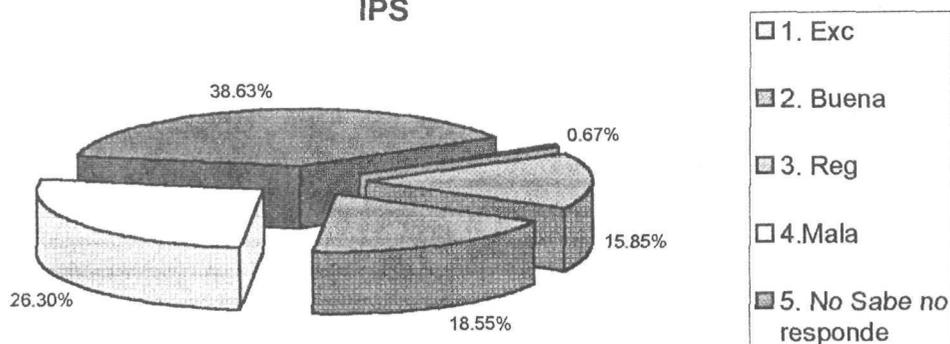
El grado de resolución entre bueno y excelente para los problemas de competencia desleal en la afiliación, ampliación de cobertura o traslado de afiliados es de 21.57%.

Grado de resolución de la competencia desleal en el proceso de afiliación, ampliación de cobertura o traslados de afiliados



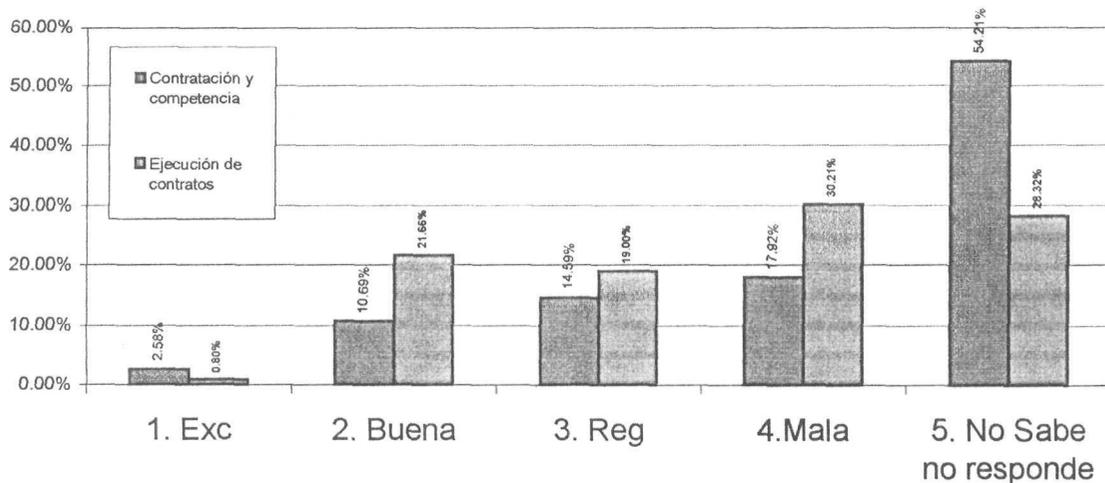
El grado de resolución entre bueno y excelente en las moras de las ARS a las IPS es de 16.52%.

Grado de resolución de la mora o no pago de las ARS a las IPS



El conjunto de problemas en la contratación y la competencia tienen grados de resolución entre buenos y excelentes del 13.27%.

Grado de resolución de los conjuntos de problemas



El conjunto de problemas en la ejecución de contratos referidos a las moras tienen grados de resolución entre buenos y excelentes del 22.46%.

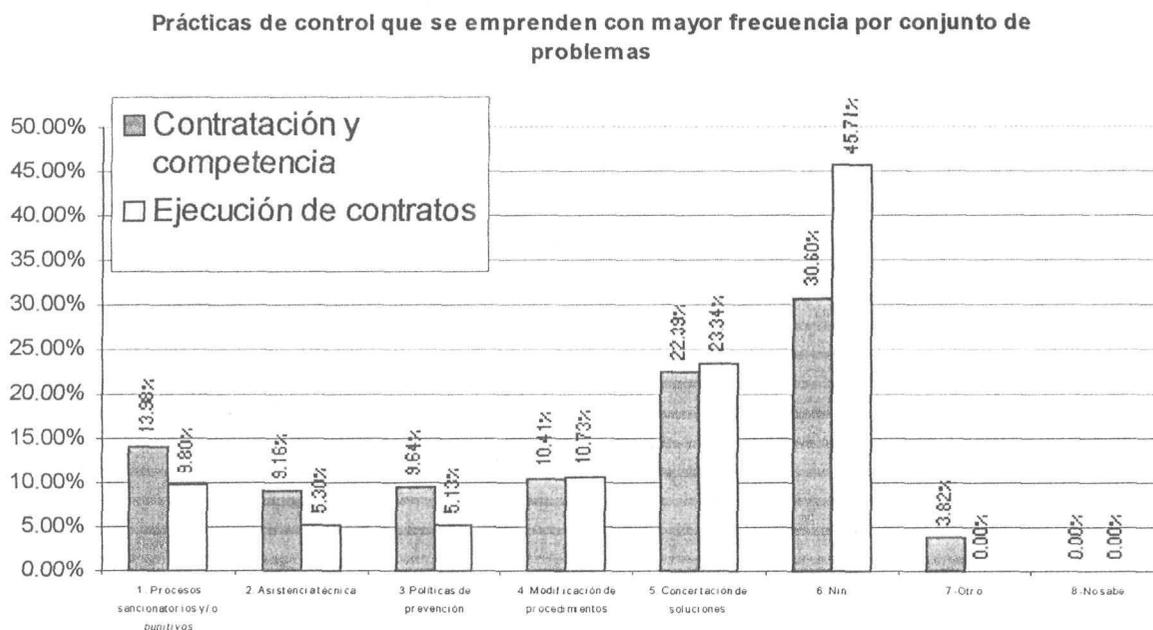
En todos los casos es muy relevante el desconocimiento acusado por el actor entrevistado sobre

los grados de resolución de los principales problemas y los subconjuntos de problemas. Varias razones explican este resultado. Primera, la alta rotación de los responsables del sistema o, lo que es lo mismo, la precaria estabilidad laboral. Segunda, una interrupción en los flujos de información entre actores de control y niveles territoriales. Tercera y como consecuencia de las dos anteriores, cada agencia de control responde por las funciones procedimentales asignadas e ignora, en buena medida, las causas y las consecuencias anteriores y posteriores en las que su labor está inmersa. Por lo cual se puede afirmar que no existe un sistema integral de control desde el punto de vista funcional, ni inteligente desde el punto de vista estratégico, porque cada una de sus partes no puede aprender de la otra ni prever acciones y consecuencias sobre los actos anteriores o futuros.

La extensión de las respuestas de las DLS indican una menor ignorancia sobre los resultados de los trámites del control que el conjunto de actores del sistema y una mejor apreciación en cuanto a los grados de resolución regulares y buenos.

1.5.7 Sentido estratégico de las prácticas de control emprendidas

La práctica más frecuente de control para los problemas de contratación, competencia y ejecución de contratos es la concertación. Seguida de los procesos sancionatorios y en tercer lugar la modificación de procedimientos. Las prácticas de menor relevancia son la asistencia técnica y las políticas de prevención.



El sistema posee una ruptura entre una regulación de procedimientos formales y una práctica que escapa a él, tanto en la *detección* como en la *resolución de problemas*. Los mecanismos informales de detección y la concertación de soluciones gobiernan las prácticas de inspección,

vigilancia y control.

De tal manera se ampara el principio de la correlación de fuerzas circunstanciales entre actores institucionales públicos y privados de distinto nivel en el gobierno del sistema. En casos de excesos que comprometen la estabilidad y legitimidad del régimen, se acude a sanciones que no modifican la lógica informal del sistema, sino que le señalan límites tolerables.

Pero, en pocos casos, se acude a políticas de prevención y asistencia técnica para modificar de manera estructural las causas de los problemas. Puesto que de tal manera se generarían reglas de juego estables, conocidas y públicas que restringirían la fusión de intereses empresariales y políticos que gobiernan el régimen subsidiado en salud.

No defendemos aquí una posición que otorga a la asistencia técnica y las políticas de prevención un lugar central, que sería ocupado por la tecnocracia y los políticos nacionales, para disciplinar al conjunto de actores en la alcance de unos objetivos loables. Tales políticas no son más que instrumentos subordinados de un conjunto de propósitos que nutren las recomendaciones de modificación al régimen subsidiado en salud, que se entran a explicar a continuación.

1.5.8 Grado de resolución según el actor que tramita el control

Grado de resolución de problemas de contratación y ejecución de contratos según el actor que tramita el control (actores que más tramitan)							
	Excelente	Buena	Excelente y Buena	Regular	Mala	Regular y mala	No Sabe
Dirección local de salud	2.94%	36.76%	39.71%	38.24%	16.18%	15.38%	5.88%
Dirección seccional de salud	4.00%	26.00%	30.00%	24.00%	34.00%	0.00%	12.00%
Ministerio de salud	0.00%	30.00%	30.00%	30.00%	30.00%	0.00%	10.00%
Superintendencia	2.15%	12.90%	15.05%	24.73%	52.69%	0.00%	7.53%

La dirección local de salud es la entidad que más garantiza la resolución de los problemas en un 40% pero solo da tramite aproximadamente al 12% de los problemas de contratación, competencia y ejecución de contratos.

La dirección seccional y el ministerio de salud garantizan el 30% de la resolución de los problemas, siendo que tramitan el 27% y el 7% de los problemas, respectivamente.

La superintendencia garantiza un grado de resolución del 15% y tramita el 25% de los problemas.

Se concluye que la eficacia en la resolución de problemas es mayor para el actor del nivel municipal, seguida por el actor que se encuentra en el nivel departamental y la menor eficiencia se encuentra en el actor del nivel nacional. Sin embargo, para todas las instituciones, los grados de resolución entre regulares y malos son mayores que las resoluciones excelentes y buenas.

Este resultado alerta, además, sobre la precariedad de los mecanismos de subsidiariedad, es decir, sobre el precario apoyo que las entidades departamentales y nacionales prestan a los municipios cuando estos no pueden resolver problemas y acuden a actores de niveles superiores de gobierno. No sobra señalar que a la superintendencia se le transfiere uno de cada cuatro problemas de contratación, competencia y ejecución de contratos y que su grado de resolución, entre regular y malo, es del 77%, el cual es el resultado más malo entre los actores institucionales que más tramitan las falencias detectadas por el sistema. Una vez más la evaluación llama la atención sobre la ineficiencia del modelo de control de la superintendencia de salud.

	Excelente	Buena	Excelente y Buena	Regular	Mala	Regular y mala	No Sabe
Personería	0.00%	44.44%	44.44%	44.44%	11.11%	77.42%	0.00%
Contraloría	0.00%	37.50%	37.50%	12.50%	25.00%	0.00%	25.00%
ARS	0.00%	16.67%	16.67%	33.33%	50.00%	0.00%	0.00%
Procuraduría	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	33.33%	0.00%	66.67%

Respecto de los actores que menos volumen de problemas tramitan, vale la pena señalar que, una vez más, la personería obtiene los mayores niveles de resolución entre todos los actores institucionales que tramitan el control, con un 44% y tramita el 2.5% del total de ellos.

1.5.9 Grado de resolución según el nivel territorial donde se tramita el control

	Excelente	Buena	Excelente y Buena	Regular	Mala	Regular y malo	No Sabe
Deptal	3.82%	28.24%	32.06%	25.19%	33.59%	58.78%	9.16%
Municipal	0.78%	29.69%	30.47%	33.59%	27.34%	60.94%	8.59%
Nacional	0.98%	10.78%	11.76%	25.49%	50.98%	76.47%	11.76%
No sabe	7.69%	7.69%	15.38%	15.38%	0.00%	15.38%	69.23%

El nivel departamental y municipal tienen similar capacidad de resolución de los problemas que son tramitados por el conjunto de actores que en ellos se encuentran. Sin embargo, el municipio tramita un volumen de problemas 30% mayor respecto del departamento. La nación tramita un volumen relevante de problemas, uno de cada cuatro y solamente resuelve positivamente el 12% de ellos.

Un resultado similar se obtuvo al considerar las violaciones a los derechos de las personas en la afiliación, carnetización y prestación de servicios. Con la diferencia que en cuanto a las fallas en la contratación, competencia y la ejecución de contratos existe un mayor volumen de remisión de problemas hacia el departamento y la nación, no así una mayor eficacia en su resolución.

1.5.10 Grados de resolución según el mecanismo de control emprendido

Grado de resolución de problemas de contratación y ejecución según el mecanismo utilizado en el trámite del control				
	Intensidad en la utilización del mecanismo	Excelente y bueno	Regular y malo	No Sabe
Asistencia técnica	7.45%	62.50%	33.33%	4.17%
Concertación de soluciones	22.37%	41.67%	56.48%	1.85%
Modificación de procedimientos	10.57%	39.58%	45.83%	14.58%
Procesos sancionatorios y/o punitivos	11.89%	39.29%	55.36%	5.36%
Políticas de prevención	7.39%	23.81%	73.81%	2.38%
Ninguno	38.16%	0.58%	98.84%	0.58%
No sabe	1.91%	0.00%	66.67%	33.33%

Todo sistema de regulación construye mecanismos regulares para dar trámite a la mayoría de las materias que controla, así mismo prevé mecanismos extraordinarios para casos límites. El sistema de control del régimen subsidiado no está gobernado por este principio puesto que los mecanismos de prevención, asistencia técnica y modificación de procedimientos son utilizados en el 25% de los casos y los mecanismos extraordinarios, la concertación y la apertura de procesos punitivos y sancionatorios, sumados, constituyen el 34% de los casos.

La asistencia técnica es el mecanismo más eficaz para resolver satisfactoriamente problemas, con un desempeño del 63%, pero se recurre a él de manera marginal entre todos los mecanismos utilizados.

La concertación de soluciones es el mecanismo de resolución de problemas más utilizado pero tiene un desempeño medio comparado con la eficiencia de los otros mecanismos.

La Universidad Nacional recomienda por una parte, sistematizar los mecanismos informales de detección y resolución de problemas y, por otra, utilizar esta información para construir políticas de asistencia técnica.

1.5.11 Aportes del análisis de correlaciones múltiples

Los siguientes gráficos permiten reafirmar algunos de los hallazgos presentados arriba, mediante una técnica que reagrupa visualmente varias variables.

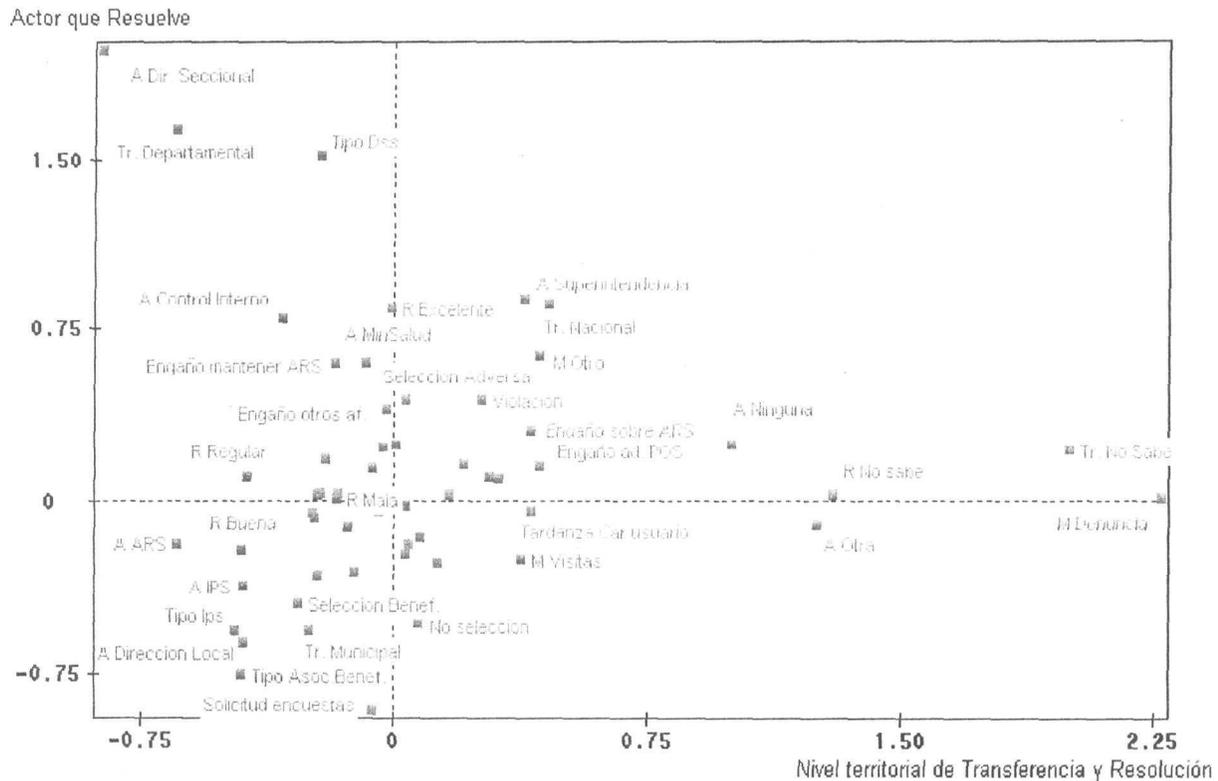
• **Afiliación, carnetización y prestación de servicios**

Cuando se hace uso de mecanismos informales para la detección de problemas, como por ejemplo la denuncia pública, se le asocia la ignorancia en cuanto al nivel territorial al que se transfiere el problema, el actor que se hace cargo de su trámite y el grado de resolución. Lo anterior reafirma la necesidad de sistematizar la información que entra al sistema de IVC por vías informales.

La fragmentación entre los actores del sistema es reiterada por la asociación entre un actor que responde, por ejemplo la Dirección Departamental de Salud, y el autoreconocimiento de su liderazgo en la captura de los problemas en general.

El alto grado de municipalización de las prácticas de IVC es ilustrado por la asociación entre un conjunto de problemas de identificación y selección de beneficiarios cuyo trámite es asumido por actores locales sin concurrencia de actores de niveles territoriales superiores.

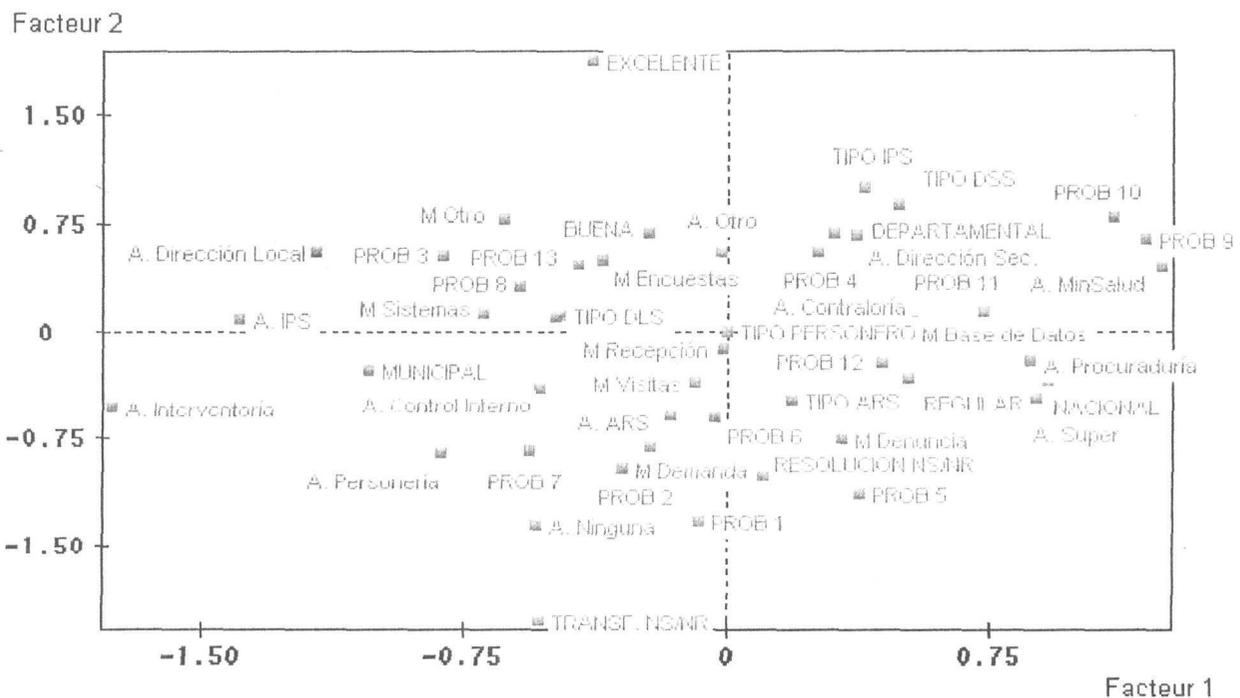
La agremiación de puntos alrededor de un grado de resolución malo reitera la incapacidad del sistema de IVC de hacer respetar los derechos de las personas.



• **Contratación y competencia**

Los mecanismos informales de detección de problemas, tales como la denuncia pública, están asociados a la ignorancia sobre el tramite y grado de resolución de problemas en las relaciones contractuales, como por ejemplo, la violación al principio de competencia entre ARS, presiones políticas en la asignación de contratos en favor de una ARS y contratación de ARS sancionadas con anterioridad.

Las moras de la nación a los departamentos y municipios están asociadas, al igual que las moras de los departamentos y municipios a las ARS, lo que ilustra la irrelevancia del grado de descentralización para explicar las moras.



1.6 CONCLUSIONES

- **El método de evaluación: procesos, usos y significados del control**

Existen dos métodos de evaluación de programas públicos: uno de análisis de procedimientos y otro de procesos reales, usos y relaciones de poder entre actores de la política; a partir del segundo se desarrolla la evaluación del componente de inspección, vigilancia y control con base en un sistema dinámico que indaga las relaciones entre problemas detectados, actores que los capturan, mecanismos de detección, niveles territoriales en que ocurren y a los que se transfieren las anomalías, a determinados actores con el fin de que emprendan prácticas de control que conlleven determinados grados de resolución.

De la aplicación de este método de evaluación se concluye que las bases de datos, los archivos sistematizados y los procedimientos formales de control del sistema no permiten saber la cantidad, intensidad y gravedad de las violaciones a los derechos fundamentales que se presentan en el régimen subsidiado en salud. De la misma manera, una actividad de control que se centra en constatar el respecto a los procedimientos formales no conoce la cantidad de problemas capturados o resueltos por el sistema. Por lo tanto, los sistemas externos de evaluación del control no deben basarse principalmente en la información de los archivos y bases de datos ni en la constatación de procedimientos por los agentes del régimen subsidiado.

- **Las materias evaluadas: los derechos de las personas y el principio de la libre competencia**

El objetivo central del régimen subsidiado en salud debe ser garantizar el derecho de los pobres a la salud, por lo que se indaga por la violación a este derecho mediante el encadenamiento de problemas en la selección, afiliación, carnetización, prestación de servicios y la libre escogencia de las ARS por los beneficiarios. Con el fin de garantizar la extensión de la cobertura de afiliados y la calidad de los servicios recibidos, se implementa un sistema de competencia entre empresas estatales y privadas en el aseguramiento y la prestación de servicios. Las violaciones al principio de la competencia en la contratación de ARS e IPS y los problemas de mora en el flujo de recursos a todo nivel, completan la evaluación del sistema de IVC.

- **La mayor cantidad de problemas: el acceso al sistema y las fallas en la prestación de servicios**

La mayor cantidad de problemas son de acceso al sistema por los beneficiarios, bien sea por la existencia de múltiples afiliaciones o por la tardanza entre afiliación y carnetización de beneficiarios. La atención a los usuarios debidas a deficiencias en la calidad y la oportunidad en la prestación de servicios son el tercer y cuarto problema más frecuente. Analizado el conjunto de problemas posibles de acceso y prestación del servicio, se constata la existencia de falencias en todos los ámbitos, aunque en mayor medida en el acceso al sistema.

- **Actores más dinámicos en la detección de problemas: los afiliados y las direcciones**

locales de salud

Los actores institucionales detectan en mayor medida los problemas de acceso, mientras los actores sociales lo hacen a la calidad y oportunidad en la presentación de servicios.

Los actores institucionales más dinámicos en la detección de problemas son las direcciones locales de salud, seguidas de las personerías y las ARS. Llama la atención la total ausencia de reconocimiento, por los actores departamentales y municipales, de cualquier función a la superintendencia y el ministerio de salud en la detección de las violaciones a los derechos de las personas.

Los actores sociales que más detectan violaciones a los derechos son los propios afiliados al régimen subsidiado, seguidos por las asociaciones de usuarios. El significativo reconocimiento a la función del afiliado en la detección y denuncia de los problemas que lo aquejan indica un proceso de apropiación de derechos por parte de los usuarios. Debe llamarse la atención sobre la mayor efectividad que el mecanismo de la queja, trámite o denuncia *individual* - en casos de violación de derechos- tiene respecto del mecanismo *colectivo* (asociaciones de usuarios, Juntas de Acción Comunal) o *institucional* (veedurías). Difícilmente podría ser de otra manera, debido a que el derecho al aseguramiento es individual y no colectivo o comunitario. Por lo cual en sus inicios, el sistema incentiva más la defensa individual de derechos que la agremiación de los usuarios para este u otros fines.

Considerados todos los actores sociales e institucionales en su capacidad para detectar las violaciones a los derechos de las personas, los afiliados seguidos por las direcciones locales son los que más detectan los problemas más frecuentes. Importa señalar la importancia que los beneficiarios individuales tienen en la defensa de sus propios derechos por encima de todos los demás actores institucionales y las organizaciones sociales. También, se manifiesta el lugar central que las direcciones locales tienen en la detección de las principales violaciones a los derechos fundamentales.

- **Mecanismos de detección de problemas: las quejas y reclamos**

El mecanismo de detección de problemas más eficiente es la recepción de quejas y reclamos, el cual contribuye a capturar la mitad de los problemas que entran al sistema. Le siguen las presiones que el usuario hace en el momento de demandar el servicio y las denuncias públicas. Los tres son recursos legales pero informales. La precariedad de otros mecanismos como las encuestas, los sistemas de información y monitoreo, las visitas inspectivas y las bases de datos de afiliados en la detección de problemas es evidente.

Las condiciones técnicas e institucionales para detectar las violaciones a los derechos de las personas son precarias, por lo cual impera el uso de mecanismos informales. Se concluye que el recurso a los archivos sistematizados en cualquier nivel de gobierno y por cualquier actor público y privado es totalmente insuficiente para conocer la intensidad, cantidad y gravedad de violaciones a los derechos de las personas. De la misma manera, un sistema de control basado en la constatación de procedimientos y requisitos formales por parte de los actores del sistema es incapaz de capturar los problemas reales y prevenirlos.

- **Nivel territorial en el que se detectan los problemas: la primacía del municipio y la ausencia del departamento y la nación**

En todos los casos, el nivel territorial en el que más se detectan problemas, así como el problema más frecuente y los cuatro conjuntos de problemas es el nivel municipal. Se constata un alto grado de municipalización efectiva alcanzado en cuanto a la detección (entrada) de problemas al sistema de inspección, vigilancia y control.

Por otra parte, es significativa la poca importancia del nivel departamental y la insignificante incidencia de la nación en la detección de las violaciones a los derechos de los usuarios del régimen subsidiado en salud.

Los problemas detectados, en su mayoría por el nivel municipal, no se transfieren masivamente al departamento o a la nación para su trámite y solución. Estos datos podrían significar que para los actores públicos y privados que respondieron a la encuesta el municipio puede y debe resolver las violaciones a los derechos fundamentales de los usuarios del régimen subsidiado.

Consideramos conveniente y normal que el municipio sea la entidad que detecte y resuelva la mayoría de los problemas. Pero también es necesario el apoyo del departamento y la nación en la captura y solución de las violaciones a los derechos de las personas. Esto porque una cosa es la municipalización del sistema de inspección, vigilancia y control. Otra, bien distinta, es el funcionamiento descentralizado del sistema. La descentralización en este caso, como en cualquier otro, significa, concurrencia, subsidiariedad y colaboración entre niveles de gobierno en las políticas públicas. El municipio dejado a sí solo no puede intervenir sobre el conjunto de condiciones institucionales, variables normativas y reglamentarias, entornos administrativos y relaciones de poder del régimen subsidiado en salud.

- **Causas de las (no)remisiones de los problemas entre niveles territoriales: la obligatoriedad formal y normativa**

La causa para no remitir a otro nivel territorial la solución de los problemas detectados localmente reside en que los actores sienten que el municipio tiene una obligación formal y normativa de resolver ellos mismos los problemas. Esto nos estaría indicando una apropiación de la descentralización del régimen subsidiado en salud en cuanto a la detección y resolución de los problemas relacionados con la violación de los derechos de los beneficiarios.

La excepción a esta regla la conforman los problemas que por incapacidad técnica local, gravedad del problema o falta de claridad legal sobre la competencia son posiblemente las razones que justifican las remisiones a otros nivel territoriales, causa que exclusivamente se aduce en los casos de presiones indebidas a los usuarios por parte de las ARS.

- **Actores a los que se les transfiere el trámite de los problemas: las direcciones locales de salud**

Las direcciones locales de salud son los actores del control que más tramitan las quejas en cuanto a la violación de derechos. Con un porcentaje tres veces menor se acude a las direcciones departamentales y cinco veces menor a los personeros y las ARS. A la

Superintendencia de Salud se le tramita un volumen insignificante de las violaciones a los derechos de las personas, lo cual indica dos cosas. Primero, la posible ignorancia de la Superintendencia sobre la cantidad, intensidad y gravedad de los problemas que ocurren. Segundo, el grado de municipalización del sistema de inspección, vigilancia y control.

- **Prácticas de control emprendidas para solucionar problemas: la concertación de soluciones**

La práctica de control más popular es la concertación de soluciones entre los actores involucrados en los problemas. En el nivel municipal funciona, para la entrada y la salida de problemas al sistema de IVC, las relaciones personales, inmediatas, informales, las visitas amigables, las llamadas verbales de atención y la concertación de soluciones. Estas prácticas constituyen la característica básica del modelo de gestión de solución a los problemas y no aquellas caracterizadas por la apertura de procedimientos legales, formales o judiciales

La concertación evita la formalización de procedimientos que muchas veces resultan más lentos, costosos e inciertos en sus resultados que las vías amigables y concertadas. Es por ello también, que el nivel municipal evita tramitar problemas a otros niveles territoriales. Sin embargo, la concertación esconde la inexistencia de capacidades coercitivas, que complementarían la búsqueda de soluciones cuando la concertación fracasa o cuando se presenta una demostrada, consciente y reiterada violación de los derechos ciudadanos.

La concertación de soluciones, la informalidad de las relaciones y la precariedad de los sistemas técnicos de información expresan también una debilidad institucional de todos los actores públicos y privados que intervienen en el nivel local, es decir, de las alcaldías, las ARS, los hospitales y, más aún, de las organizaciones de usuarios, las veedurías y las personerías.

- **Grados de solución a las violaciones de los derechos: entre precario, regular y malo**

Los actores entrevistados consideran que el grado de resolución de problemas en general, es entre regular y malo, más que bueno o excelente.

En cambio, para el problema que más se presenta, las múltiples afiliaciones, el grado de resolución es calificado en mayor porcentaje entre bueno y excelentes que regular o malo. A primera vista el resultado parece positivo e invita a preguntarse por las causas de este desempeño. Una razón para ello podría ser que este problema se detecta y se puede solucionar directamente en el municipio, así como también, el uso de bases de datos y sistemas de información y monitoreo que se aplican para la detección de este problema en particular. Sin embargo, para que el resultado sea bueno debiera acercarse en el corto plazo a una resolución del 100% ya que se trata de un problema que se puede resolver con un buen sistema técnico de información y que es una prioridad en la agenda de las entidades nacionales.

En términos generales las capacidades de resolución de problemas por el sistema son precarias, es decir, para todos los subconjuntos de problemas los resultados son calificados con valores mayores entre regulares y malos que excelentes y buenos. Los calificativos: precario, regular y malo, indican el grado creciente de disparidad entre los porcentajes de resolución entre buenos

y excelentes, respecto de aquellos con resultados regulares y malos.

Para el conjunto de problemas en el que se detectan más violaciones a los derechos ciudadanos (afiliación y carnetización) el grado de resolución es *regular*. Este resultado preocupa en la medida en que limita la entrada de los beneficiarios al régimen subsidiado y, cuando entran, limita el acceso a los servicios.

El segundo conjunto de problemas en el que se detectan más cantidad de problemas (prestación de servicios) el grado de resolución alcanzado es calificado de *precario*.

El tercer conjunto de problemas en el que se detectan la mayor cantidad de anomalías (identificación y selección de beneficiarios) el grado de resolución alcanzado es *malo*. Una vez más se confirma la existencia de problemas que limitan la entrada de beneficiarios al régimen subsidiado en salud, para lo cual el sistema de inspección, vigilancia y control, en general, tiene una solución mala.

Para el cuarto conjunto de problemas en el que se detectan menos falencias (presiones indebidas a los afiliados por parte de las ARS) el grado de resolución es *malo*. Este resultado es muy preocupante, confirma lo señalado antes en el sentido en que el municipio no tiene la fuerza para enfrentarse a las ARS que violan los derechos ciudadanos.

- **Grados de resolución de problemas según el actor de control que lo tramita: la eficiencia de los personeros**

La *dirección local de salud*, tramita la mayor cantidad de problemas y tiene un nivel de resolución entre excelente y bueno del 41,97% lo cual no es muy alentador.

La *dirección departamental de salud* presenta un nivel de resolución entre excelente y bueno del 36,81%, inferior al logrado por las DLS, y tramita el 9,47% de los problemas.

El alto volumen de problemas a los que estas entidades deben dar tramite, unido a las labores de dirección pueden explicar en parte estos resultados mediocres originados en la sobrecarga de funciones. Sin embargo, deben considerarse dos causas explicativas adicionales, la primera, ellas son las responsables de implementar gran parte de los procesos de ejecución del régimen subsidiado en el ámbito local y departamental, por lo cual deben controlarse a sí mismas en repetidas ocasiones. Y, la segunda, a la vez incurren en relaciones contractuales con otros agentes privados y públicos, a los cuales posteriormente deben controlar, siendo esta labor interferida por sus propias obligaciones incumplidas hacia ellos. En este sentido, es de esperarse que solo en aquellos casos en que sus obligaciones se encuentren al día con la entidades encargadas de prestar determinado servicio a los afiliados puede llevar a cabo eficientemente labores de IVC o cuando las anomalías a las cuales debe dar tramite ante determinadas entidades no impliquen concurrencia en la responsabilidad contractual de ningún tipo entre ellas. Por último, debe destacarse, que al igual que las instituciones nacionales, la guía de su acción es más hacia el cumplimiento de procedimientos formales que hacia garantizar el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos.

Las ARS obtienen resoluciones excelentes y buenas a los problemas en un 42,34% y tramitan el

en la contratación.

- **Actores que detectan los problemas en la contratación: los personeros y los afiliados al sistema**

El personeros y los afiliados son los actores que en mayor medida se interesan en las presiones indebidas que los beneficiarios reciben por parte de las ARS y las direcciones locales en la afiliación al sistema. En cambio, las instituciones públicas de cualquier nivel territorial y las empresas públicas y privadas que implementan el sistema están más interesadas en los problemas de competencia entre agencias, repartición de contratos y mercados. Es por ello que, al considerar el conjunto de problemas de contratación y competencia, las instituciones, en su orden, las ARS, las DLS y las IPS, contribuyen en mayor medida a su detección en comparación con los afiliados y los personeros.

- **Niveles territoriales que detectan los problemas en los contratos y la competencia: la importancia del municipio, la precariedad del departamento y la ausencia de la nación**

Los actores que respondieron a la encuesta perciben una precaria contribución del departamento y prácticamente una ausencia de las instancias reguladoras del orden nacional y de los organismos de control de cualquier nivel en la detección de problemas en la contratación y la competencia.

- **Mecanismos de detección de los problemas en los contratos: los informales**

A pesar de la existencia de una mayor regulación sobre contratos entre el Estado y las empresas en comparación con los derechos ciudadanos de los pobres, en ambos casos priman mecanismos informales, tales como las quejas y reclamos y las denuncias públicas, como los principales mecanismos de detección de problemas. En cambio, los sistemas de información y monitoreo, las visitas inspectivas, las bases de datos y las encuestas contribuyen poco a la detección de problemas.

Sin duda, los problemas indagados, aunque se presentan de manera generalizada y son sujeto de reconocimiento y regulación, escapan a los mecanismos de detección formales, tales como bases de datos, series estadísticas u otros. Por el contrario, las moras en los flujos de recursos se inscriben directamente en formatos y atraviesan todos los registros y archivos de los diferentes actores del sistema, por lo cual los sistemas de información y monitoreo son los mecanismos más eficaces para detectar estas anomalías.

Una vez más aparece el imperio de la informalidad en las relaciones de poder con sus implicaciones negativas y sus potencialidades. Negativas, por la precaria construcción de reglas de juego estables, públicas y basadas en el principio de la libre e igual competencia entre empresas y respetuosas de los derechos ciudadanos. Las reglas parecen estar sometidas a correlaciones de fuerza entre empresas y con el mundo político, con lo cual la repartición de mercados, de contratos y de afiliados obedecen más a la simbiosis entre empresas y poderes políticos que a la competencia.

Positivas, en la medida en que en ausencia de mecanismos formales de detección se activan los

otros, como las quejas y denuncias públicas. Sin embargo, sobre ellas es difícil documentar y sistematizar las violaciones al principio de la competencia sin documentar los procedimientos mediante los cuales fallan los contratos y la competencia, formalizar las denuncias y eventualmente judicializar las faltas.

- **Niveles territoriales que capturan los problemas en la contratación y la libre competencia: primacía de municipio, ayuda del departamento y ausencia de la nación**

Una vez más el municipio es el ámbito territorial donde se detectan los problemas, en este caso de contratación y competencia, aunque el departamento participa medianamente en este proceso; la nación no aparece cuando las anomalías suceden en el municipio, ámbito natural donde el régimen subsidiado se desarrolla. Por el contrario, aquellos problemas que pueden ser detectados por medios técnicos como son las moras en los pagos o transferencias de los recursos, pueden ser objeto de un mayor seguimiento por el departamento, el cual, vale la pena anotar también participa en el proceso de ejecución de los contratos y por tanto se encuentra interesado en llevar un seguimiento a estos.

- **Transferencia de problemas entre niveles territoriales: la incapacidad del municipio y el llamado al departamento y la nación**

Esta tendencia se profundiza al considerar el conjunto de los problemas de contratación y competencia, los cuales intentan ser resueltos en menor medida en el nivel municipal respecto de la suma de la transferencia de ellos hacia el departamento y la nación.

- **Causas de la remisión de problemas entre niveles territoriales: la debilidad del municipio**

Los problemas son presumiblemente remitidos de manera importante por la carencia de fortaleza institucional del municipio para enfrentarse a las empresas aseguradoras. También, porque el municipio está directamente comprometido en los contratos sobre los cuales surgen inquietudes en su manejo. Ante la confluencia entre la función de contratación y de control por el municipio, los actores locales parecen refugiarse en la remisión de problemas a actores de control no comprometidos en la contratación de las agencias cuestionadas. Este es un ejemplo en el que un marco de regulación plural, es decir, con una pluralidad de mecanismos diferentes para regular materias semejantes, permite a los actores utilizar unas oportunidades de la regulación, contra los inconveniencias de otras.

Para el conjunto de problemas de mora, la intermediación de un tercero de más alto rango y nivel territorial es invocada, debido a la formalidad del problema, la facilidad en la constatación por medios técnicos y a la posibilidad real de sanción mediante la detención de giros sucesivos dentro del sistema donde gran parte de los fondos financieros tienen un flujo vertical.

Además de lo señalado arriba, una hipótesis complementaria sugiere que las empresas aseguradoras y prestadoras de servicios consideran que la dirección local está implicada en las fallas en la contratación y la competencia, debido a que ellas contratan y tienen intereses políticos directos en el sistema y sus problemas, por lo cual acuden a la remisión de problemas

hacia niveles territoriales y agentes estatales diferentes.

- **Actores a los que se les remite el trámite de los problemas y eficiencia en la resolución: muchas remisiones, pocos resultados**

En forma notoriamente diferente a aquellos relacionados con la violación de derechos de los afiliados, los problemas de competencia desleal y ejecución de contratos presentan un mayor nivel de transferencia hacia entidades del orden departamental y nacional, lo cual materializa una búsqueda de subsidiariedad por parte de los actores municipales. Sin embargo, el nivel de resolución satisfactoria de los problemas es, en todos los casos, insuficiente.

- **El sentido de la ignorancia en la resolución de problemas**

En todos los casos es muy relevante el desconocimiento acusado por el actor entrevistado sobre los grados de resolución de los principales problemas y los subconjuntos de problemas, esto se debe a la alta rotación de los responsables del sistema, la interrupción en los flujos de información entre actores de control y niveles territoriales y como consecuencia de las dos anteriores, cada agencia de control responde por las funciones procedimentales asignadas e ignora, en buena medida, las causas y las consecuencias anteriores y posteriores en las que su labor está inmersa.

- **El sistema de inspección, vigilancia y control: ni integral ni inteligente**

Se puede afirmar que no existe un sistema integral de control desde el punto de vista funcional, ni inteligente desde el punto de vista estratégico, porque cada una de sus partes no puede aprender de la otra ni prever acciones y consecuencias sobre los actos anteriores o futuros. El sistema actual posee una ruptura entre una regulación de procedimientos formales y una práctica que escapa a él, tanto en la detección como en la resolución de problemas. Los mecanismos informales de detección y la concertación de soluciones gobiernan las prácticas de inspección, vigilancia y control.

De tal manera, se ampara el principio de la correlación de fuerzas circunstanciales entre actores institucionales públicos y privados de distinto nivel en el gobierno del sistema. En casos de excesos que comprometen la estabilidad y legitimidad del régimen, se acude a sanciones que no modifican la lógica informal del sistema, sino que le señalan límites tolerables.

Pero, en pocos casos, se acude a políticas de prevención y asistencia técnica para modificar de manera estructural las causas de los problemas, siendo que, de tal manera, se generarían reglas de juego estables, conocidas y públicas que restringirían la fusión de intereses empresariales y políticos que gobiernan el régimen subsidiado en salud.



1.7 Recomendaciones de política

1.7.1 Evaluación de derechos a partir de procesos reales

Conclusión

Del estudio se concluye que las bases de datos, los archivos sistematizados y los procedimientos formales de control del sistema no permiten saber la cantidad, intensidad y gravedad de las violaciones a los derechos fundamentales que se presentan en el régimen subsidiado en salud. De la misma manera, una actividad de control que se centra en constatar el respecto a los procedimientos formales no conoce la cantidad de problemas capturados o resueltos por el sistema. Por lo tanto, los sistemas de evaluación del control no deben basarse principalmente en la información de los archivos y bases de datos ni en la constatación de procedimientos por los agentes del régimen subsidiado.

Recomendación

Se recomienda adoptar evaluaciones sistemáticas sobre los *procesos reales* de control en el sistema, es decir, sobre los usos que diferentes actores con intereses y relaciones de poder hacen. Para el efecto se deben adoptar metodologías dinámicas de captura, análisis e interpretación del funcionamiento de la inspección, vigilancia y control.

Particular atención debe prestarse a la necesidad de sistematizar los *mecanismos informales*, que actualmente son utilizados para capturar y tramitar las violaciones a los derechos de las personas, mediante archivos y bases de datos.

Por otra parte, analizar las relaciones reales entre diferentes niveles de gobierno con el fin de evaluar la concurrencia, subsidiariedad y coordinación, es decir, el modelo real y *la eficacia de la descentralización del control* a las violaciones a los derechos en el régimen subsidiado.

De la misma manera, se deben analizar los procesos reales mediante los cuales se relacionan diferentes instituciones públicas con el fin de *evaluar la coordinación interinstitucional* al interior del Estado, debido a que las diferencias de propósitos, funciones y actuaciones entre agencias estatales incide sobre la calidad, pertinencia y eficacia de las acciones de control, vigencia y respecto de los derechos.

Por último, realizar un seguimiento sistemático a las *relaciones entre agencias estatales, empresas privadas y actores sociales* alrededor de la generación, captura y trámite de los problemas de control, en la medida en que este es compartido entre el Estado y la sociedad.

1.7.2 Sistematizar la informalidad

Conclusión

El mecanismo de detección de problemas más eficiente es la recepción de quejas y reclamos, el cual contribuye a capturar la mitad de los problemas que entran al sistema. Le siguen las presiones que el usuario hace en el momento de demandar el servicio y las denuncias públicas. Los tres son recursos legales pero informales. La precariedad de otros mecanismos como las encuestas, los sistemas de información y monitoreo, las visitas inspectivas y las bases de datos de afiliados en la detección de problemas es evidente.

Las condiciones técnicas e institucionales para detectar las violaciones a los derechos de las personas son precarias, por lo cual impera el uso de mecanismos informales. Se concluye que el recurso a los archivos sistematizados en cualquier nivel de gobierno y por cualquier actor público y privado es totalmente insuficiente para conocer la intensidad, cantidad y gravedad de violaciones a los derechos de las personas. De la misma manera, un sistema de control basado en la constatación de procedimientos y requisitos formales por parte de los actores del sistema es incapaz de capturar los problemas reales y prevenirlos.

Recomendación

Teniendo en cuenta que en la captura y resolución de problemas de inspección, vigilancia y control, los mecanismos más utilizados son informales y que ellos no permiten conocer de manera verás la intensidad y gravedad de los problemas ni dan garantía de un adecuado grado de resolución de las demandas, se recomienda emprender un gran esfuerzo de sistematización formal de las prácticas aleatorias, circunstanciales y precarias que gobiernan el sistema.

1.7.3 De la municipalización a la descentralización

Conclusión

En todos los casos, el nivel territorial en el que más se detectan problemas, así como el problema más frecuente y los cuatro conjuntos de problemas es el nivel municipal. Se constata un alto grado de municipalización efectiva alcanzado en cuanto a la detección (entrada) de problemas al sistema de inspección, vigilancia y control.

Por otra parte, es significativa la poca importancia del nivel departamental y la insignificante incidencia de la nación en la detección de las violaciones a los derechos de los usuarios del régimen subsidiado en salud.

Los problemas detectados, en su mayoría por el nivel municipal, no se transfieren masivamente al departamento o a la nación para su trámite y solución. Estos datos podrían significar que para los actores públicos y privados que respondieron a la encuesta el municipio puede y debe resolver las violaciones a los derechos fundamentales de los usuarios del régimen subsidiado.

Consideramos conveniente y normal que el municipio sea la entidad que detecte y resuelva la mayoría de los problemas. Pero también es necesario el apoyo del departamento y la nación en la captura y solución de las violaciones a los derechos de las personas. Esto porque una cosa es la municipalización del sistema de inspección, vigilancia y control. Otra, bien distinta, es el funcionamiento descentralizado del sistema. La descentralización en este caso, como en cualquier otro, significa, concurrencia, subsidiariedad y colaboración entre niveles de gobierno en las políticas públicas. El municipio dejado a sí solo no puede intervenir sobre el conjunto de condiciones institucionales, variables normativas y reglamentarias, entornos administrativos y relaciones de poder del régimen subsidiado en salud.

Recomendación

Teniendo en cuenta que el nivel municipal y en él las direcciones locales de salud es el nivel territorial y el actor institucional que más captura y tramita los problemas de violación de derechos y de contratación y competencia entre ARS, se recomienda fortalecerles el desarrollo tecnológico, institucional y político para las labores de inspección, vigilancia y control.

En particular, la captura y trámite de las violaciones a los derechos de las personas en la afiliación, carnetización y prestación de servicios deben ser sujetos de una mayor municipalización, en el sentido de fortalecer las capacidades del municipio para aumentar los grados de resolución de estos problemas. Teniendo en cuenta la inoperancia del nivel nacional para detectar y dar trámite a los problemas de violación de derechos de los beneficiarios, se apoya la propuesta de aquellos que opinan que se debe descentralizar de manera más amplia las funciones de control en el régimen subsidiado en salud, incluyendo, para algunos, a la Superintendencia de Salud o sus funciones. Ello no niega la necesidad del apoyo del departamento y la nación en este sentido, básicamente para los casos de las presiones indebidas de las ARS sobre los usuarios, que son remitidos de manera significativa por los municipios al departamento y la nación.

En cuanto a los problemas en la contratación y la competencia entre ARS es claro el llamado que los municipios hacen al nivel departamental y nacional para socorrerlo en tareas que él considera difíciles de tramitar y más aún de resolver satisfactoriamente. En consecuencia, se reclama una mayor competencia, efectividad y presencia del departamento y la nación en este sentido.

1.7.4 Del control burocrático e individual a la socialización del sistema

Conclusión

Cada actor institucional y social detecta y tramita violaciones a los derechos de las personas diferentes, los problemas de acceso son prioridad para los actores institucionales y los de calidad y oportunidad para los actores sociales. Las instituciones públicas y privadas de cualquier nivel territorial están más interesadas en problemas de competencia entre agencias, repartición de contratos y mercados, mientras que los actores sociales y el personero se interesan más en las presiones indebidas que los beneficiarios reciben por parte de las ARS y las direcciones locales en la afiliación y permanencia en el sistema.

Recomendación

La reforma al régimen subsidiado en salud debe ser consecuente con este resultado dotando de mayor poder de información, sistematización y capacidad de gestión a los actores sociales respecto de los problemas de calidad y oportunidad de los servicios, a la vez que debe generar mecanismos de evaluación, sanción y estímulo a los actores institucionales locales para detectar las fallas en la calidad y oportunidad de los servicios. En particular es necesario tender puentes más efectivos entre los afiliados -como principal agente que detecta problemas en general y en particular de calidad y oportunidad en la prestación de servicios- con los actores institucionales encargados de tramitar la solución de estas falencias.

Por otra parte, los actores sociales deben tener mayor poder de resistencia para la defensa de los derechos de afiliación y estabilidad en el sistema. También es necesario fortalecer la capacidad de interlocución de los afiliados, sus organizaciones y representantes en la administración pública local ante niveles territoriales superiores y agencias de control para los casos en que las instituciones locales estén implicadas en la violación a los derechos de los afiliados.

En la medida en que los afiliados son, entre todos los actores sociales e institucionales que participan en el régimen subsidiado en salud, los que más detectan las violaciones a los derechos de las personas, es necesario reconocer dicho protagonismo. Se recomienda incorporar a los afiliados dentro de los esquemas regulares de evaluación de desempeño de los actores del sistema y dotarlos de facultades, instrumentos, recursos y poder para realizar dichas evaluaciones.

Por último, es necesaria una política más agresiva de estímulo a la agremiación de los afiliados de manera independiente de toda entidad pública o privada, es decir, no subordinada ni a la voluntad de las direcciones locales, las ARS o los hospitales, es un mecanismo promisorio para hacer respetar los derechos de los afiliados. Si bien, el derecho a la afiliación es por núcleo familiar e individual y las personas cumplen el papel más importante en la detección de anomalías, la agremiación de afiliados tiene la ventaja de fortalecer las capacidades de



denuncia, trámite, gestión de soluciones y una eventual representación de beneficiarios en las políticas de salud local que les competen.

1.7.5 De la atomización de los agentes del control a la autoregulación integral del sistema

Conclusión

Se puede afirmar que no existe un sistema integral de control desde el punto de vista funcional, ni inteligente desde el punto de vista estratégico, porque cada una de sus partes no puede aprender de la otra ni prever acciones y consecuencias sobre los actos anteriores o futuros. El sistema actual posee una ruptura entre una regulación de procedimientos formales y una práctica que escapa a él, tanto en la detección como en la resolución de problemas. Los mecanismos informales de detección y la concertación de soluciones gobiernan las prácticas de inspección, vigilancia y control.

De tal manera, se ampara el principio de la correlación de fuerzas circunstanciales entre actores institucionales públicos y privados de distinto nivel en el gobierno del sistema. En casos de excesos que comprometen la estabilidad y legitimidad del régimen, se acude a sanciones que no modifican la lógica informal del sistema, sino que le señalan límites tolerables.

Pero, en pocos casos, se acude a políticas de prevención y asistencia técnica para modificar de manera estructural las causas de los problemas, siendo que, de tal manera, se generarían reglas de juego estables, conocidas y públicas que restringirían la fusión de intereses empresariales y políticos que gobiernan el régimen subsidiado en salud.

Recomendación

Un sistema integral de inspección, vigilancia y control para ser efectivo debe poseer una estructura de relaciones de información horizontal y vertical que permita detectar y resolver los problemas que se le presenten, en el que opere la subsidiariedad y que sea capaz de producir el análisis sobre las causas estructurales de los problemas para, sobre la marcha, autoregularse, es decir, producir los correctivos estratégicos en términos de prevención de problemas, modificación de procesos, funciones y estructuras y fortalecimiento de los actores que en él concurren.

La implementación de dicho sistema requiere primero, emprender un gran esfuerzo de sistematización, - mediante bases de datos y con indicadores de desempeño -, de la frecuencia y gravedad de los problemas capturados mediante las quejas y reclamos y los otros mecanismos informales. Esta información sumada a las bases de datos técnicos, conformarían la principal fuente de información objetiva con base en la cual se evalúen los actores del sistema y se

formulen los correctivos a tomar.

Segundo, socializar el ejercicio de control, es decir, incorporar a los beneficiarios, sus organizaciones y representantes en los procesos de evaluación de desempeño de las entidades y del sistema local de salud, es decir, de las políticas de prevención y promoción, así como de la calidad y oportunidad en la prestación de servicios. La evaluación participativa de desempeño debe darse en escenarios públicos, así como difundir ampliamente sus resultados.

Tercero, utilizar la base de datos sobre el funcionamiento del sistema, -en particular en cuanto a la realización de los derechos de las personas- y la evaluación participativa, como ingredientes de presión pública, de evaluación del desempeño del régimen subsidiado y sus agentes y, como información imprescindible para la introducción de ajustes normativos y de procedimiento en todos los niveles territoriales. En general, la información de las diferentes fuentes formales y participativas, debe ser de acceso público.

En este escenario, la informalidad que caracteriza el gobierno del sistema debe ser reconocida, valorada y regulada para que a partir de convertirse en una práctica pública, se socialice el control, se tejan lazos entre los actores institucionales y sociales y se fortalezca el poder de los usuarios y sus representantes frente al sistema de salud.

La concertación de soluciones de los problemas detectados debe ser pública, argumentada e involucrar a todas las partes afectadas y no una transacción a escondidas entre actores que pactan el menor costo social y las mayores ganancias privadas a expensas del interés público. De tal forma que la concertación no profundice la precariedad institucional, la carencia de poder de las direcciones locales de salud, legitime las componendas y relaciones clientelistas, la poca rutinización de procedimientos en derecho y una fragilidad de los derechos de los beneficiarios.



Segundo, socializar el ejercicio de control, es decir, incorporar a los beneficiarios, sus organizaciones y representantes en los procesos de evaluación de desempeño de las entidades y del sistema local de salud, es decir, de las políticas de prevención y promoción, así como de la calidad y oportunidad en la prestación de servicios. La evaluación participativa de desempeño debe darse en escenarios públicos, así como difundir ampliamente sus resultados.

Tercero, utilizar la base de datos sobre el funcionamiento del sistema, -en particular en cuanto a la realización de los derechos de las personas- y la evaluación participativa, como ingredientes de presión pública, de evaluación del desempeño del régimen subsidiado y sus agentes y, como información imprescindible para la introducción de ajustes normativos y de procedimiento en todos los niveles territoriales. En general, la información de las diferentes fuentes formales y participativas, debe ser de acceso público.

En este escenario, la informalidad que caracteriza el gobierno del sistema debe ser reconocida, valorada y regulada para que a partir de convertirse en una práctica pública, se socialice el control, se tejan lazos entre los actores institucionales y sociales y se fortalezca el poder de los usuarios y sus representantes frente al sistema de salud.

La concertación de soluciones de los problemas detectados debe ser pública, argumentada e involucrar a todas las partes afectadas y no una transacción a escondidas entre actores que pactan el menor costo social y las mayores ganancias privadas a expensas del interés público. De tal forma que la concertación no profundice la precariedad institucional, la carencia de poder de las direcciones locales de salud, legitime las componendas y relaciones clientelistas, la poca rutinización de procedimientos en derecho y una fragilidad de los derechos de los beneficiarios.

MATRIZ DE INCIDENCIAS DE RECOMENDACIONES IVC SOBRE OTROS OBJETIVOS							
	1- FLUJOS FINANCIEROS	2- ANALISIS FINANCIERO	3- PERFIL ARS	4- CONTRATAACION DLS-ARS	5- CONTRATAACION ARS-IPS	6. SISBEN	7- IVC-CS
1- FLUJOS FINANCIEROS	1						
2- ANALISIS FINANCIERO		2					
3- PERFIL ARS			3				
4- CONTRATAACION DLS-ARS				4			
5- CONTRATAACION ARS-IPS					5		
6- SISBEN						6	
7- IVC-CS	30.4,30.5, 30.6			30.1,30.2, 30.3, 30.4, 30.5, 30.6	30.1, 30.2, 30.3, 30.4, 30.5, 30.6, 30.7	30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6,	7

AJUSTES INSTITUCIONALES A PARTIR DE LAS RECOMENDACIONES	
DLS	30.2, 30.3, 30.5, 30.6 (C)
DSS	30.3, 30.4, 30.5, 30.6 (C)
ARS	30.6 (C)
IPS	30.6 (C)
PERSONERO	30.1, 30.6(C)
DNP	30.6 (C)
MINHACIENDA	30.6 (C)
MINSALUD	30.1, 30.2, 30.3, 30.4, 30.5, 30.6 (B, D)
SUPERSALUD	30.3, 30.4, 30.5, 30.6 (C, G)
COPACOS	30.1 (C, E)
FLS	30.6 (C)
CNSS	30.1, 30.2, 30.3, 30.4, 30.5, 30.6 (A)
CMSS	30.3, 30.5, 30.6 (C, E)
CONTRALORIA	30.4, 30.6 (C)

Acuerdo A

Decreto B

Proceso C

Ley D

Ajuste Administrativo E

Creación Organismo F

Circular G

Conpes H

II. CONTROL SOCIAL

Decsy Astrid Arévalo- Investigadora Universidad Nacional

En períodos recientes la participación comunitaria ha recibido un decidido apoyo, en especial por el llamado a constituir un elemento central en los programas sociales, las políticas públicas y los modelos de desarrollo. No obstante, este impulso no ha estado al margen del debate en torno a cómo se puede entender la participación de la comunidad en los asuntos públicos y a cuál sería el objetivo último de esa participación.

Dos puntos de vista resultan ilustrativos del debate. De una parte, la participación se refiere a una expresión de la democracia política y de manera directa a su vinculación con los procesos de desarrollo y de cambio social. Bajo esta consideración, los gobiernos pueden intervenir en el desenvolvimiento socio-económico integrando a la población en los procesos de planificación y en la ejecución de programas. Otro enfoque sostiene que las prácticas participativas tienen origen en las formas autónomas de organización comunitaria, que son distintas a las promovidas por los organismos gubernamentales y que en la mayoría de las ocasiones actúa en contravía de ellas. Desde esta última visión se considera que la otra perspectiva afirmarí una participación predeterminada y expresada únicamente en la formalidad, es decir, se trataría de un aporte negociable y no una verdadera inserción de la comunidad. Por ello insisten en que la participación que nace de la misma comunidad resulta más activa y por tanto más eficaz.⁵

Los gobiernos colombianos le han imputado tres tareas a la participación comunitaria: a) "buscar la reconciliación nacional y la puesta en práctica de mecanismos que den lugar a una relación armónica y duradera entre el Estado y la población, así como entre los diversos sectores que conforman la sociedad"⁶; b) "instrumento primordial de la vida administrativa, de la acción de la justicia, de la gestión y modernización del estado, de la vida socioeconómica"⁷; y c) "es importante la asociación de las personas para acceder a la oferta de bienes del Estado, constituir la base de convivencia indispensable para el logro de los objetivos de desarrollo y garantizar la oportunidad para que los ciudadanos desarrollen acciones conjuntas con el Estado"⁸. En esta dirección, la participación comunitaria podría considerarse como "un instrumento de política pública para lograr un desarrollo armónico de la sociedad"⁹

⁵. Yezid Campos. Elementos para una participación comunitaria. Fescol. Bogotá.

⁶. Decreto No.2707 de 1993, Citado por Reunirse, *op. cit.* pág.9

⁷. Jorge M. Eatsman. "La participación y el dilema del prisionero", en Manual para participar en el desarrollo institucional. Tomo 4, Participación en la vida socioeconómica y el desarrollo colectivo. Consejería Presidencial Para el Desarrollo Institucional. Bogotá, 1996

⁸. Reunirse, *op. cit.*, pág.19

⁹. Eatsman, *op. cit.* pág.3

Dentro de esta concepción el control social que se promueve se entiende como una "forma de participación que le permite a la gente determinar las condiciones en que se desarrolla la gestión pública (...) de esta forma el control social contribuye a elevar los niveles de eficiencia, eficacia, impacto y transparencia de la gestión pública".¹⁰

A partir de los criterios directrices fijados en el presente proyecto, la participación comunitaria en el ejercicio del control resulta fundamental no sólo para la transparencia de la gestión pública sino también para la construcción de tejido social y el fortalecimiento de la democracia. La integración de los ciudadanos a través de los mecanismos de participación y control social, permite que cada persona se reconozca como ciudadano y en esa medida comprenda sus derechos y sus deberes. De allí que la población podrá generar nuevos compromisos para contribuir al desenvolvimiento del sistema.

En este capítulo se realizará una mirada a la dinámica que ha seguido el control social en el ramo de la salud. Una primera sección se ocupará de presentar algunos de los elementos que permitieron la institucionalización de este tipo de control; en segundo lugar se hará una revisión de la estructura de la participación comunitaria y el control social; como tercer tema se comentarán algunos elementos que podrían dar lugar al fortalecimiento del control social.

2.1 INSTITUCIONALIZACION DE LA PARTICIPACIÓN Y EL CONTROL SOCIAL

Con la Constitución de 1991 el Estado colombiano se definió como democrático y participativo, en esta dirección los artículos 40, 103 y 270 se refieren a la obligación de promover la organización comunitaria. Esta Carta ha sido considerada como el punto de encuentro de distintas tendencias que propendían por el fortalecimiento de la participación de la sociedad; de una parte, se manifestaba el impulso de las comunidades y de las organizaciones no gubernamentales, y de otra, diferentes instituciones estatales abrían espacios para la integración con la comunidad

En la esfera del Estado la intención de vincular la población a los propósitos de desarrollo se encuentra desde finales de los años cincuenta; pero es a partir de los años setenta cuando se establece como uno de los objetivos gubernamentales. Así, en el plan de las cuatro estrategias se afirma que es preciso integrar los movimientos comunitarios, campesinos, cooperativos y sindicales en un conjunto de medidas que permitan lograr un mayor bienestar "entendido no solo como prestación de servicios básicos sino también como acceso de los grupos populares a la estructura de poder y a la estructura económica a través de su participación en el ingreso nacional".¹¹ Esta misma idea fue presentada en los programas sociales específicos (alimentación y nutrición, salud y saneamiento ambiental, integración de

¹⁰. Veeduría Distrital. *Guías para el control social*. Bogotá, s.f.

¹¹. Departamento nacional de Planeación. Plan de Desarrollo Las cuatro Estrategias", citado por Nicolas B. Esguerra. "Los programas gubernamentales y la participación comunitaria en la Colombia actual. Un modelo de análisis", en *Participación comunitaria y cambio social en Colombia*. Memorias del seminario nacional sobre participación comunitaria. Villa de Leyva, 1986. DNP-Unicef-Cinep-ACS.

servicios y participación comunitaria en zonas marginales urbanas, entre otros) del Plan para cerrar la brecha y en los planes de desarrollo posteriores. Parejo a esta intención, en las entidades estatales se crean mecanismos que permiten los vínculos con la comunidad.

Al revisar los antecedentes de la experiencia en la participación comunitaria se encuentra que uno de los más importantes pasos en el camino de su articulación con los cambios estatales fue la creación de las Juntas de Acción Comunal, llevada a cabo en 1958 con la puesta en marcha del Frente Nacional. Estas organizaciones comunitarias se entendían como un eslabón mediador de las relaciones entre el Estado y la sociedad a través del cual se pudiera contar con recursos para las comunidades, los cuales sin embargo fueron mediados por los partidos tradicionales, situación que le restó autonomía a la participación comunitaria¹².

Desde la década del setenta los movimientos sociales, no partidistas ni gremiales, asociaban sus reclamaciones al Estado con una exigencia de participación en las políticas sociales. "Los pliegos de las marchas, tomas y paros exigían participación social en las decisiones de programas y proyectos, la administración de empresas y funciones públicas, la concertación de planes de desarrollo locales de los diferentes sectores de política pública e, ingerencia en la orientación sobre a asignación y manejo de los recursos. La recomposición del movimiento social superaba entonces la reivindicación de beneficios al Estado para exigir la concertación y cogestión de políticas de interés colectivo"¹³

Un nuevo impulso a la conformación de procesos organizativos provino de los programas de lucha contra la pobreza. Dentro de estos enfoques se propone "un ataque frontal a la pobreza mediante la movilización del entusiasmo y la acción popular"¹⁴. En esta dirección se promueve en primera instancia la organización comunitaria para la autogestión, la cooperación y el control en la provisión de servicios públicos.

La más reciente intervención estatal en el fortalecimiento de la participación comunitaria se puede comprender a la luz de tres modalidades seguidas por el Estado: a) apertura de los espacios políticos, que comprende la elección popular de alcaldes y creación de las Juntas Administradoras Locales; b) programas estatales específicos como DRI, PNR y Red de Solidaridad y; c) relaciones con el mercado.

2.1.1 Apertura de espacios políticos

La reforma constitucional de 1986 introdujo la descentralización política administrativa como un criterio de organización del Estado. Dentro de la primera iniciativa se inscribe la elección

¹². Dario Restrepo. El cáliz de la participación. Relaciones Estado sociedad civil en el campo social. Una reflexión desde el caso colombiano. Bogotá, 1995

¹³. *Ibíd.*, pág. 3

¹⁴. Mary Racelis. "Movilizando a la población para el desarrollo social. Enfoques y técnicas para la participación popular", en Bernardo Klisberg (comp.). *Pobreza un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial.* CLAD-FCE-PNUD, México, 1993

popular de alcaldes, en donde la ingerencia directa de la comunidad en la determinación de las autoridades locales se convierte en un instrumento regulador de las relaciones entre el Estado y los poderes locales. En esta dirección se lograría una mayor presencia estatal en regiones en donde antes estaría ausente, por ello esta figura política permitiría: i) institucionalizar el conflicto político y armado; ii) ampliar el espectro político más allá del bipartidismo; iii) ensanchar las posibilidades de participación a formas no tradicionalmente partidistas; iv) provocar cambios en el comportamiento electoral para superar a abstención.¹⁵

Las Juntas Administradoras Locales se crearon como subdivisiones administrativas de los municipios, con funciones consultivas en el presupuesto y de vigilancia en la prestación de los servicios públicos; sin embargo, la Constitución de 1991 les atribuyó un papel más importante en la formulación de planes y programas, el control de las inversión con recursos públicos y la distribución del presupuesto. Esta extensión de funciones abre el espacio para que las JAL no sólo cumplan un papel administrativo, sino también les da herramientas para una actuación política¹⁶.

2.1.2 Programas estatales específicos

El Plan de Desarrollo Rural Integrado –DRI- desde su inicio, en la administración López Michelsen, tenía prevista la participación comunitaria, toda vez que los planes de asistencia técnica, las propuestas de organización para el mercadeo de productos y la dotación de servicios de salud y educación así lo requería. Bajo estas circunstancias se crearon los comités veredales de beneficiarios, los cuales quedaron insertos en una estructura piramidal que cubría los ámbitos departamental, regional y nacional. Estos comités participaron en la determinación de las necesidades y potencialidades de la comunidad, la elaboración de un plan de prioridades, ayudaron en la ejecución de programa y en la organización de los usuarios.¹⁷

El Plan Nacional de Rehabilitación –PNR- propone una forma e inserción de la participación de la comunidad a través de los Consejos de Rehabilitación; allí las funciones de la comunidad eran las de canalizar las demandas de la población, difundir y ambientar las políticas, ayudar al establecimiento de las prioridades del plan, identificar y proponer las obras para ser ejecutadas con la participación de las comunidad, colaborar en la organización comunitaria cuando ésta fuera ejecutora de las obras y ejercer la veeduría ciudadana en las contrataciones¹⁸. A partir de esta articulación de la comunidad al Plan se esperaba una eficaz intervención del gobierno en la zonas de violencia, toda vez que una mayor presencia estatal

¹⁵. Doris Ochoa y Darío Restrepo. "El estado del arte de la descentralización política y de la oferta pública de participación ciudadana comunitaria", en *Diez años de descentralización. Resultados y perspectivas*. Fescol, Bogotá, 1994, págs. 132 y ss

¹⁶. *Ibíd.* Págs. 138 y ss.

¹⁷. *Ibíd.* Págs. 144 y ss.

¹⁸. *Ibíd.* Págs. 128 y ss.

a través de inversión física se interpretaba como la disminución de las zonas de influencia de la guerrilla.

Por su parte, el trabajo de la Red de Solidaridad se orientó a la lucha contra a pobreza, a partir de la articulación de distintas ofertas de política social. Para su operación configuró una estrategia de control social para permitir la expresión de la comunidad en los campos de participación, negociación y concertación y en el desarrollo de acciones dirigidas al fortalecimiento de la capacidad de interlocución de los ciudadanos con el Estado.¹⁹ En esa dirección se establecieron mesas de solidaridad, comités técnicos sectoriales, veedurías ciudadanas y asambleas de beneficiarios.

2.1.3 Relaciones con el mercado

Las reformas del Estado adelantadas en los últimos veinte años con la intención disminuir del gasto público y alcanzar su mayor eficiencia, han conducido a privilegiar la estrategia de mercado como la mejor forma de asignar recursos. En este escenario la participación comunitaria podría contribuir a la reducción de los gastos públicos, en tanto los individuos o las comunidades se convierten en socios del Estado y cooperan en la financiación de los costos en los cuales se debe incurrir para la satisfacción de las necesidades de la comunidad. Tal articulación tiene como medio privilegiado la formulación y ejecución de proyectos, pues se entiende que con el control social se contribuye a elevar los niveles de eficiencia, eficacia, impacto y transparencia de la gestión pública²⁰. De otra parte, si los bienes que satisfacen las necesidades son transados en el mercado, el sistema de precios permitiría que los individuos estuvieran mejor informados y que en defensa de sus intereses como consumidores ejercieran control sobre los oferentes.

En la Constitución de 1991 se estableció que el Estado sería garante de la participación de las organizaciones de consumidores y usuarios en el estudio de las disposiciones que les conciernen. Estas asociaciones cuyos antecedentes legales proceden de la década de los ochenta, tienen como misión garantizar la protección, la información, la educación, la representación y el respeto de los derechos de los consumidores de bienes y servicios. Con esta premisa, el proceso de desregulación estatal en la década de los noventa tuvo como contrapartida el fortalecimiento de este tipo de asociaciones, en donde las de mayor impacto han sido las de servicios públicos domiciliarios.

¹⁹. Beatriz Acevedo. El control social y la participación ciudadana n las relaciones sociedad Estado. Un modelo para armar. Reunirse, Bogotá, 1998

²⁰. Veeduría Distrital. *Gestión pública y control*, sf.

2.2 ESTRUCTURA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y EL CONTROL SOCIAL EN SALUD

Entre los antecedentes nacionales en la institucionalización de la participación comunitaria en salud está su promoción para la puesta en marcha de programas de control epidemiológico o de inmunización planteados por el Ministerio de Salud en los años sesenta, con el objetivo de crear un espacio para la organización de comités de salud orientados a responder a problemas de orden coyuntural. A principios de los ochenta se establece el Plan de participación de la comunidad en atención primaria de salud. Para ello se configuraron comités comunales de salud para participar en la planeación y acciones de atención primaria y de prestación de servicios de salud. En 1984 se promueve el autocuidado y con ello se vinculan otras organizaciones comunitarias con el propósito de fomentar ese tipo de conductas²¹.

Con las transformaciones que se produjeron a partir de la descentralización salud, la promulgación del Estado social de derecho, plasmado en la Constitución de 1991, y la Ley 100 de 1993, se redefine la relación Estado-sociedad en el campo de la salud. Una mirada sobre estos cambios debe partir de observar cuál ha sido el modelo propuesto por el Estado y continuar con los avances que hasta el momento ha tenido este nuevo esquema en su aplicación.

2.2.1 ENFOQUE ESTATAL DEL CONTROL SOCIAL

La manera como se ha estructurado la participación y el control social en salud está en perfecta correspondencia con las orientaciones que se le han dado al sistema de salud. En las modificaciones recientes al sistema de salud ha prevalecido la visión de mercado que ha orientado las transformaciones del estatales. La preocupación por el ajuste en las finanzas públicas, la presión de demanda por políticas sociales y la confianza en la mayor eficiencia del sector privado frente al público estuvieron presentes en las propuestas de los legisladores que transformaron el sistema de salud. La apertura del sistema de aseguramiento en salud al sector privado, la creación de los subsidios a la demanda y la aplicación de la técnica de focalización constituyeron las estrategias de reforma; con ello se considera que el sistema de salud puede operar como un mercado tradicional, en el cual a los demandantes con menor capacidad de pago se les puede asignar recursos para que accedan a los servicios. En esta misma perspectiva, la ampliación de la competencia en el mercado asegurador mejoraría la calidad en la oferta de aseguramiento, pero también en la de servicios de salud.

Con esta dirección se produce un cambio importante en las condiciones de demanda de políticas públicas en general y servicios de salud en particular, puesto que las presiones para acceder a tales políticas son filtradas por la aplicación de mecanismos de mercado. Para tener derecho a los servicios de salud se debe contar con un carné de aseguramiento, en el caso de la población de bajos ingresos ese derecho se obtiene a través del reconocimiento de

²¹. Ministerio de Salud. *Políticas de participación social en salud*. Bogotá, 1997

una limitación presupuestal para acceder; de ahí que las posibilidades de contar con atención en salud dependen exclusivamente de variables como ingreso y precios.

Sin embargo, los legisladores parecen aceptar que se trata de un mercado imperfecto y por ello se precisan mecanismos de regulación.

A partir de una visión defensora de los mecanismos de mercado se afirma que dentro de la lógica de funcionamiento de un mercado imperfecto debe tenerse en cuenta el carácter incierto del ambiente en que se toman las decisiones. La incertidumbre ilustra una falta de información sobre el futuro, sobre el comportamiento de los individuos y sobre sus preferencias, esta condición conduce a que cada uno manipule la información de la cual dispone, con lo que obtiene una fuente de poder en la negociación. En el caso de los servicios de salud la incertidumbre y la asimetría de la información son características casi evidentes; en términos de la disponibilidad de información desde la perspectiva del individuo se desconocería la totalidad de la oferta de servicios, sus calidades y sus precios, así como los elementos técnicos (tratamiento más adecuado); desde el punto de vista de las entidades prestatarias de los servicios no se conoce completamente las condiciones de salud y de hábitat del individuo²². En estas condiciones el funcionamiento del sistema resulta ineficiente.

Desde otra perspectiva teórica se entiende que las limitaciones dependen más de la lógica de los actores que de la falta de información. Así la búsqueda de beneficio por parte de los empresarios conduce al establecimiento de redes que desbordan el ámbito económico, pues están ligados a la construcción social de las instituciones y al régimen de acumulación²³. De esta manera la relación entre los distintos agentes no es necesariamente el de la competencia sino que puede dar lugar a la repartición del mercado o la lucha por el control monopólico, o simplemente la formación de una estructura de mercado en la que la empresa dominante lleva la iniciativa en materia de precios, innovaciones y distribución, convirtiéndose en un punto de referencia para las demás entidades.

Sin embargo, siguiendo el enfoque de mercado el gobierno ha establecido diferentes formas de control orientadas a regular el funcionamiento del mercado y combatir la corrupción, y es entre ellas que se encuentran la promoción de la participación social y el ejercicio del control por parte de la comunidad. En la concepción de este sistema la comunidad se asimila al conjunto de individuos o competidores por los recursos y beneficios de las políticas públicas, realizadas mediante la asignación de presupuestos focalizados y los subsidios a la población²⁴. Igualmente, como la prestación de servicios de salud se pretende sostener en

²² . Sophie Béjean. *Economie du système de santé. Du marché á l'organisation*. Economica, Paris, 1994. Página 166 y ss. En el caso de los seguros de salud los problemas derivados de la asimetría de información: riesgo moral y selección adversa corresponderían a los comportamientos de las dos partes; la condición de riesgo moral se puede observar en el desconocimiento que tiene la aseguradora sobre el comportamiento de prevención y autoprotección que mantiene el asegurado, pero la aseguradora puede generar decisiones bajo selección adversa cuando oculta información sobre los verdaderos costos o calidades de los servicios

²³ . Mark Granovetter. *Les institutions conventions*. Paris, PUF, 1994.

²⁴ . Dario Restrepo. "Eslabones y precipicios entre participación y democracia", en *Cuadernos de economía* No.28.

un sistema de mercado equiparable al de cualquier otro bien, los demandantes del producto deben tener alguna injerencia en el funcionamiento de dicho mercado.

2.2.2 PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Con la nueva orientación del sistema de salud, el primer mecanismo de participación se establece con el Decreto 1216 de 1989 que crea los comités de participación comunitaria (Copacos) como una respuesta a los principios de la descentralización. Sin embargo es con la Ley 10 de 1990 con la que se amplía la esfera de participación y se brinda a la comunidad la oportunidad de participar en las juntas directivas de los organismos de salud conformados como establecimientos públicos. Luego, con el decreto 1416 de 1990 se avanza, con respecto al 1216/89, al incorporar en la conformación de los Copacos al jefe de la dirección de salud municipal o departamental y al sector educativo.

Por medio del decreto 1416/90 se creó una estructura piramidal de la participación comunitaria teniendo como eje los organismos de prestación de servicios. Con este decreto los individuos podrían hacer uso de la participación comunitaria a través de la conformación de asociaciones de usuarios o se sus representantes en las juntas directivas de las IPS públicas o mixtas, Copacos, y consejos comunitarios. Se estipuló que en cada institución prestadora de servicios de salud se tendría el espacio para constituir asociaciones de usuarios.

Los Copacos debían funcionar en todos los organismos o entidades de prestación de servicios de salud de los niveles primero y segundo, y contarían con representación de las asociaciones de usuarios. Los miembros de la comunidad que participarían en las juntas directivas de las IPS sería elegidos de entre aquellos que hacen parte de los Copacos de cada institución. En los consejos comunitarios, convocados por cada dirección local del sistema de salud, participarían de tres a seis miembros elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad en las juntas directivas de los organismos o entidades de salud. funciones.

Con esta jerarquización de los mecanismos de participación se esperaba cubrir todos los ámbitos del sector, pues se cumpliría con las tareas de transmisión de información, vigilancia en el cumplimiento de los acuerdos y de las normas, ingerencia en la toma de decisiones y en los planes de desarrollo del sector.

En el decreto 1757/94 se parte de que uno de los fundamentos del sistema de seguridad social en salud es la participación social y la concertación, bajo la premisa de que todos los integrantes del sistema tienen el derecho y el deber de participar. De conformidad con el artículo 103 de la constitución en este Decreto se considera que: "el Estado contribuirá a la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía, con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de

representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública que se establezcan". Además se le otorgan mayores responsabilidades a las instituciones del sistema para impulsar la participación comunitaria y canalizar las peticiones de la comunidad.

A través de este decreto se establecieron dos formas de participación en salud: participación social y participación en las instituciones del SGSSS. En la primera quedaron comprendidas la participación ciudadana, referida a los individuos y la comunitaria, correspondiente a las organizaciones comunitarias.

Pese a que la participación ciudadana es entendida como "el ejercicio de los deberes y derechos del individuo para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud", los mecanismos para llevarla a cabo se limitan únicamente al sistema de quejas y reclamos. Por su parte, en la participación comunitaria el único espacio previsto es el Copaco, integrado por: el alcalde o su representante, el jefe de la dirección local de salud, el director de la IPS estatal más representativa del municipio y un representante por cada forma de organización social y comunitaria.

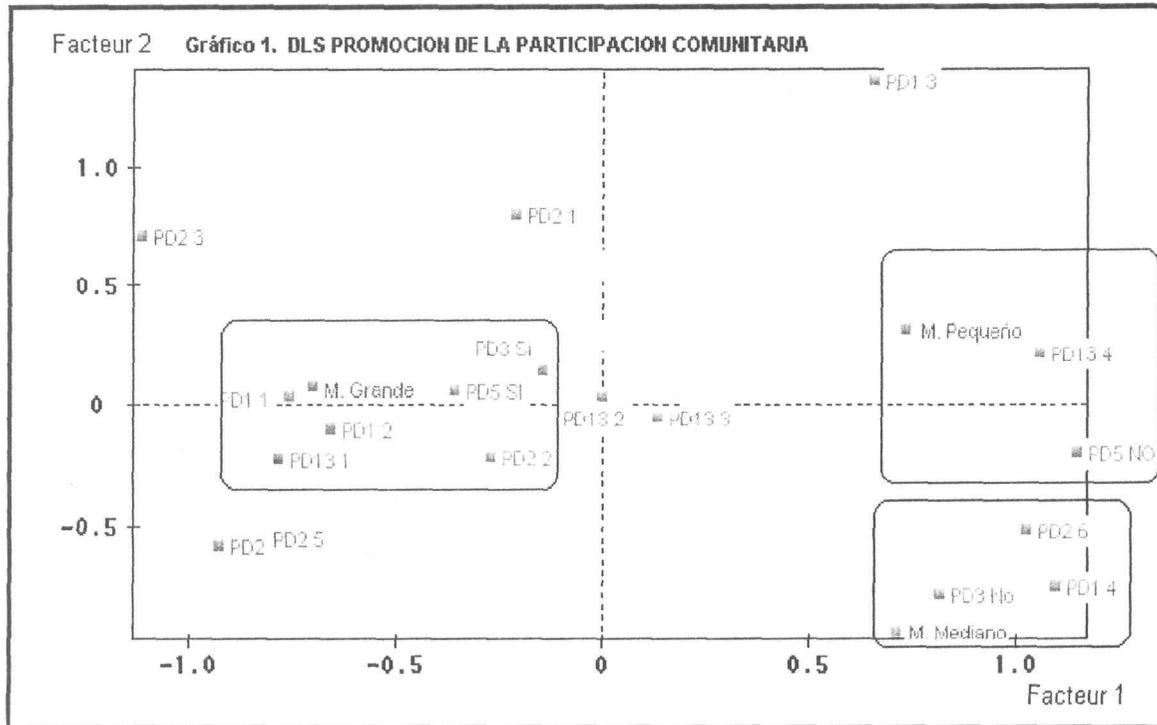
En el caso de la participación en las instituciones del SGSSS se contempló la conformación de asociaciones de usuarios y su representación en las juntas directivas de las EPS e IPS de carácter público o mixto, los Copacos, los Consejos Territoriales y los comités de ética hospitalaria de las IPS públicas o mixtas.

Las Alianzas o asociación de usuarios fueron concebidas como agrupaciones de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del SGSS que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación y que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario. De este tipo de organización quedan excluidos los vinculados y los usuarios que no son sujeto de subsidio en salud, pero que tampoco cuentan con una afiliación al régimen contributivo; para el grupo de vinculados el gobierno preveía promover "su organización como demandantes de servicios de salud, sobre las bases de las formas de organización comunitaria".

En conjunto, la participación social se expresaría en los procesos gestionarios de planeación y en la veeduría. El diseño y la gestión de los planes de salud deberían ser concertados con los diferentes sectores sociales, no obstante, para ello no se estipularon los mecanismos a través de los cuales se llevaría a cabo. Para el proceso de veeduría en salud se establecieron tres niveles de canalización: ciudadano, comunitario e institucional. El primero se realiza por intermedio del servicio de atención a la comunidad (DLS), el segundo a través de los Copacos y el tercero mediante las asociaciones de usuarios, comités de ética médica y las juntas directivas de las EPS e IPS. La veeduría puede ser ejercida por los ciudadanos individualmente o a través de cualquier tipo de asociación, gremio o entidad pública o privada del orden municipal, departamental o nacional.

El trabajo de campo desarrollado en el marco de esta investigación brinda algunos elementos

que permiten caracterizar la participación comunitaria en los municipios²⁵. Como se puede observar en el gráfico 1 los elementos de promoción de la participación comunitaria se encuentran asociados a los municipios grandes. El grado de desarrollo institucional de los municipios se constituye en un factor determinante para impulsar la participación comunitaria.

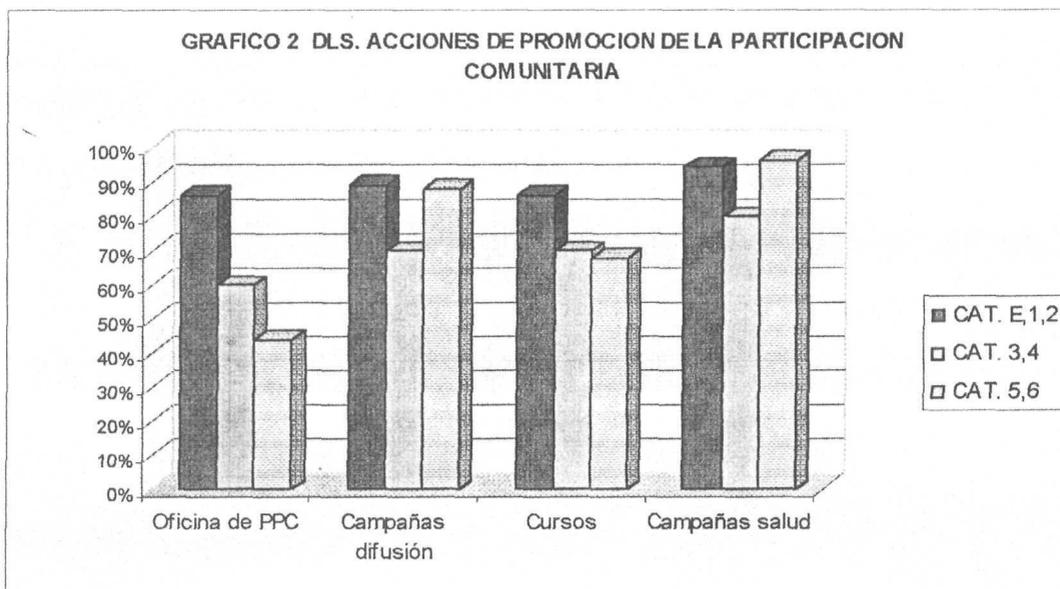


- PD1: La oficina que realiza las labores de PPC está en: 1 DLS, 2 Alcaldía, 3 Otra, 4 No existe
- PD2: Número de personas que trabajan en la oficina de PPC: 1: una, 2: 2, 3: de 3 a 5, 4: de 6 a 10, 5: más de 10
- PD3: Se realizan campañas de difusión de la PC: si, no
- PD5: Se realizan cursos
- PD13: Mecanismo para la recepción de quejas: 1 oficina, 2 persona encargada, 3 buzón, 4 Ninguno

²⁵. Para el diagnóstico el ejercicio del control social en el régimen subsidiado se aplicaron cuatro instrumentos : uno destinado a las direcciones locales de salud, con el objetivo de determinar las acciones que se adelantan en promoción de la participación comunitaria y de las acciones de control social por parte de la comunidad sobre las cuales tuviera conocimiento la DLS. Otro formulario fue aplicado a las IPS con el propósito de establecer las labores en promoción de la participación comunitaria y las actividades de control ejercidas por las asociaciones de usuarios. El tercero se aplicó a los personeros, con la intención su papel como canalizadores de las quejas de la comunidad, en torno al funcionamiento del Régimen Subsidiado, esto como una manera de aquellos problemas que inducen a una manifestación por parte de la comunidad. Finalmente, se elaboró un formulario para las organizaciones comunitarias, en el cual se indaga por la disponibilidad de recursos, las actividades de control que realiza y la relación con las autoridades locales en la fijación de planes y programas, así como el acceso a la capacitación.

Los bajos niveles de capacitación técnica, de disponibilidad de personal idóneo y el desconocimiento de la legislación actúan en contra del compromiso institucional que deben tener las entidades del sector con respecto a la promoción de la participación comunitaria.

Una primera forma de aproximarse al grado de institucionalización que tiene la promoción de la participación comunitaria en el municipio es preguntarse por la existencia de una oficina encargada de tal labor. En la investigación se observó que en un poco más de las tres cuartas partes de los municipios se ha encargado a una sección de la administración pública para que promueva la vinculación de los ciudadanos a los programas estatales. No obstante, es un fenómeno con importantes diferencias entre las distintas categorías municipales, es evidente que a mayor tamaño del municipio hay una más alta proclividad a la creación de una oficina de PPC: en los municipios de categorías especial, 1 y 2 el 86% cuenta con una oficina municipal, mientras que esto sucede apenas en el 48% de los municipios de categoría 5 y 6.



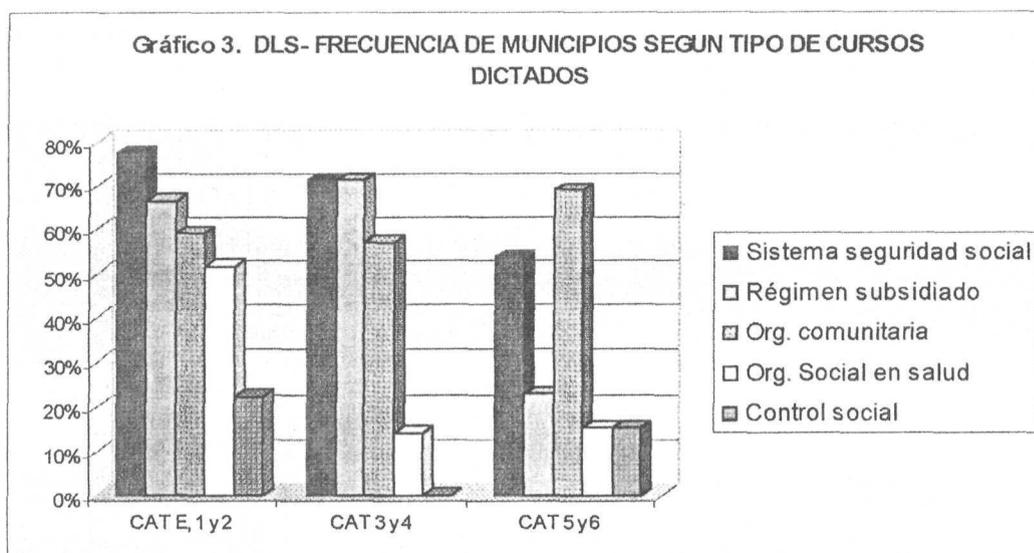
Las DLS han asumido un papel dinámico en este proceso, en los municipios grandes el 72% de las oficinas creadas lo ha sido por parte de esta dirección, mientras que en los pequeños el porcentaje es de 12%, en éstos últimos la alcaldía contribuye con el 12%. Esta situación se explica por la conformación del cargo de director local, pues en la mayoría de municipios en los que se ha adelantado este se ha creado también una oficina de PPC, mientras que en los municipios pequeños, en particular los no certificados, la tarea de promover la participación en salud sigue pensándose como una responsabilidad de las DSS. Una experiencia que escapa a las previsiones se registra en el municipio Los Córdoba, en donde hay una firma externa que desarrolla la labor de promoción en virtud de un contrato suscrito con la Alcaldía.

Estas oficinas encargadas de PPC son relativamente pequeñas, el 84% no tiene más de tres

funcionarios. En los municipios pequeños el porcentaje más significativo lo tienen las oficinas con apenas una persona (75%). Este es por supuesto uno de los mayores obstáculos institucionales que deben ser superados para generar un verdadero compromiso con el impulso de la participación de la sociedad, si no hay suficiente personal disponible para desarrollar las labores el despegue de la participación comunitaria se postergará.

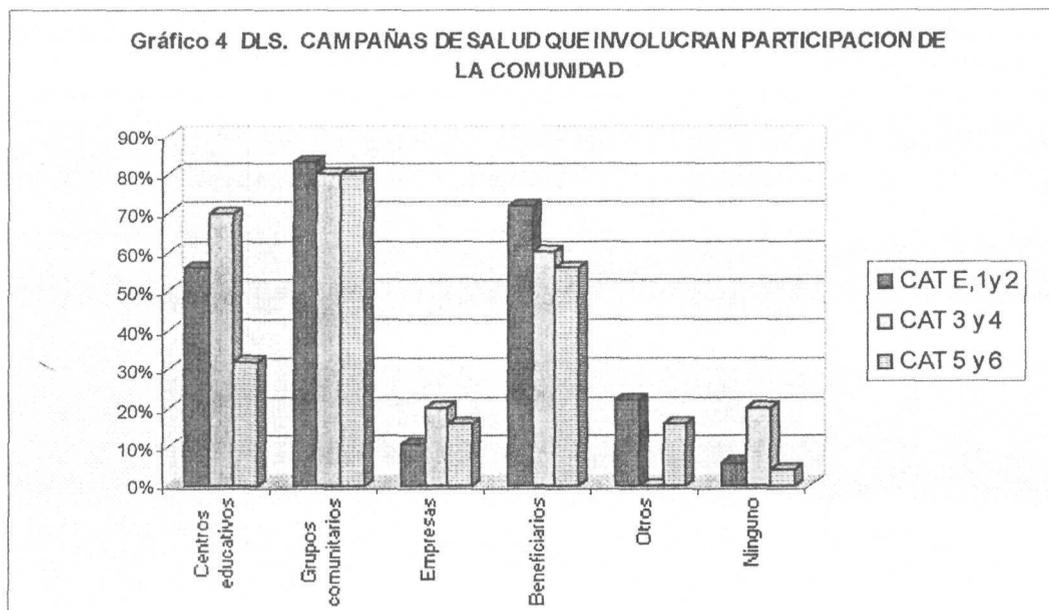
Si bien no en todos los casos se hacen campañas para difundir la participación, de todas maneras las direcciones locales o las oficinas encargadas de la promoción de la participación comunitaria establecen contactos con la comunidad ya sea a través de la entrega de folletos (35% de los municipios) o por medio de anuncios avisos en la radio o la prensa local; pero la principal estrategia es la visita a las comunidades, en esta actividad se encontró el 62% de los municipios.

Un tercer frente de acciones en promoción de la participación son los cursos dictados por las DLS. En el conjunto de municipios se encuentra que el sistema general de seguridad social, el régimen subsidiado la organización comunitaria son los temas tratados con mayor frecuencia; los más específicos de organización social en salud de control social son menos recurrentes, en el caso de los municipios de categorías 3 y 4 son prácticamente inexistentes. Los cursos habitualmente se dictan para grupos entre 20 y 50 participantes y su resultado es básicamente la difusión de información, tan sólo en un porcentaje inferior al 20% de los casos se observa como resultado la creación de nuevas organizaciones y en porcentaje mucho menor la ampliación del número de afiliados en las organizaciones ya existentes.



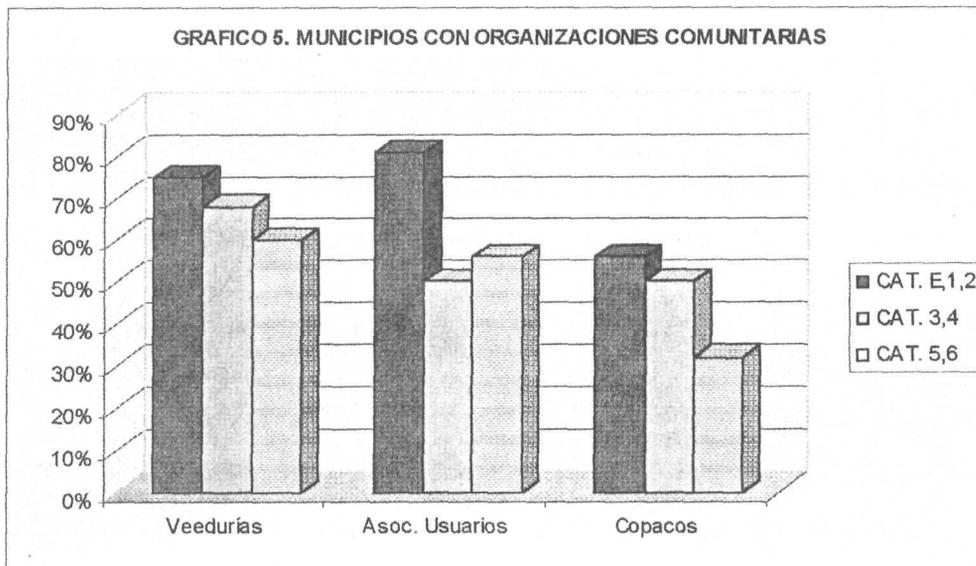
El énfasis en lo atinente al sistema general de seguridad social y al régimen subsidiado está en correspondencia con las necesidades de información y de conocimiento de los derechos de los ciudadanos en torno al sistema de salud. Con bastante menos frecuencia se dictan cursos conducentes a la organización comunitaria y resultan muy escasos los municipios en los cuales hay charlas específicas sobre el ejercicio del control social.

En cuanto a las campañas de salud que involucran participación de las comunidades se encuentra que la casi totalidad de los municipios desarrolla alguna actividad. Se destacan en particular las acciones con los centros educativos, con grupos de la comunidad (barrios, veredas) y con beneficiarios de programas sociales (ver gráfico 2). Este componente de impulso a la participación comunitaria es quizá el más desarrollado en los municipios, toda vez que tiene mayor antigüedad, por cuanto ha estado ligado a los programas de plan de atención básica (PAB), a las acciones desarrolladas por las IPS; por tanto es una de las acciones más apropiadas para apoyar los procesos de conformación de control social.

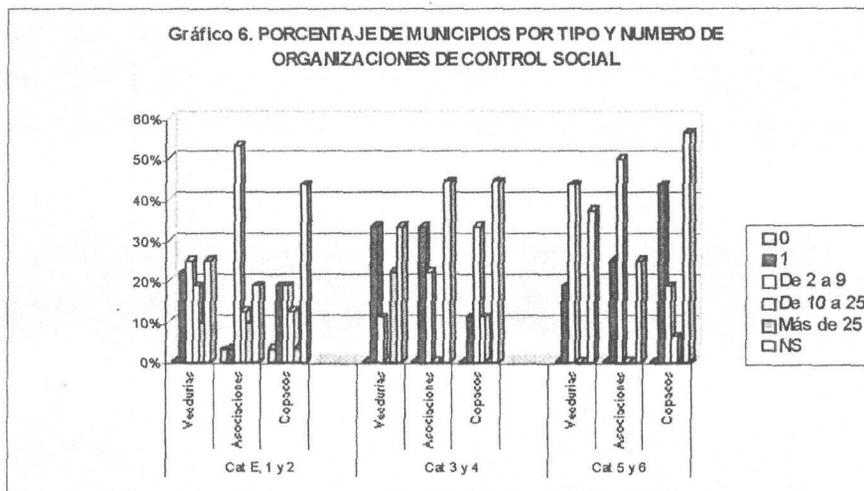


Este resultado no es sorprendente si se tiene en cuenta que este mecanismo de vínculo con la comunidad es el de mayor antigüedad de los llevados a cabo en el ramo de salud. Los programas epidemiológicos y de autocuidado han sido un antecedente muy importante para la permanencia de estas relaciones y ofrece un espacio fundamental para consolidar la participación comunitaria. En esta dirección resulta igualmente valioso el papel de los promotores de salud de los líderes comunitarios aglutinados dentro de estos programas.

En lo que se refiere a la conformación de organizaciones comunitarias que se ocupen del control social se encuentra un elevado porcentaje de municipios en los cuales se ha creado al menos una de esas organizaciones. En correspondencia con la mayor cantidad de acciones de promoción de la participación comunitaria desarrolladas por los municipios de categoría E, 1 y 2, se encuentra que es en estos donde existe un mayor número de organizaciones comunitarias en los distintos grupos: veedurías, asociaciones de usuarios y copacos. En contraposición, los municipios pequeños alcanzan un bajo registro en la existencia de organizaciones comunitarias como se puede apreciar en el gráfico No.5.

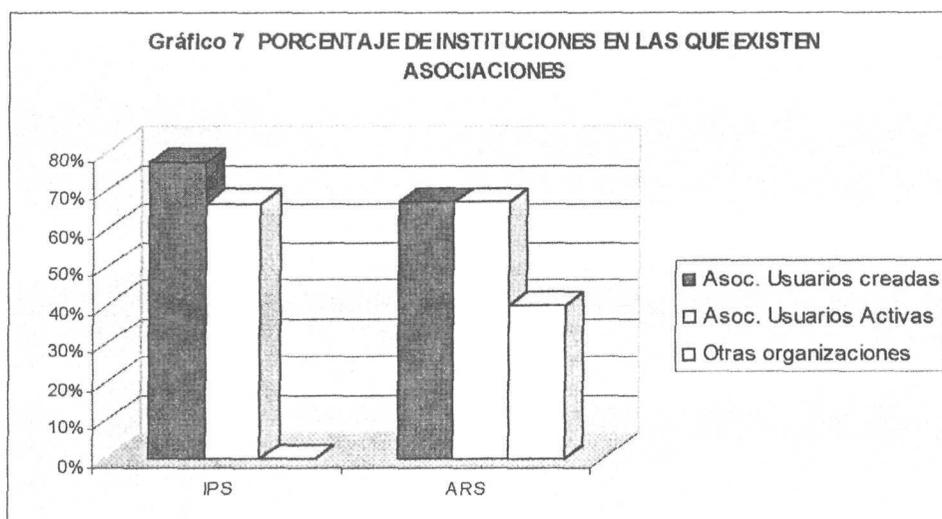


Es preciso anotar que los municipios medianos y pequeños acusan un elevado nivel de desconocimiento sobre la existencia de las organizaciones comunitarias. Resulta bastante común que en la mayoría de estas localidades no se lleve a cabo registro alguno sobre tales organizaciones, situación que ilustra la falta de comunicación entre la oficina de participación comunitaria y las otras entidades del sector salud. La falta de un seguimiento sobre la *dinámica de las organizaciones comunitarias no permite la unidad local en la participación comunitaria, ni el aprovechamiento de los recursos que aporta el conjunto de actores.* Como se observa en el gráfico 6, es común que la DLS (o la oficina encargada de la PPC) desconozca cuantos miembros tiene una asociación. Al considerar la información disponible se encuentra que en general las organizaciones comunitarias son de reducido tamaño: las asociaciones de usuarios se ubican mayoritariamente en el rango de menos de 10 miembros. El caso de las veedurías resulta interesante, en tanto un elevada porción es individual, gran parte de las acciones de la DLS estuvieron orientadas a crear veedores en salud.

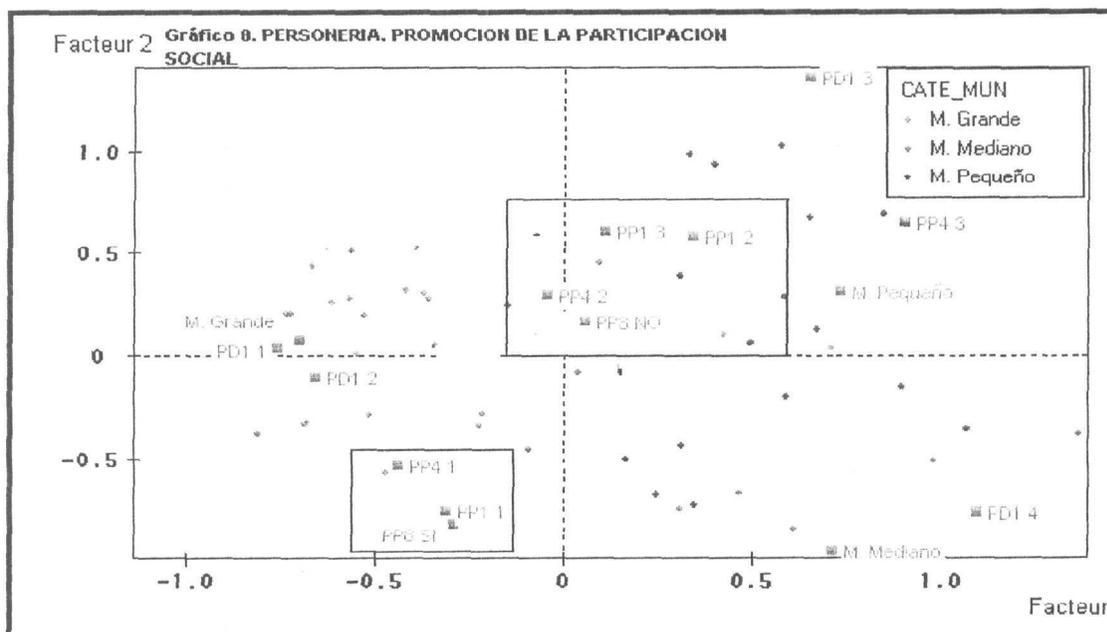


Si se tiene en cuenta la información brindada por las IPS y las ARS de la muestra se encuentra que en cerca del 80% de las IPS existe al menos una asociación de usuarios, en un porcentaje menor se han creado comités o comisiones con participación de la comunidad que se ocupan de tareas similares a las desarrolladas por las asociaciones, es decir, sólo en un 10% de las IPS encuestadas no se encontró ningún tipo de organización comunitaria.

Con respecto a las ARS se observa que el porcentaje es más bajo que el de las IPS, pero también se hallan otras formas organizativas en el 40% de las instituciones estudiadas, las cuales tienen que ver básicamente con formación de líderes. Entre las principales actividades en las cuales las ARS promueven la participación comunitaria están las de promoción y prevención (en el 43% de las entidades), trámite y solución de quejas (43%) afiliación y carnetización (31%), comité técnico científico (22%) y planeación de los servicios (22%). Esta distribución de los ámbitos de promoción de la participación comunitaria dejan ver una tendencia más operativa que de control, así lo que se aprovecha de la comunidad es su potencial para gestionar el acceso los servicios que brinda la ARS y su capacidad para servir de vehículo al flujo de información sobre sus necesidades.



Un actor que se ha sumado a la PPC en los municipios es el personero. En algunos municipios es la Personería la que ha tomado a su cargo la promoción de la organización comunitaria, la que en este caso no está ligada exclusivamente a salud, sino desarrollada en el marco de las veedurías de la gestión pública o de la prestación de servicios públicos domiciliarios.



PD1: La oficina encargada de PPC está en: 1 DLS, 2 Alcaldía, 3 Otro, 4 No existe
 PP1: El personero pertenece al Copaco: 1 Si, 2 No, 3 No hay Copaco
 PP4: Para la PPC la Personería y la DLS actúan: 1 Coordinados, 2 Independientes, 3 Ninguna acción
 PP8: La Personería conocio sobre sanciones a los actores del sistema: 1 Si, 2 No

Al igual que en el caso de las DLS, las Personerías de los municipios de mayor tamaño (categoría E,1 y 2) logran una mayor interacción con las organizaciones de salud. En este caso el 47% de los personeros hacen parte del Copaco y el 57% desarrolla acciones coordinadas con la DLS. En los municipios pequeños (categoría 5 y 6) solo el 29% de los personeros pertenece al Copaco y el 25% actúa en conjunto con la DLS. De otra parte, aunque limitado, en los municipios grandes hay mayor conocimiento por parte del Personero de las sanciones aplicadas a los actores del sistema. En resumen, el mayor compromiso de la Personería se ve reflejada en la completa asociación entre quienes pertenecen al Copaco, interactúan con la DLS y tienen conocimiento sobre las sanciones.

2.2.3. EJERCICIO DEL CONTROL SOCIAL

El ya citado artículo 103 de la Constitución, define la participación social en salud como un proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales (participación ciudadana) y colectivos (participación de las organizaciones comunitarias) en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en servicios de salud. Frente a ello la administración municipal tiene la obligación crear los mecanismos de participación social y la obligación de dirigir y fortalecer la intervención en la esfera de la toma de decisiones.

Por medio de la Ley 100/93 se estableció que la comunidad organizada debía

participar participe con las entidades públicas municipales en la planeación, toma de decisiones y control de las acciones de seguridad social en salud, directriz que fue reglamentada mediante el decreto 1757/94.

Al observar las funciones que le establece el decreto 1757/94 a las alianzas o asociaciones de usuarios se encuentra que la mayoría de ellas se refieren a servir como flujo de información, lo que implica que sus usuarios conozcan el sistema y que puedan informar a las instituciones sobre los requerimientos de sus socios, algunas funciones de vigilancia y de veeduría mediante sus representantes ante las EPS y/o ante las oficinas de atención a la comunidad (vigilar que las decisiones tomadas se cumplan que la tarifas y cuotas correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos) y de decisión a través de las juntas directivas para proponer y concertar las medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de los servicios y atención al usuario.

Entre las funciones estipuladas a la veeduría están las contribuir a una adecuada gestión por parte de los organismos de salud, propiciar decisiones saludables, fomentar el compromiso de la colectividad, velar por una utilización adecuada de los recursos, coordinar con todas las instancias de vigilancia y control la aplicación de las normas e impulsar veedurías como mecanismo de educación para la participación.

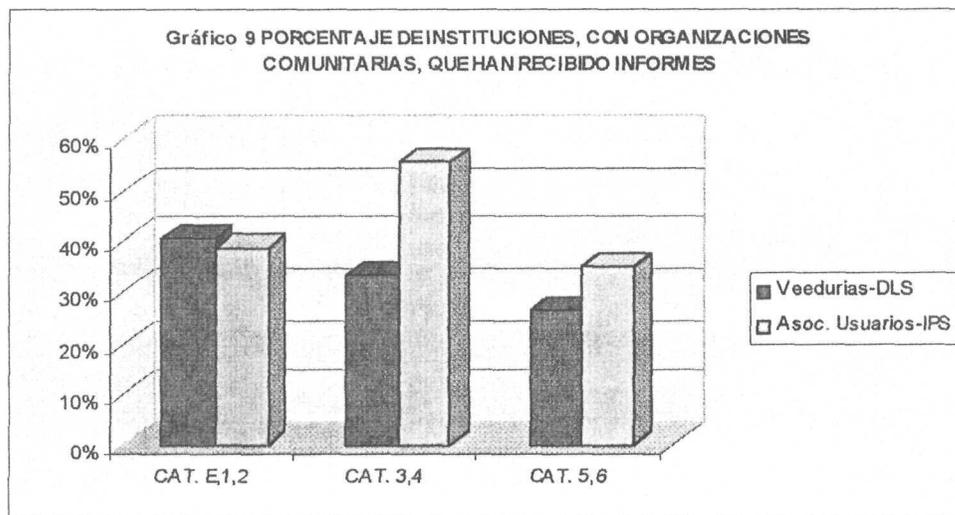
- **Control comunitario**

En las páginas siguientes, a partir de los resultados de la investigación, se estudian algunas de las actividades desarrolladas por las organizaciones comunitarias con el objetivo de auscultar las intervenciones que en control social se adelantan en los municipios y también como un elemento para aproximarse a la interrelación entre las organizaciones de la comunidad y las instituciones que participan en el régimen subsidiado.

Una de las primeras acciones sobre las cuales se indagó fue la presentación de informes. En términos porcentuales se aprecia que la entrega de informes es mayor en las IPS que en las DLS en todas las categorías de municipios; esta situación muestra una mayor cercanía entre las directivas de las IPS y sus asociaciones que entre las DLS y las suyas. En el caso de las IPS esta relación obedece en parte al tamaño de las instituciones, así en las IPS de los municipios de categorías 3 y 4 como en los de 5 y 6 se expresa una mayor integración; sin embargo, buena parte de las relaciones allí expresadas tienen un fuerte carácter informal en tanto un importante número de informes son verbales y no escritos. En las instituciones de mayor tamaño hay más insistencia en la presentación de informes escritos, en la intención de lograr un mayor grado de institucionalización de la participación comunitaria; de igual forma es preciso tener en cuenta en los municipios de categorías Especial, 1 y 2 se encuentran hospitales de niveles 2, 3 y universitario en los cuales los temas a discutir revisten mayor envergadura y una mayor preparación por parte de los miembros de las asociaciones.

Por su parte, en la DLS se evidencia, aunque bajo, un crecimiento en el número de municipios en los que las veedurías entregan informes. Como se puede preciar en el gráfico siguiente, en términos porcentuales son los municipios grandes en los cuales habría un mayor contacto entre veedurías y DLS especialmente en el último año, sin embargo la distancia con las otras categorías municipales no resulta elevada.

Esta situación ilustra la lentitud con que se verifican los cambios en el proceso de control social, toda vez que ello requiere no sólo del conocimiento sobre el funcionamiento del régimen sino también requiere fortalecimiento de las capacidades de participación social de la comunidad. De otro lado, el alto porcentaje de municipios en los cuales la DLS no recibe informes de las veedurías deja un amplio campo de acción a las actividades de promoción del control social y solidificación del proceso organizativo de la comunidad, puesto que si bien se han hecho grandes esfuerzos en el establecimiento de veedurías, los resultados de su control deben poder servir como elemento de discusión entre los actores el sistema y revertir en la planeación del desarrollo sectorial en el municipio.



La presentación de informes por parte de las organizaciones se convierte en un importante medio de diálogo con las instituciones. En la muestra de IPS adelantada en el marco de este proyecto, se encuentra que un elevado porcentaje de IPS discute los informes presentados por sus asociaciones. Al tomar en cuenta los temas abordados en los informes se encuentra que los más frecuentes tienen que ver con el acceso a los servicios, la atención de reclamos y la capacidad operativa de la IPS, circunstancia que da muestra de una preocupación directa de las asociaciones por lograr que la población pueda hacer uso de los servicios de salud. Con menor frecuencia están los temas de planes de salud del municipio y la elección de representante comunitario a la Junta Directiva de la IPS. Con muy baja participación aparecen las críticas sobre la presencia de obstáculos al control social, vale la pena señalar este punto en tanto es una muestra de las dificultades en la interacción entre la comunidad y las instituciones.

De la discusión de los informes, en general se deriva una acción positiva frente a las críticas. Los temas de acceso a los servicios y respuesta a los reclamos fueron discutidos en todos los casos, no así el resto de los temas.

CUADRO 1

TEMAS DE LOS INFORMES PRESENTADOS POR LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS A LAS IPS

TEMAS	ABORDADOS			DISCUTIDOS / ABORDADOS			SOLUCIONES EN EL CONJUNTO DE IPS			
	CAT. E,1,2	CAT 3,4	CAT 5,6	CAT E,1,2	CAT 3.4	CAT 5.6	Correctivos	Traslado	C. Proceso	Ninguna
Acceso a los servicios de salud	92%	80%	57%	100%	100%	100%	64%	15%	11%	10%
Respuesta a reclamos	50%	20%	71%	100%	100%	100%	84%	8%	0%	8%
Capacidad operativa IPS	75%	40%	14%	83%	89%	50%	59%	8%	17%	16%
Elección representante com.	25%	60%	43%	89%	67%	100%	78%	0%	11%	11%
Planes de salud del municipio	25%	60%	0%	83%	67%	0%	67%	0%	0%	33%
Obstáculos a control social	17%	40%	14%	60%	100%	0%	20%	40%	0%	40%

CUADRO 2

TEMAS DE LOS INFORMES PRESENTADOS POR LAS VEEDURIAS A LAS DLS

TEMAS DE CRITICA	ABORDADOS			DISCUTIDOS / ABORDADOS			SOLUCIONES EN EL CONJUNTO			
	CAT. E,1,2	CAT 3,4	CAT 5,6	CAT E,1,2	CAT 3.4	CAT 5.6	Correctivos	Traslado	C. Proceso	Ninguna
Proceso sisben	100%	100%	75%	83%	100%	67%	57%	7%	14%	7%
Programa Afiliación	64%	100%	100%	57%	100%	50%	75%	13%	0%	13%
Carnetización	91%	100%	100%	100%	100%	75%	53%	27%	0%	20%
Interferencia Política en Afil.	100%	50%	100%	36%	100%	0%	20%	0%	20%	60%
Cumplimiento ARS	82%	100%	100%	78%	100%	75%	58%	33%	8%	0%
Acceso a servicios	100%	100%	100%	64%	100%	75%	75%	17%	0%	8%
Respuesta reclamos	55%	100%	75%	67%	100%	67%	100%	0%	0%	0%
Obstáculos a CS	55%	100%	25%	83%	100%	100%	88%	0%	0%	13%

CUADRO 3

TEMAS DE LOS INFORMES PRESENTADOS POR LAS VEEDURIAS A LAS DLS

TEMAS DE PROPUESTA	ABORDADOS			DISCUTIDOS / ABORDADOS			SOLUCIONES EN EL CONJUNTO			
	CAT. E,1,2	CAT 3,4	CAT 5,6	CAT E,1,2	CAT 3.4	CAT 5.6	Correctivos	Traslado	C. Proceso	Ninguna
Planes salud municipio	18%	100%	75%	100%	100%	67%	33%	33%	17%	17%
Manejo financiero RS	36%	100%	100%	75%	100%	50%	40%	60%	0%	0%
Proceso sisben	64%	100%	100%	57%	100%	75%	50%	0%	25%	25%
Carnetización	36%	50%	100%	100%	100%	0%	0%	67%	17%	17%
Interferencia Política en Afil.	64%	100%	100%	14%	100%	75%	33%	33%	33%	0%
Acceso a servicios	45%	100%	100%	80%	100%	75%	33%	33%	17%	33%
Respuesta reclamos	36%	100%	75%	75%	100%	67%	60%	40%	0%	0%
Otro	18%	100%	25%	50%	100%	100%	0%	25%	25%	50%

Las respuestas positivas a los tópicos abordados en los informes se presentan fundamentalmente en la respuesta a reclamos y la elección de representante comunitario, en los que se aplican correctivos. Por su parte el acceso a los servicios y la capacidad operativa de la IPS muestran una más baja capacidad de respuesta de las instituciones, pues en un poco más de la mitad de las instituciones se aplican correctivos y en cerca del 10% se cambian los procedimientos. Esta situación se explica, en parte, por las condiciones financieras de las IPS, en las que la escasez de insumos y la restricción a los servicios de salud se constituyen en una alternativa para continuar funcionando.

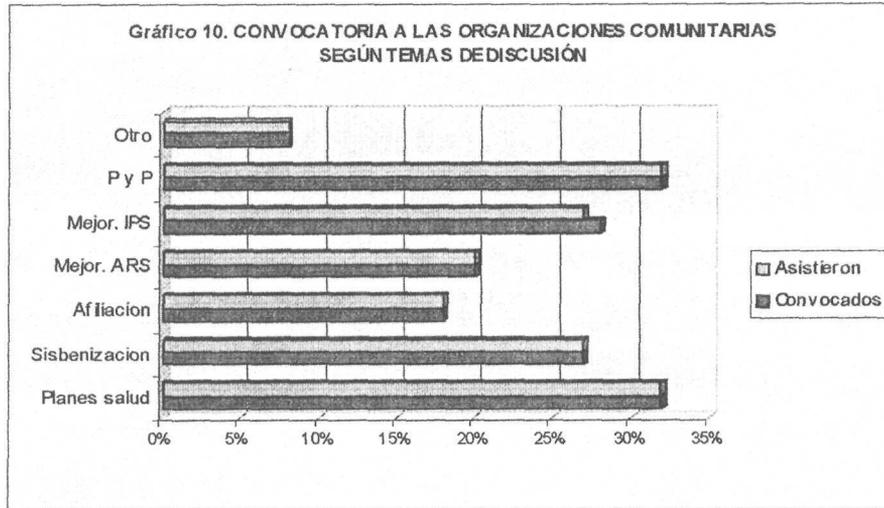
En el caso de las DLS se evidencia una menor proclividad que en las IPS a discutir los informes presentados. Entre los temas de crítica más frecuentes en su orden están: sisbenización, carnetización, cumplimiento de las responsabilidades por parte de las ARS, programas de afiliación, acceso a los servicios y explicación de derechos a los beneficiarios del régimen subsidiado. La prioridad en estos temas de crítica deja ver que al igual que en las IPS la preocupación central de las organizaciones comunitarias es el problema del acceso real a los servicios de salud y en particular el de los usuarios del régimen subsidiado. No obstante, la aparición de temas como cumplimiento de las ARS y, aunque en menor grado, manejo financiero de los recursos del régimen subsidiado y obstáculos al ejercicio del control social ponen en evidencia una aproximación al control que va más allá de demandar mayores servicios para la población.

El grado de respuesta de las DLS a las críticas puede ser un aliciente para seguir profundizando en esta metodología por parte de las organizaciones, puesto que en la mayoría de los casos a aplicación de correctivos supera el 60%, además en el tema de respuesta a los reclamos la respuesta de la DLS en todos los casos discutidos ha sido la aplicación de correctivos.

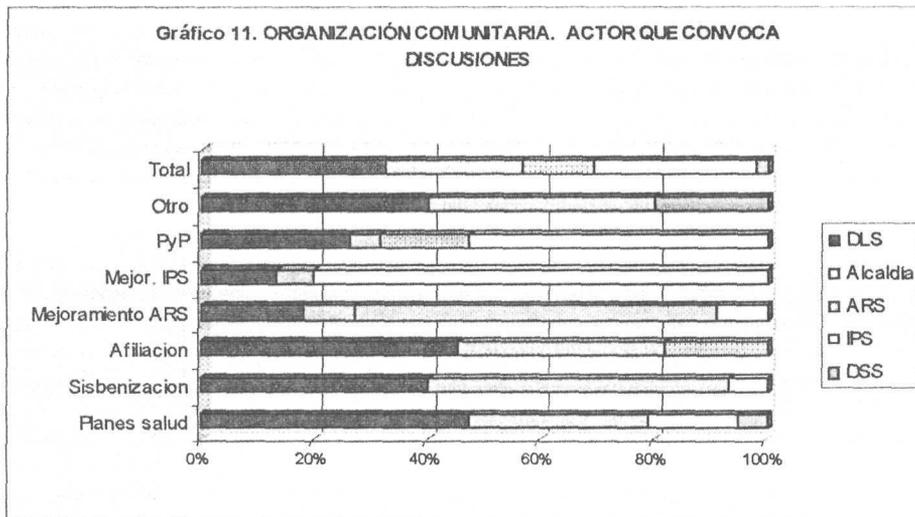
En las ARS el nivel de discusión con las asociaciones es mucho más bajo que en las otras instituciones; las discusiones y los acuerdos a los que se llega con las asociaciones se refieren básicamente al mejoramiento de la calidad de los servicios (50% de las ARS), temas como el proceso de carnetización y de afiliación tienen porcentajes mínimos: alrededor de 1%, en manejo de los recursos y contratación de la red la convocatoria a discusiones es inexistente.

Desde el punto de vista de las organizaciones comunitarias la mayor articulación se presenta con la DLS y con la Alcaldía, en menor grado con las IPS. Como se puede apreciar en la gráfica siguiente los más altos porcentajes de organizaciones convocadas están en planes de salud y promoción y prevención (32%), a este le siguen los temas de sisbenización y mejoramiento de la IPS (27%); tópicos como manejo de los recursos del sistema o contratación son prácticamente inexistentes en estas convocatorias.





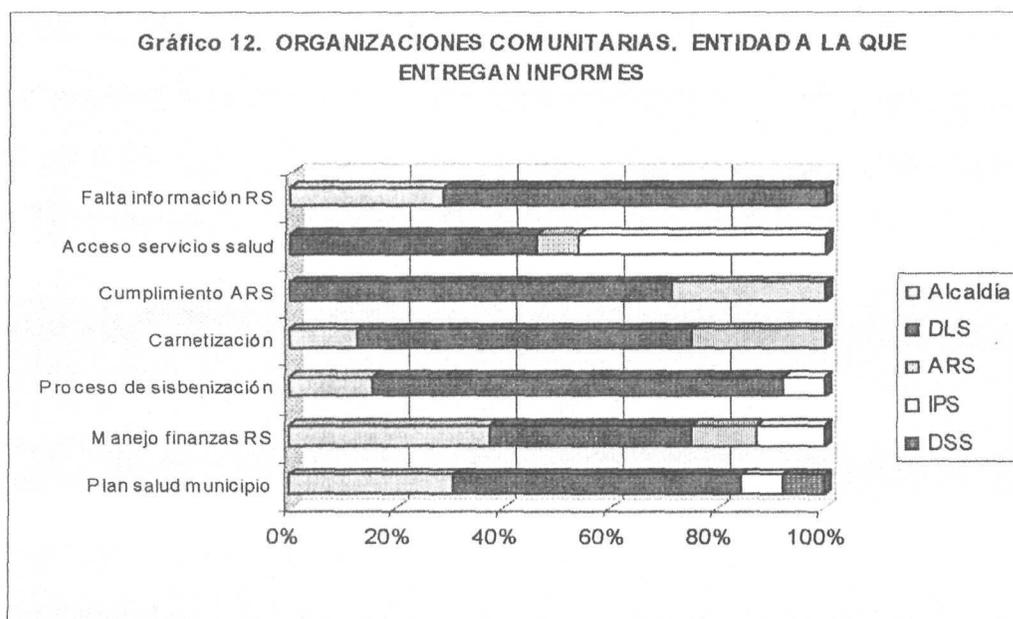
Al revisar los temas de discusión con respecto a los actores que convocan a las organizaciones comunitarias se encuentra un considerable grado de especialización. Así las DLS y las Alcaldías se ocupan de temas como Plan de salud, sisbenización y afiliación, mientras que las ARS y las IPS abordan el mejoramiento de su institución. Un tema sobre el cual los tres actores tienen algún grado de intervención es el de promoción y prevención, el cual in embargo, en la más alta proporción de casos es abordado por la IPS; este punto de encuentro podría constituirse en un espacio fundamental no sólo para el fortalecimiento de la participación comunitaria sino para el despegue del control social. Cabe la pena resaltar aquí la exigua participación que tienen las seccionales de salud y la inexistencia de otros organismos que convoquen, puesto que ello es muestra de la elevada municipalización de la promoción de la participación comunitaria y la barrera que enfrentan las organizaciones de la comunidad para establecer redes a nivel departamental o nacional.



Del total de organizaciones encuestadas la tercera parte manifestó entregar informes a los demás actores del sistema. En concordancia con las relaciones establecidas a través de las convocatorias, en la entrega de informes se evidencia una mayor relación de las organizaciones con las DLS y con las alcaldías.

Entre los asuntos tratados en los informes con más alta frecuencia se encuentran los planes de salud, el proceso de sisbenización y el acceso a los servicios (65% de las organizaciones que presentaron informes), en segundo lugar se encuentra la contratación ARS-IPS, carnetización, programa de afiliación y manejo de recursos financieros del régimen subsidiado (40%) y en tercer puesto están la gestión de la DLS, cumplimiento de las ARS y falta de información del sistema (35%). Esta composición de los problemas deja ver distintos grados de preocupación por parte de las organizaciones; así, en primer lugar estaría el acceso real a los servicios de salud, que están mediados por una cobertura total del sisben; el segundo renglón lo ocuparían las dificultades de funcionamiento del sistema y finalmente, estarían los criterios de eficacia de las instituciones que hacen parte del régimen.

En estos resultados se muestra una mayor disponibilidad de las organizaciones a discutir los problemas del sistema con los diferentes actores que lo integran, es decir, habría un menor espacio para la especialización. Sin embargo la mayor interacción con la DLS ilustra cómo las organizaciones le reconocen a esta entidad el liderazgo en la evolución del régimen.



En general el nivel de discusión de los informes es bastante elevado, que es una muestra de la disponibilidad al diálogo entre las partes y la ventana abierta a una mayor expresión de las organizaciones. Esta situación debería estar apoyada por un alto nivel de resolución de problemas o la articulación con las instancias que tienen esa capacidad; como se observa en el cuadro siguiente la aplicación de correctivos aunque es la solución de mayor peso no es

completamente dominante, una buena parte son trasladados a organismos de vigilancia y control, y una parte menos gruesa no tiene respuesta alguna.

Por supuesto la respuesta depende del tema tratado, en proceso de sisbenización y acceso a los servicios, dos temas centrales para las organizaciones, la capacidad de resolución de la instancia que recibe el informe es comparativamente baja y por tanto la calificación que otorga la organización a las actuaciones de esas instancias es poco favorable, se presenta como buena o regular en 33 y 57% de los casos respectivamente.

Dos temas llaman la atención, el primero es acerca del cumplimiento de las obligaciones por parte de las ARS y el de falta de información del régimen subsidiado. En el primero de ellos se aplicaron los correctivos en el 50% de los casos y se traslado a una entidad de control en la parte restante, circunstancia que dejo satisfechas a las organizaciones en todos los casos, esta podría se considerada como una muestra positiva de las acciones de control social. En el segundo tema por el contrario el nivel de resolución (en DLS y Alcaldías) es muy bajo, en el 43% de los casos no habría ninguna solución a la crítica presentada; esta circunstancia se convierte en fuerte obstáculo al ejercicio de la participación y del control y estaría en contravía de una de las principales funciones que deberían ejercer las DLS.

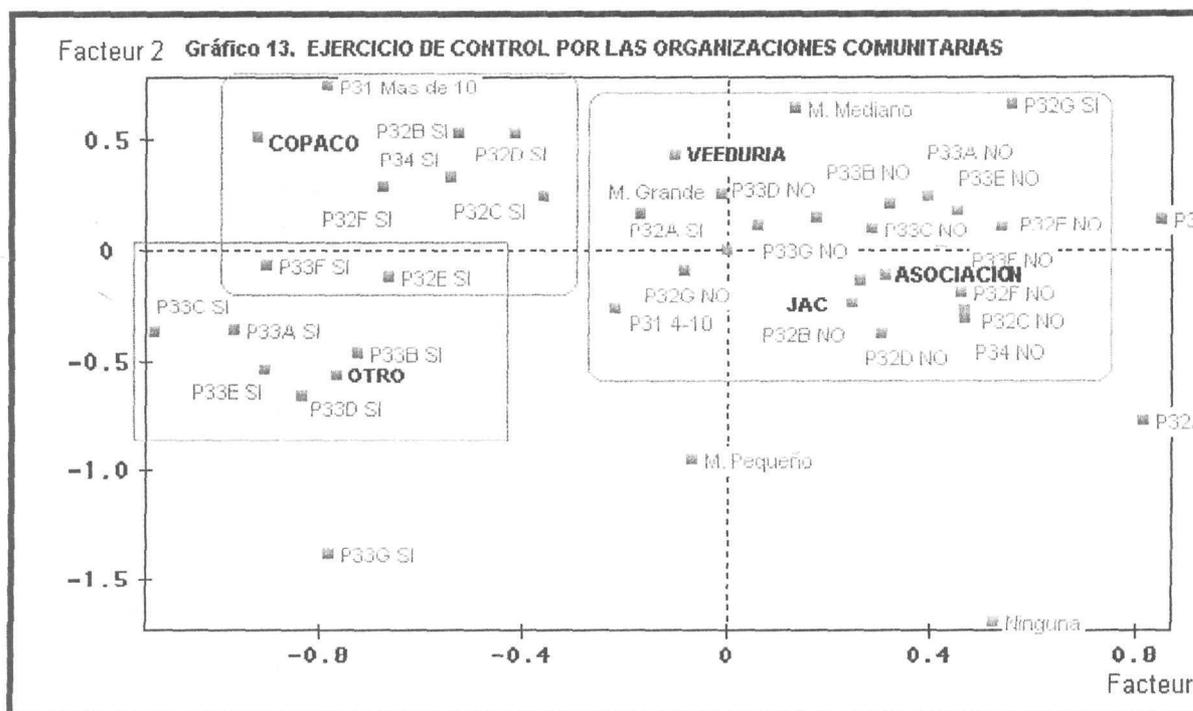
CUADRO 4. ORGANIZACIONES COMUNITARIAS. TRAMITE DE LOS INFORMES ENTREGADOS

Temas de Crítica	Presentado	Discutido/	Resultado	Traslado	Calific Result
		Propuesto	Correctivos		Bueno-Regular
Planes salud municipio	65%	79%	27%	27%	82%
Proceso de sisbenización	65%	80%	42%	42%	33%
Carnetización	40%	80%	75%	0%	75%
Cumplimiento ARS	35%	67%	50%	50%	100%
Acceso servicios de salud	65%	82%	43%	43%	57%
Falta de información RS	35%	70%	43%	14%	57%
Temas de Propuesta	Presentado	Discutido/	Adoptó	Calific.Result	
		Propuesto	propuesta	Bueno-Regular	
Planes de salud del municipio	40%	63%	50%	80%	
Manejo recursos financieros RS	20%	100%	100%	75%	
Proceso de sisbenización	20%	100%	100%	75%	
Carnetización	25%	80%	80%	80%	
Cumplimiento ARS	40%	63%	40%	20%	
Acceso servicios de salud	40%	75%	50%	100%	

Tomando en consideración las propuestas de cambio que se hacen en los informes, es preciso señalar que habría más informes de críticas que de aquellos que incluyen propuestas. Así, en el 40% de las organizaciones que presentaron informes se encontrarían propuestas en torno a planes de salud, cumplimiento de las ARS y acceso a los servicios de salud, en porcentajes menores se encuentran los temas de carnetización, sisbenización manejo de recursos financieros, entre otros. De los resultados aquí presentados se puede derivar que los proponentes están satisfechos con el diálogo establecido con las instituciones sea que se

adopten parcial o totalmente sus propuestas. Un caso diferentes lo ofrece el tema del cumplimiento de las obligaciones de la ARS, en donde el grado de inclusión de las propuestas es bajo así como la calificación dada por las organizaciones a ese tratamiento del tema.

En el tema de las actividades se puede hacer mención a las desarrolladas por las organizaciones de control social. En el gráfico 13 se aprecia como los resultados positivos están asociados a los Copacos y a otras organizaciones (se refiere a organizaciones de salud como madres comunitarias, asociaciones veredales, etc.), mientras que a las veedurías, las asociaciones de usuarios y las juntas de acción comunal que tienen comités de salud, solo se relaciona la actividad de difusión de información.



P31: Número de reuniones: 1-3, 4-10, Más de 10 **P32:** Actividades: A información, B hacen cursos, C cursos con otros actores, D talleres de control social, E Asistencia a cursos, F Asistencia cursos IVC, G otro.
P33: Convocado a discutir: A planes de salud, B sisbenización, C afiliación, D mejoramiento ARS, E mejoramiento IPS, F promoción y prevención, G otro.
P34: Elaboración de informes: Si, No

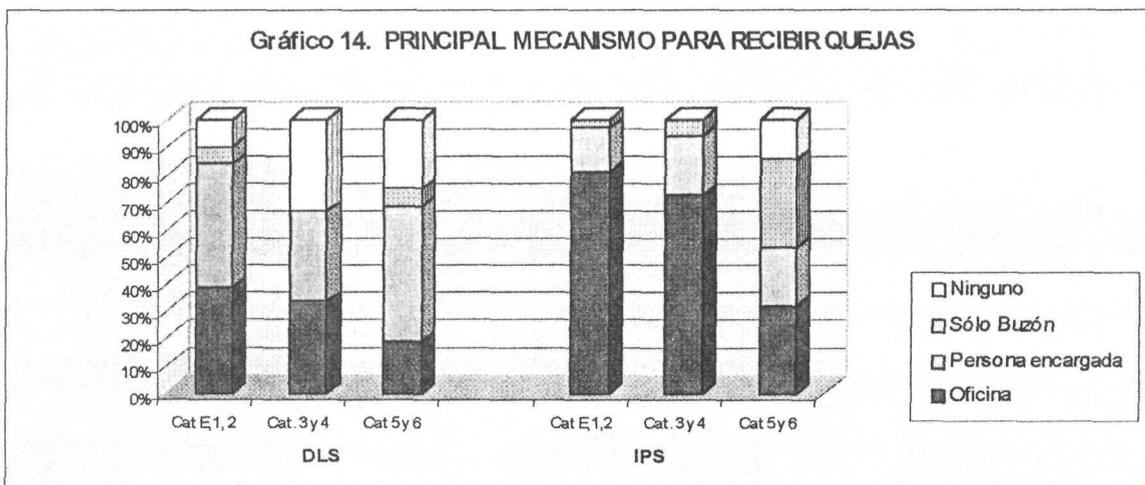
En general se encuentra que la principal actividad es la difusión de información, es decir, las organizaciones cumplen su papel de correas de transmisión para conocer las necesidades de la población y a su vez dar a conocer el funcionamiento del sistema a la comunidad. Otro ramo importante de acción es la asistencia a cursos, en donde vale la pena destacar los de inspección, vigilancia y control en tanto se orientan fundamentalmente a las veedurías y a los Copacos, es destacable este punto pues mostraría un proceso de especialización del control, en la que se le da prioridad a la ejecución de programas.

CUADRO 5. ACTIVIDADES DE LAS ORGANIZACIONES				
Actividades	Veedurías	Asociación	Copacos	JAC
Difusión información	85%	86%	80%	77%
Cursos iniciativa organiz.	46%	24%	80%	31%
Cursos DLS, ARS, IPS	77%	41%	40%	54%
Talleres control social	54%	45%	80%	23%
Asistencia cursos	46%	45%	60%	39%
Asistencia cursos IVC	62%	38%	60%	23%
Otros	15%	7%	0%	31%
Entrega Informes	39%	41%	60%	46%

• **Control social ciudadano**

En cumplimiento del decreto 1757/94 las EPS e IPS deben establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al SGSSS. Por su parte, los niveles de dirección municipal, distrital y departamental de SGSSS deben organizar un servicio de atención a la comunidad a través de las dependencias de participación social para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos. Además de este propósito central deben velar porque las IPS establezcan los mecanismos de atención a los usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones, atender y canalizar las veedurías en salud, controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones de los ciudadanos ante las EPS, exigir que las EPS e IPS entreguen información a las oficinas de atención a la comunidad y que esas instituciones apliquen los correctivos, elaborar consolidados de las inquietudes y demandas indicando las instituciones y/o dependencia responsable de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso.

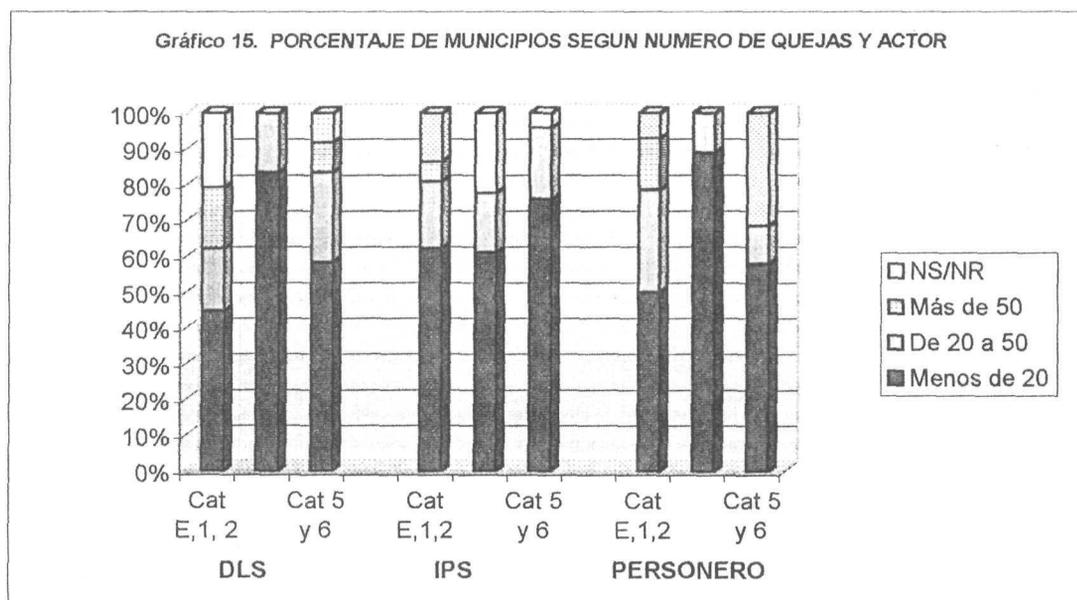
Según el estudio realizado este es un proceso que avanza en forma desigual si se tiene en cuenta la categoría del municipio, en los municipios medianos y pequeños existe un porcentaje significativo de DLS que no cuentan con mecanismos para recibir las quejas y predominan las DLS que aun cuando no han creado una oficina designan una persona para esa labor.



Una situación más favorable se presenta en las IPS de los municipios grandes y medianos en las cuales el mayor porcentaje lo tiene la presencia de una oficina de atención al usuario. Circunstancia distinta se manifiesta en los municipios pequeños en los que la instalación de un buzón de sugerencias es el principal mecanismo para percibir las inconformidades de la comunidad; sorprende que sea precisamente en los municipios en los cuales la población manifiesta una baja proclividad a la escritura, exista un buzón de sugerencias como canalizador de quejas, situación que ilustraría la no existencia en la práctica de mecanismos de quejas. Si en el caso de los municipios pequeños a la medida anterior se suma el porcentaje en el que no existe instrumento alguno (20%) se tendría que apenas en la mitad de los municipios la comunidad tiene opción de presentar sus quejas

La debilidad de las DLS en la conformación del servicio de atención a la comunidad se torna preocupante al considerar que es la institución que recibe la mayor cantidad de quejas en el municipio. En su proceso de mejoramiento se debe abrir espacio a la sistematización de las inquietudes, puesto que en significativo número de instituciones no se cuenta con registros que permitan observar la dinámica de este tipo de participación social, condición que se puede aplicar a los demás actores del sistema. En el caso de los personeros es notoria su baja participación en los municipios pequeños, puesto que el 24% de ellos no recibe quejas; de la porción que recibe las inquietudes el 14% no lleva ningún registro.

Al observar el tipo de quejas más frecuentes en el conjunto de municipios estudiados se encuentra una tendencia similar entre las recibidas por la DLS y por el Personero; así, la no inclusión en el sisben, el haberse negado el servicio médico y la deficiente atención en la IPS se constituyen en los problemas más recurrentes. Entre los problemas que no conservan esa misma correspondencia entre actores se pueden destacar las quejas sobre competencia desleal que en el caso de los personeros alcanza una frecuencia de 34%, mientras que en la DLS es de 21%.



posibilidades reales de acceder al servicio; aquellas que tiene que ver con el funcionamiento del sistema, como cumplimiento de los programas de P y P, explicación de derechos, obstáculos a la participación, atención de reclamos, interferencia política y presiones en la afiliación, registran bajas frecuencias. Esta conclusión es consistente con la obtenida a través de las encuestas de inspección vigilancia y control, de la cual se deriva que los principales problemas se refieren al acceso al sistema y a las fallas en la prestación de servicios.

Un elemento que vale la pena destacar es la informalidad en las soluciones de las quejas presentadas, pues en la mayoría de los casos la respuesta es resolver el problema de quien se queja; el porcentaje de casos que dan lugar a investigación o que son trasladados a una instancia de control cubren menos de la tercera parte; y los que generan sanción son prácticamente inexistentes. Este tipo de actuaciones además de no permitir una solución global y permanente a los problemas que se presentan, manifiesta la inoperancia de las sanciones vía mercado, es decir, el individuo busca a través de la instituciones

La solución de su problema y no adelanta un traslado de IPS o ARS para ejercer sus derechos como usuario.

En el caso de las IPS la queja más recurrente tiene que ver con el acceso a los servicios, los mecanismos para lograr una cita se constituyen en el principal obstáculo; como se había señalado en otra sección de este capítulo éste se ha constituido en uno de los principales instrumentos de las IPS para provocar racionamiento en la atención y con ello mantener un equilibrio financiero, lo cual se puede contrastar con el tipo de solución que se le da al problema, en cerca del 50% de los casos la solución es individual, a un cuando en el 34% de los casos se ha procedido a cambios en los procesos para admisión de pacientes. Otro instrumento de restricción en el acceso es el de insumos insuficientes el cual se resuelve básicamente atendiendo al individuo que se queja y cerca de un 15% de las quejas quedan sin solución. Respecto a las IPS es pertinente señalar que de los actores del sistema es el que más bajo porcentaje de soluciones individuales presenta y en contrapartida tiene una mayor recurrencia en las sanciones. Vale la pena también señalar su poca efectividad en la solución de casos que tienen que ver con la deficiente atención, la negligencia en el servicio, los accidentes y la negación del servicio; esta situación es preocupante por cuanto mostraría la poca capacidad de presión que tienen los individuos frente a la institución.

Por su parte, en la Personería y en la DLS la queja más frecuente en el conjunto de municipios es la atinente a la no subsidización. Al igual que en la situación de las IPS el problema es de acceso, solo que en este caso es al primer escalón de la escalera que conduce a la obtención del subsidio. En esta misma dirección la segunda queja en frecuencia se refiere a la negación del servicio médico. Vale la pena destacar también las reclamaciones que hacen los afiliados cuando la ARS no entrega los carnés, en tanto su proporción no es despreciable (47%), resulta significativo también que estas quejas no conducen a acciones que eviten su repetición, sino que como la generalidad de las soluciones se trata de satisfacer al individuo que se queja.

CUADRO 6
TRAMITE DE QUEJAS EN LA PERSONERIA

MOTIVOS DE QUEJA	PERSONERIAS -CATEGORIA DE MPIQ			ACTORES QUE INSTAURAN QUEJA				SOLUCIONES - CONJUNTO DE PERSONERIAS				
	CAT. E,1,2	CAT. 3,4	CAT. 5,6	Individuo	Afiliado RS	Org.com	IPS-ARS	Individual	Investigar	Ninguno	C. Proceso	Sanción
No sisbenizado	73%	31%	18%	87%	6%	6%	0%	73%	15%	0%	4%	8%
Negado afiliación	40%	31%	11%	89%	5%	5%	0%	53%	21%	21%	5%	0%
ARS no entrega carnés	43%	46%	25%	46%	46%	8%	0%	69%	15%	8%	8%	0%
Negado servicio médico	57%	38%	29%	57%	43%	0%	0%	60%	17%	3%	7%	13%
IPS no cumple servicios	47%	8%	21%	62%	38%	0%	0%	40%	40%	15%	5%	0%
Deficiente servicio IPS	50%	38%	39%	55%	39%	3%	3%	67%	7%	7%	13%	7%
Competencia desleal ARS	47%	23%	21%	26%	13%	0%	61%	22%	43%	26%	4%	4%
Otro	27%	15%	25%	47%	47%	6%	0%	56%	11%	28%	6%	0%

CUADRO 7
TRAMITE DE QUEJAS EN LA DLS

MOTIVOS DE QUEJA	DLS POR CATEGORIA DE MPIQ			SOLUCION					
	CAT. E,1,2	CAT. 3,4	CAT. 5,6	Individual	Investigar	Traslado	C proceso	Sanción	Ninguno
No sisbenizado	61%	50%	44%	89%	3%	8%	0%	0%	0%
ARS no entrega carnés	44%	10%	32%	64%	12%	8%	8%	8%	0%
ARS no atiende reclamos	33%	10%	12%	63%	13%	13%	6%	0%	6%
Incumplimiento POS	39%	30%	24%	70%	9%	17%	4%	0%	0%
Negado servicio	50%	30%	24%	70%	7%	15%	0%	0%	4%
IPS no entrega medicam	50%	30%	48%	67%	12%	9%	0%	0%	9%
Deficiente atención IPS	50%	30%	28%	57%	11%	14%	4%	4%	11%
Calidad insuficiente IPS	36%	30%	32%	54%	8%	21%	4%	4%	4%

CUADRO 8
TRAMITE DE QUEJAS EN LAS IPS

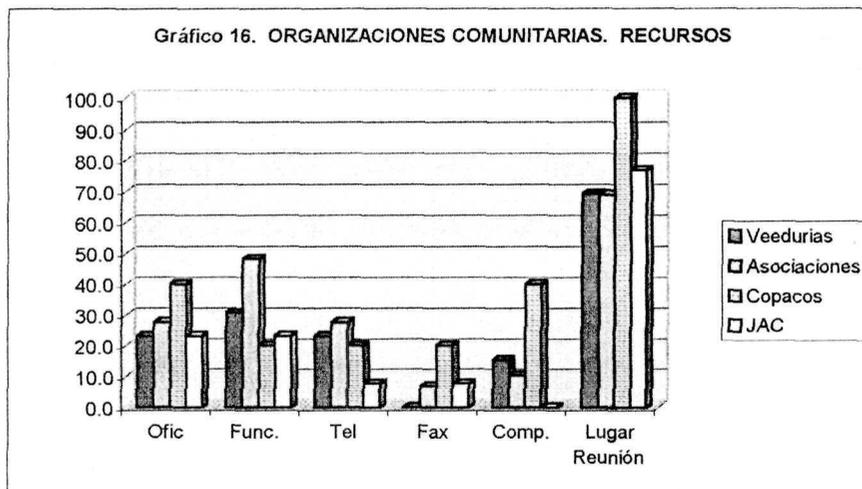
MOTIVOS DE QUEJA	IPS POR CATEGORIA DE MPIQ			SOLUCIONES EN EL CONJUNTO DE MUNICIPIOS					
	CAT. E,1,2	CAT. 3,4	CAT. 5,6	Individual	Investigar	Traslado	C.proceso	Sanción	Ninguno
Instalaciones insuficientes	30%	22%	18%	40%	5%	25%	10%	0%	25%
Insumos insuficientes	41%	33%	43%	61%	3%	9%	6%	3%	15%
Deficiente atención del person	59%	44%	50%	36%	27%	0%	11%	16%	7%
Personal no idóneo	16%	17%	11%	58%	8%	0%	8%	25%	8%
Negligencia en el servicio	41%	22%	21%	44%	28%	0%	8%	8%	8%
Negado servicio médico	49%	22%	25%	41%	21%	3%	17%	7%	10%
Cobro excesivo copagos	19%	11%	4%	60%	10%	0%	20%	0%	10%
Dificultades en trámites	78%	94%	75%	45%	4%	1%	34%	3%	10%

2.2.3. INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA POLÍTICA DE PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La legislación estableció que los recursos necesarios para la promoción de la participación social debían ser incluidos en los presupuestos de los diversos niveles territoriales y el conjunto de instituciones del sistema. Por tal razón las direcciones departamentales allegarían los recursos financieros para cumplir con esa responsabilidad y coordinarían con las EPS las acciones que se financiarían con los recursos destinados para tal fin en el POS. Las direcciones municipales de salud coordinarían con las dependencias de desarrollo comunitario, las personerías, las contralorías municipales y los demás sectores la financiación de las acciones bajo su responsabilidad, el gobierno municipal podría aportar recursos adicionales.

De acuerdo con los resultados del trabajo de campo se observa que la proporción de DLS que tiene claramente estipulado cual es la asignación presupuestal para el trabajo comunitario es muy baja. En general, no hay discriminación de estos recursos sino que se toman de la asignación para el PAB; el porcentaje de municipios en los cuales no se tiene recursos o no se conoce su asignación es del 53%; esta situación es más severa en el caso de municipios pequeños y medianos, en los cuales ese desconocimiento cubre al 64% de los municipios encuestados.

A la baja disponibilidad de recursos por parte de la DLS se suma las limitadas condiciones con las que operan las organizaciones comunitarias. Como se puede ver en el gráfico siguiente, en la muestra estudiada predomina la escasez de recursos, son muy pocas las organizaciones que cuentan con oficina y equipos de oficina, en los casos en que existen son, fundamentalmente, aportados por instituciones del sistema. Es importante notar que en promedio el 32% de las organizaciones han fijado funcionarios que se ocupen de las relaciones con los miembros; esta situación contribuye a la hipótesis de informalidad en el funcionamiento de tales grupos, en los cuales no se establecen responsabilidades en sus miembros, lo cual conduce a dificultades en la convocatoria de la participación, dificulta el correaje de información y restringe las posibilidades de promover la participación a través de



estas organizaciones.

Otro elemento que obstaculiza el desempeño de las organizaciones es la falta de un lugar para llevar a cabo las reuniones; cerca de la tercera parte de las organizaciones no cuenta con ese recursos, con lo cual debe recurrir a los espacios abiertos o a las casas de sus miembros, situación que también explicaría los bajos niveles de reuniones adelantadas. En la casi totalidad de los casos en los cuales se dispone de un lugar de reunión este es aportado por alguna de las instituciones del sistema, particularmente la Alcaldía o una IPS.

En algunas experiencias de participación se concluye que falta financiación para los procesos comunitarios y que en la práctica se manifiesta una deficiente administración de los recursos. Problemas más agudos que tienen que ver con la institucionalización de una política de organización comunitaria se refieren a las difíciles relaciones que existen entre la administración municipal y las organizaciones comunitarias, especialmente en el período inicial. A la falta de un adiestramiento en la promoción de la organización comunitaria de la burocracia, se suma una actitud defensiva, en particular cuando la organización social ejerce sobre todo las tareas de fiscalización. Igualmente, a este tipo de relación contribuye la falta de una tradición en procesos de concurrencia y concertación. En muchos casos subsiste una visión legalista del proceso comunitario que no permite generar un desarrollo técnico y social, por tanto su alcance es muy limitado²⁶.

Otro elemento de significativa importancia es la falta de coordinación interinstitucional para potenciar las acciones de la comunidad. Como se señaló en páginas anteriores cada institución establece relaciones exclusivamente con su asociación; igualmente, en el caso de las quejas cada uno de los actores intenta dar respuesta a las personas que se quejan. Dentro forma de operación no existen los vínculos necesarios para aprovechar las experiencias institucionales que conduzcan a fortalecer las relaciones entre la comunidad y las entidades, pero tampoco se permite generar instrumentos que hagan de la participación una fuente de instrumentos para adelantar la planeación de las actividades.

En esta perspectiva resulta interesante el papel del personero, que como se comentó en el módulo de inspección, vigilancia y control se ha convertido en un actor central a la hora de canalizar las quejas no sólo de la comunidad sino también de las instituciones. Sólo en muy contados casos el personero hace parte del Copaco, órgano que podría aprovechar las experiencias de este actor.

Si la coordinación es elemento central dentro de los actores del sistema de salud, tampoco lo es hacia fuera; así se está desaprovechando el aprendizaje de otros grupos de población y de otras instituciones. En los municipios en los cuales no se ha creado la DLS, el papel de promover la participación comunitaria recae sobre la Alcaldía; si bien esta situación permitiría una mayor vinculación de la comunidad y de los organismos administrativos, en la práctica su

²⁶. Algunas de estas experiencias fueron tomadas de ¿Y cómo va la reforma? Memorias del Foro nacional de avances en el desarrollo del SGSSS. Fescol-Gehos-Presidencia de la República-Instituto FES de liderazgo. Bogotá, 1996. Presidencia de la República. La participación y organización de la comunidad para el desarrollo social. Bogotá, Abril de 1990. También se tienen en cuenta algunos documentos de evaluación obtenidos en el trabajo de campo.

baja capacidad operativa no permite que el conjunto de las organizaciones avance y se establecen prioridades, que dependerán en gran medida de la capacidad de auto-organización comunitaria. En esta misma dirección se puede señalar que el mayor contacto lo ejercen los promotores de desarrollo, quienes no son capacitados en materia de salud, de funcionamiento del régimen subsidiado, ni en ejercicio del control social en salud.

Una mayor integración institucional aportaría enormes beneficios, no sólo en términos de mejoras en la planeación sino también en un avance más rápido hacia la elevación de las capacidades participativas de la comunidad.

2.2.4. CARACTERÍSTICAS DE LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

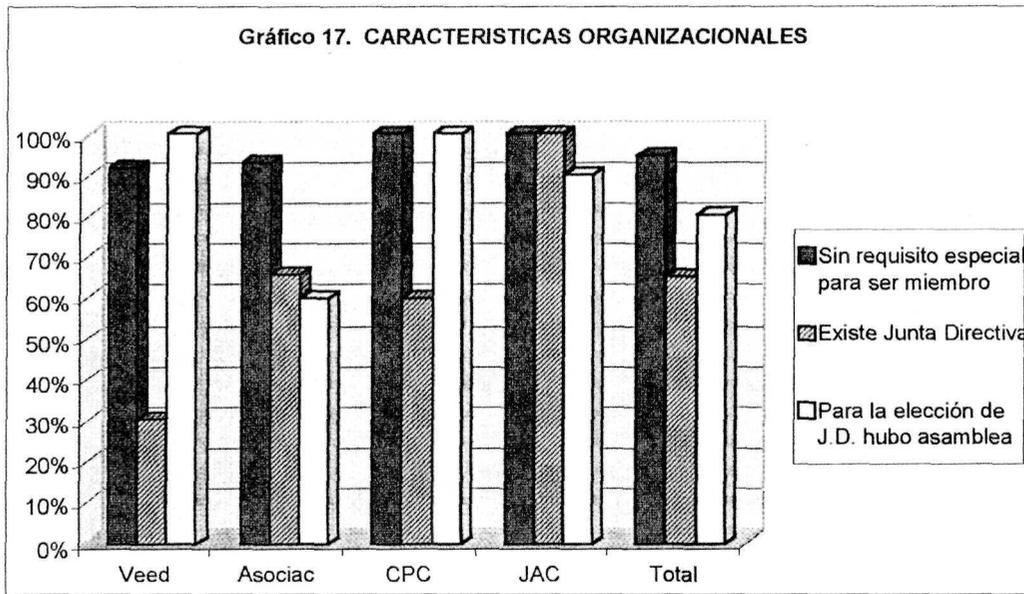
Entre las potencialidades de la participación ciudadana en la esfera de lo público-estatal se encuentra la posibilidad de incrementar la representación social en la conducción de los asuntos públicos. Sin embargo, la manera como se implemente la participación podrá dar lugar a fenómenos adversos como la corporativización del aparato estatal o una mayor despolitización social, situaciones que redundarían en el fortalecimiento de las asimetrías en la representación política y social.²⁷

De allí que la posibilidad de establecer relaciones virtuosas entre el Estado y la sociedad depende de que en el proceso de institucionalización de la participación estén presentes los principios de igualdad y libertad para todos. Así, la conformación de organizaciones comprometidas con el fortalecimiento de la democracia, incluso en su interior, es una condición del desarrollo de la institucionalidad de representación social; por ello se debe propender por organizaciones que se basen en relaciones horizontales de reciprocidad, cooperación voluntaria y no reforzar las asimetrías de poder.²⁸

De los elementos que dan cuenta de la configuración de las organizaciones se puede derivar que existe un considerable grado de autonomía. En general, para pertenecer a la organización no se debe cumplir ningún requisito distinto al de ser miembro de la comunidad o ser usuario; en el caso de las veedurías y en el de las asociaciones de usuarios existe un pequeño porcentaje en el cual se presenta nominación por parte de la alcaldía, la DLS, la IPS o la ARS para hacer parte de la organización lo cual es un reflejo de la falta de espacios de participación y consulta a la comunidad.

²⁷. Nuria Cunill Grau. Repensando lo público a través de la sociedad. Nuevas formas de gestión pública y representación social. Clad. Caracas, 1997, pág.165

²⁸. Ibíd



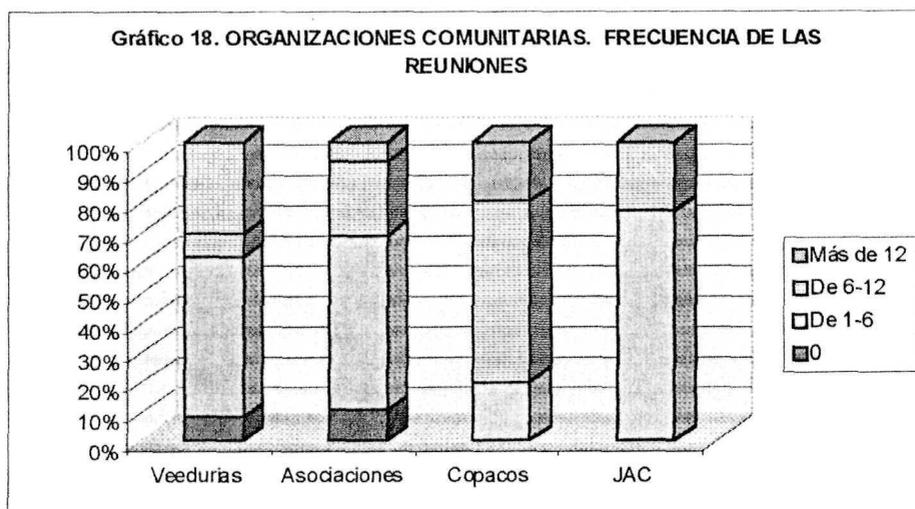
Una muestra del tamaño y fortaleza de la estructura organizativa de estos grupos comunitarios se puede apreciar en la conformación de juntas directivas. La mayor tradición que reviste la organización comunitaria a través de las juntas de acción comunal redonda en que la totalidad poseen una junta directiva que en la que en la mayoría de los casos ha sido elegida por convocatoria de asamblea de miembros.

Preocupa el caso de las asociaciones de usuarios en las cuales apenas el 66% posee junta directiva y en el 60% de los casos ésta ha sido elegida convocando asamblea. Esta circunstancia pone de manifiesto el carácter informal con que actúan muchas de estas organizaciones, lo que en buena parte de los casos refleja la existencia de la organización más no su operatividad como mecanismo de control social o de vínculo entre los usuarios y las instituciones. De igual manera, la elección de junta directiva sin que medie una asamblea de asociados muestra la interacción de dos fenómenos: a) las limitaciones en los canales de participación efectiva, producto de la intervención de las entidades al considerar las organizaciones comunitarias como instrumento que le permita un manejo más eficiente de sus programas o de su relación con los usuarios; b) la reticencia de los usuarios a participar, derivada de la falta de credibilidad en el reconocimiento que las instituciones del sistema deben a la participación comunitaria, pero también surgida de la falta de compromiso de la comunidad en proceso que desbordan el beneficio individual.

Respecto a las veedurías es preciso señalar que no se espera que tengan junta directiva dado el carácter que les fue impuesto, es decir, puede ser participación individual o colectiva, incluyendo en esta última comités de pocos miembros. De ahí que los resultados de la encuesta mostrarían la existencia de veeduría con un considerable número de miembros, lo que da lugar a la conformación de juntas directivas. Esta apreciación sería aplicable también a los Copacos, el nombramiento de una junta directiva depende del número de miembros que contenga la organización, en los casos en los cuales se creo esta figura hubo

convocatoria de asamblea de miembros.

Una forma de aproximarse al grado de actividad de las organizaciones comunitarias es la frecuencia de las reuniones (distintas a las de junta directiva) que se llevan a cabo. Como se puede apreciar en el gráfico siguiente el porcentaje de organizaciones que no realizaron ninguna reunión (el horizonte tomado es cuenta es los últimos doce meses) es bastante bajo y se presenta en las asociaciones y veedurías. En cualquier tipo de organización el porcentaje más alto lo tiene el grupo de 1 a 6 reuniones al año, esta baja frecuencia puede ser un indicador del restringido contacto que se mantiene entre los miembros, ya sea porque no existe una junta directiva que impulse el proceso de cohesión o de las limitaciones en los vínculos entre la junta directiva y los miembros.



Las escasas relaciones de las organizaciones comunitarias en salud con otro tipo de organizaciones comunitarias es un elemento sobresaliente. En la misma dirección se puede señalar el muy bajo porcentaje de organizaciones que han extendido sus brazos más allá del sector salud, en este caso como resulta evidente se encuentran en especial las Juntas de Acción Comunal que desarrollan algunas acciones en salud. También resulta notoria su muy exigua participación en movilizaciones sociales.

2.3 ELEMENTOS PARA EL IMPULSO DEL CONTROL SOCIAL EN EL CAMPO DE LOS DERECHOS SOCIALES

Como se ha señalado anteriormente el énfasis que le ha impreso el gobierno al control social se sostiene en la idea de veeduría. Así en los documentos gubernamentales una organización social se define como un grupo de ciudadanos que se identifican con intereses comunes y que deciden actuar juntos para crear, mantener o transformar una situación que comparten²⁹; la participación es por tanto, la intervención individual o grupal en los asuntos

²⁹. Veeduría Distrital. *Organización y funcionamiento de grupos*. Serie guías para el control social. Sf.

de interés general que producen bienestar colectivo y el control social a la gestión pública es una forma de participación que le permite a la gente determinar las condiciones en que se desarrolla la gestión pública.³⁰ Para la red de solidaridad el control social es el derecho a la participación informada en la gestión pública de los ciudadanos y del conjunto de la sociedad civil para garantizar el cumplimiento de la función social del Estado y de sus organizaciones³¹

Una perspectiva más amplia del control social se provee cuando se lo considera como "la capacidad potencial que tiene la ciudadanía para definir la calidad del servicio estatal y exigir que ésta se de en todos los casos. Pero también consideramos importante la capacidad propositiva que en potencia tiene la ciudadanía para generar cambios fundamentales en la estructura del Estado con el objeto de adecuarlo a las necesidades ciudadanas"³².

Para un ejercicio del control social en el que se exprese la capacidad propositiva de la comunidad es preciso desarrollar un proceso de aprendizaje. Por ello, resulta fundamental la comprensión de la dinámica organizativa de la sociedad en tanto las experiencias muestran que los resultados de una participación impuesta son poco favorables³³. Para el iniciar el proceso de aprendizaje se puede partir de la pregunta sobre la calidad de las relaciones entre la participación pública y los programas o proyectos estatales, el desarrollo de esta pregunta debe permitir la construcción de estructuras de participación que echen raíces en la comunidad y puedan dar lugar a diálogo, público, deliberación, habilidad de negociación y contribuir al desarrollo de proyectos que provean soluciones para las comunidades.

Una aproximación a este tipo de programas se puede apreciar en la experiencia de la red de solidaridad a través de las mesas de solidaridad, los comités técnicos sectorial, rendición pública de cuentas, comités de vigilancia y control, veedurías ciudadanas y asambleas de beneficiarios. A través de esos mecanismos se impulsaba la deliberación pública, el aprendizaje comunitario y el fortalecimiento del capital social. En el primero de estos instrumento se fomentaron los espacios de discusión, concertación y deliberación, los cuales tienen efectos sobre el fortalecimiento de las habilidades de comunicación y negociación, toma de decisiones y ejercicio de derechos. En el campo del aprendizaje comunitario se busca ampliar el rango de posibilidades para la organización comunitaria, lo que genera participación, liderazgo e impulso a la gestión comunitaria. Finalmente, en el ámbito del capital social se fomenta el intercambio de información y la coordinación de actividades³⁴.

Para profundizar en esos esfuerzos es preciso la creación de un clima de confianza para la deliberación, de respeto por las perspectivas diferentes y apertura para posibilitar la

³⁰. Veeduría Distrital. Gestión pública... op. cit.

³¹. Richard Arias H. Elementos críticos para la revisión de la participación ciudadana el control social n Colombia. Tesis, Uniandes, 1999.

³². Lleras, *op. cit.* pág. 138

³³. Dario Restrepo. El cáliz de la participación. Op. cit.

³⁴. Beatriz Acevedo. *El control ocial ... op. cit.* pág. 41 y ss

creatividad. Igualmente, es preciso establecer un sistema de capacitación para líderes a través el cual no sólo se les aporte la información específica, sino que también se les apoye en procesos de organización, de manejo financiero y legal y en el aprendizaje de técnicas de negociación. Se precisa también crear espacios de reflexión tales como talleres, seminarios e impulsar la creación de grupos ciudadanos que observen el proceso.

Teniendo en cuenta que el control social es un proceso de construcción de largo plazo que requiere una transformación cultural se debe insistir en aquellos mecanismos que le permitan a la comunidad comprender y apropiarse de su papel de coparticipes en el diseño y la aplicación de los programas que garantizan los derechos sociales. En esa medida se deben desarrollar procesos pedagógicos que promuevan el conocimiento técnico, práctico y emancipatorio en el cual el individuo es conciente no sólo de sus necesidades sino del entorno en que se desenvuelve³⁵.

Dentro de esta perspectiva el diseño de los programas sociales debe partir de un análisis de contexto en el que se establezcan los actores, sus relaciones económicas, políticas y culturales, su historia, territorio, formas de vida, etc. igualmente se deben determinar el funcionamiento de las relaciones de poder, cohesión, dominación y de complementariedad entre los distintos intereses y racionalidades que participan en la formulación y aplicación de los programas. Estos mecanismos permiten el desarrollo de la identidad de la comunidad y el diálogo continuo entre los actores.

Como resultado de este proceso el control no sólo se limitará a observar la efectividad de las políticas en tanto grado de cumplimiento de sus objetivos, sino que también se puede aproximar un balance de la eficiencia (es decir, si los objetivos se logran con un óptimo uso de los recursos) y de la eficacia, en la cual se evalúan metas de largo plazo que tiene que ver con la determinación del horizonte hacia el cual quiere llegar la comunidad.

De manera similar, el fortalecimiento de capacidad se puede llevar a cabo a través de procesos de evaluación de la participación por parte de la comunidad. Un mecanismo que se puede adoptar es analizar inicialmente su proceso histórico; incluye un breve reseña de la historia económica (tenencia de la tierra, historia del nacimiento del barrio, etc.) y social (organización, liderazgo, interpretación de la problemática o nivel de conciencia, experiencias previas de participación social y espacios de cambio³⁶). Igualmente se puede establecer en que medida la comunidad está involucrada en establecer las necesidades en salud, que tanto el liderazgo representa los intereses de la comunidad entera, cuanto se ha ganado la comunidad en el control sobre los servicios locales y la contribución a ellos y el grado de integración con otras actividades e intereses de la comunidad diferentes al campo de la salud.

³⁵ . Richar Arias. *Elementos críticos*. op. cit.

³⁶ . Estos elementos fueron presentados por Fritz Muller, con miras a evaluar el proceso de participación social . Muller . *Pobreza, participación y salud. Casos latinoamericanos*. Universidad de Antioquia, Medellín, 1991



2.4 CONCLUSIONES

La Constitución de 1991, al establecer la obligatoriedad de promover la participación social, se convirtió en punto de encuentro entre los movimientos sociales que propendían por un mayor espacio en la esfera política y en la gestión pública y las instituciones estatales que estaban generando mecanismos participativos.

No obstante, la discusión en torno al significado y el alcance de la participación social no fue agotada con la promulgación de la carta constitucional. Inserta en los propósitos de profundizar la democracia y en la propia democratización del Estado, la participación social contiene un alto componente político, es decir, se trata de la transferencia de una parte del poder a los sectores que antes estaban al margen en la toma de decisiones estatales. Así, la forma como sea ejercida esa participación dará lugar al fortalecimiento de la democracia representativa o al avance de la participativa; la diferencia central se observaría en los procesos de discusión y configuración de los planes estatales.

En el desarrollo de los preceptos constitucionales en el ramo de la salud, se ha puesto en marcha un modelo de participación en el cual la colectividad es entendida como el conjunto de individuos que comparten un interés común y por ello la acción colectiva sería la expresión de los individuos que buscan la maximización del beneficio en la provisión de un bien o en la generación de políticas. De esta manera, las funciones de la organización se orientarían al logro de la eficiencia tanto en la asignación de los recursos como en la gestión.

Con esta directriz, la participación es generada desde el Estado. A través de la legislación se establecieron las formas organizativas, los miembros, las funciones que deben desempeñar y los modos como se pueden articular a los órganos de decisión. Al observar los resultados del trabajo de campo realizados en este proyecto se encuentra que en concordancia con la legislación la comunidad hace presencia en el campo de la salud básicamente a través de las asociaciones de usuarios y las veedurías. De acuerdo con este mismo trabajo, la generación de procesos participativos "desde arriba", en el caso de salud no tendría una contraparte "desde abajo", en tanto el número de experiencias organizativas distintas a las estipuladas por la legislación es bastante reducido.

Otra característica central del modelo institucional es el predominio de una perspectiva fiscalizadora de los recursos públicos. En la medida en que el Estado ha concebido la estrategia de mercado como la mejor forma de asignar los recursos y los receptores de la política social son considerados como consumidores, el reto es establecer un balance de oferta y demanda para garantizar eficiencia y eficacia en la aplicación de los recursos y transparencia en la gestión pública. De allí que la comunidad de usuarios tiene la misión de velar porque se lleve a cabo una correcta asignación de los recursos provistos por el Estado.

Una manera de apreciar esta tendencia es la configuración de las formas de participación. Así, el mecanismo de representación en de la comunidad en las juntas directivas opera para las IPS y EPS públicas o mixtas; es decir, no hay ninguna injerencia en el ámbito privado. Igualmente, la conformación de asociaciones de usuarios compete a los asegurados, con lo cual los vinculados estarían excluidos de la participación y la representación. Otro ejemplo del énfasis fiscalizador lo aportan las veedurías, no sólo en términos de la importancia que se